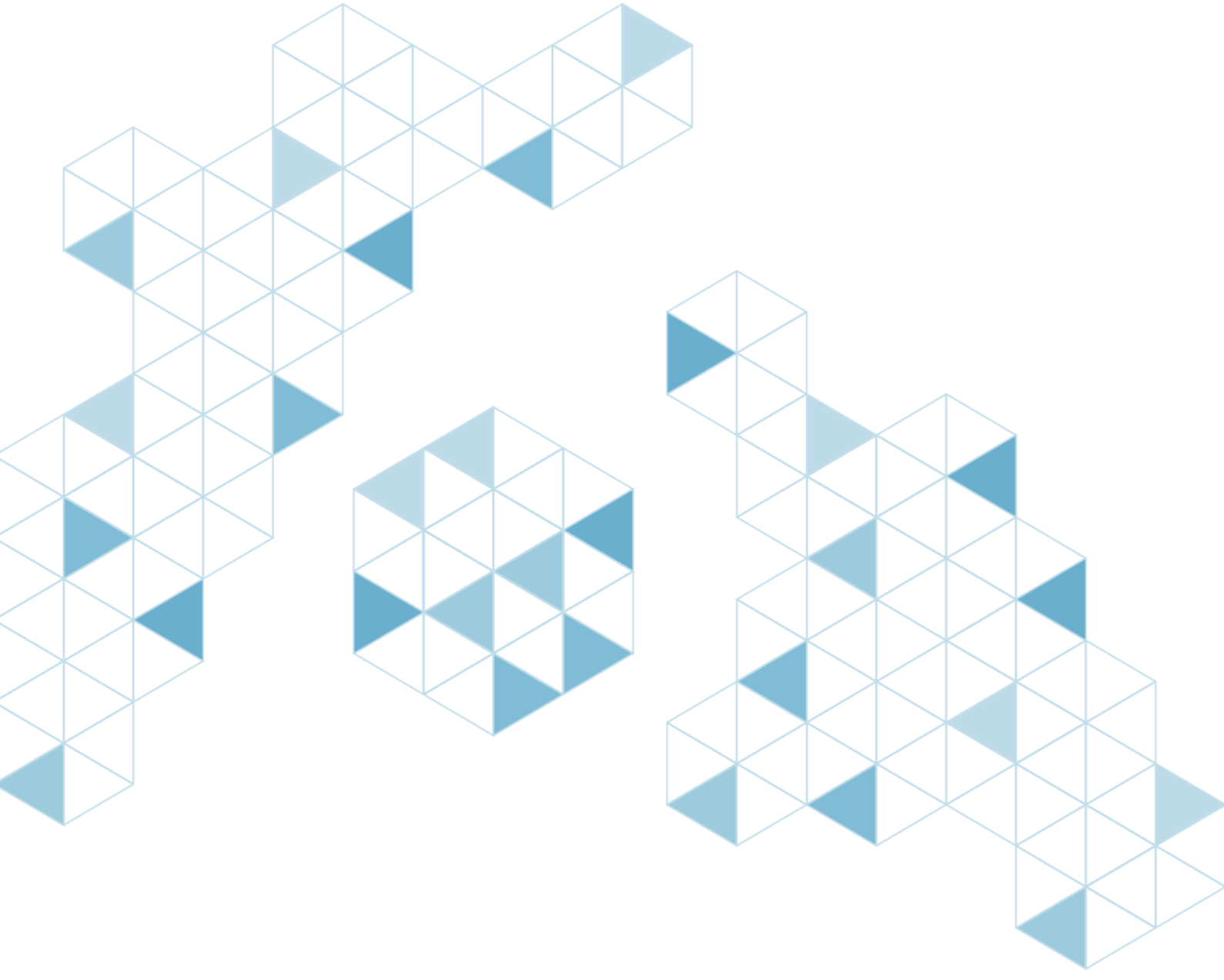
Relatório de Avaliação

Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)

Ciclo CMAP 2025/2026

2026

30 de setembro



CMAP Conselho de Monitoramento e Avaliação de Políticas Públicas
MINISTÉRIO DA GESTÃO E DA INOVAÇÃO EM SERVIÇOS PÚBLICOS
MINISTÉRIO DA FAZENDA
CONTROLADORIA-GERAL DA UNIÃO
CASA CIVIL
MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO E ORÇAMENTO
GOVERNO DO BRASIL
DO LADO DO POVO BRASILEIRO

2. Ficha Técnica

Presidente do Brasil
Luiz Inácio Lula da Silva

Ministério do Planejamento e Orçamento - MPO

Ministro do Planejamento e Orçamento
Bruno Moretti

Secretário-Executivo
Guilherme Santos Mello
Secretário-Executivo Adjunto
Márcio Luiz de Albuquerque Oliveira

Secretária Nacional de Planejamento
Tatiana Lemos Sandim

Secretário de Articulação Institucional
Wagner Artur de Oliveira Cabral

Secretário de Assuntos Internacionais e Desenvolvimento
Antônio Negromonte Nascimento Junior

Secretário de Monitoramento e Avaliação de Políticas Públicas
Otávio Augusto Ferreira Ventura

Secretário de Orçamento Federal
Clayton Luiz Montes

Design
Secretaria Executiva
Ministério do Planejamento e Orçamento
Viviane Barros – **Designer Sênior**
Coordenadora
Douglas Saymom – **Designer Junior**
Projeto Gráfico e Diagramação
Viviane Barros e Douglas Saymon

Ministério do Planejamento e Orçamento
gov.br/planejamento

Siga nossas redes sociais

@MinPlanejamento

@planejamentoeorcamento

Última alteração: 30 de setembro de 2026.

É permitida a reprodução total ou parcial, desde que citada a fonte.

Conselho de Monitoramento e Avaliação de Políticas Públicas (CMAP)

Comitê de Monitoramento e Avaliação de Gastos Diretos (CMAG)

Ciclo CMAP
2025/2026

Política Avaliada
Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)

Coordenação do Ciclo CMAP
Secretaria de Monitoramento e Avaliação de Políticas Públicas
Luiz Fernando Arantes Paulo
Andréia Rodrigues dos Santos

Coordenação Técnica e Administrativa
Secretaria de Monitoramento e Avaliação de Políticas Públicas
Kathleen Sousa Oliveira Machado
Luiz Fernando Arantes Paulo

Equipe Técnica

Controladoria-Geral da União
Daniel Gontijo Motta
Eduardo Hauschild
João Marcelo Martins
Leonardo Veronimo Lameira
Patrícia Maria Quintanilha de Moura

Ministério da Fazenda
Gian Barbosa da Silva
Joao Sergio Silveira Pereira
Alex Pereira Benicio (colaborador)
Lucas Gurgel Leite (colaborador)

Secretaria de Monitoramento e Avaliação de Políticas Públicas
Iara Eliza Pacífico Quirino

Secretaria de Orçamento Federal
Elisa Akemi Nagatani
Maria Alice Pasdiora

Apoio Técnico
Escola Nacional de Administração Pública

Informações
E-mail: gabin.sma@planejamento.gov.br

Sumário

1. Descrição geral 11
1. Diagnóstico do Problema Público 13
Bloco 1: persistência de fatores de risco e determinantes da saúde 23
Bloco 2: baixa incorporação do autocuidado e da prevenção na vida cotidiana 25
Bloco 3: predomínio de um modelo de cuidado fragmentado 26
Bloco 4: fragilidade na institucionalização das ações de prevenção, promoção e vigilância em saúde 28
Bloco 5: oferta insuficiente de serviços de Atenção Primária à Saúde 28
Restrições sistêmicas às capacidades institucionais do SUS 29
2. Desenho da Política Pública 33
a) Insumos 36
b) Atividades e Produtos 40
c) Resultados 42
d) Impactos 42
3. Execução Orçamentária E Financeira 54
a) Modalidade de Aplicação da Despesa 60
b) Grupo de Natureza de Despesa (GND) 63
c) Elemento de Despesa 64
a) Normas e Regras Operacionais aplicadas ao Financiamento da APS pelas Emendas Parlamentares 81
4. Implementação 82
a) Evidências institucionais e percepções dos gestores do SUS 83
b) Evidências estruturais do sistema de monitoramento (problemas nos indicadores) 84
c) Evidências empíricas: problemas operacionais nos dados 85
d) Análise técnica: limitações estruturais do modelo de monitoramento . 86
e) Limitações no uso das informações 86
a) Fragilidades na priorização do público-alvo 90

b) Limitações da territorialização e do acesso efetivo 91
c) Fragilidades na identificação e acompanhamento de populações vulneráveis 92
a) Fragilidades nos instrumentos de coordenação interfederativa 94
b) Limitações na capacidade de indução e de apoio federal 95
c) Fragilidades na articulação interfederativa e na execução 95
d) Efeitos das limitações de coordenação na organização da rede assistencial 95
5. Governança 103
a) Estrutura institucional da supervisão da PNAB 105
b) Limitações da supervisão compartilhada e da delimitação de responsabilidades 105
c) Fragilidades operacionais da coordenação e do acompanhamento da política 105
d) Evidências institucionais de fragilidades na governança e supervisão . 106
e) Evidências da literatura e diagnósticos estruturais 106
a) Fragilidades na governança e no uso de evidências no processo decisório 107
b) Limitações na operacionalização das instâncias interfederativas de pactuação 108
c) Fragmentação normativa e indefinição operacional das competências 108
d) Influências externas e fatores condicionantes do processo decisório . 108
e) Desalinhamento entre formulação normativa e implementação local . 109
a) Estrutura institucional e limitações na utilização do monitoramento .. 111
b) Delimitação normativa e lacunas metodológicas 111
c) Evidências institucionais de baixa utilização das informações 111
d) Evidências de controle e supervisão 111
e) Evidências da literatura e empíricas 112
f) Influência de fatores externos na capacidade de aprimoramento 112
a) Estrutura institucional de disseminação e suas limitações 114
b) Delimitação normativa e lacunas operacionais 114
c) Cadeia de disseminação e limitações na comunicação 114
d) Evidências institucionais de desarticulação normativa 115
e) Evidências da literatura e impacto na implementação 115

a) Fragilidades estruturais dos mecanismos de prestação de contas e accountability 117
b) Evidências empíricas da utilização predominantemente formal dos instrumentos de gestão 117
c) Limitações operacionais na utilização das informações e no controle social 118
d) Evidências institucionais e acadêmicas convergentes 119
a) Conselhos e Conferências da Saúde 120
b) Ouvidoria-Geral do Sistema Único de Saúde (OuvSUS) 121
c) Avaliação da experiência do usuário na APS 122
d) Canais digitais e a estratégia de transformação do SUS 122
6. Resultados 126
a) Mortalidade Hospitalar 139
b) Mortalidade Hospitalar Precoce 141
c) Mortalidade Hospitalar Populacional 141
a) Internações por CSAP 142
b) Mortalidade Hospitalar 147
a) Internações por CSAP 149
b) Mortalidade Hospitalar 152
7. Impactos 155
8. Economicidade 159
a) Óbitos 165
b) ICSAP 170
9. Referências Bibliográficas 186
ANEXO I. Quadro de responsabilidades dos entes federativos na PNAB 196
APÊNDICE I - Memória Técnica de Seleção Amostral 200
APÊNDICE II - Notas sobre a elaboração da árvore de problemas 211
a) Determinantes sociais de saúde 212
b) Referências 214
c) Consequências 218

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Árvore de Problemas 18
Figura 2 - Modelo Lógico PNAB 33
Figura 3 - Participação Setor Privado na APS – Média 2020 - 2025 184
Figura 4 - Participação Setor Privado na APS – 2025 186
Figura 5 - Modelo dos Determinantes Sociais da Saúde adotado pela OMS 214

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - ICSAP. Série Histórica 15
Gráfico 2 - Internações evitáveis por asma, por 100 mil habitantes 16
Gráfico 3 - Internações evitáveis por insuficiência cardíaca, por 100 mil habitantes 17
Gráfico 4 - Variação (%) dos valores reais empenhados em ações associadas à implementação da PNAB (2021-2025) 56
Gráfico 5 - Evolução das despesas empenhadas na subfunção 301, por GND 62
Gráfico 6 - Participação (%) nas despesas do Ministério da Saúde empenhadas na subfunção 301, por origem. 69
Gráfico 7 - Participação (%) nas despesas com investimentos empenhadas pelo Ministério da Saúde na subfunção 301 Atenção Básica 69
Gráfico 8 - Participação (%) nas despesas correntes empenhadas pelo Ministério da Saúde na subfunção 301 Atenção Básica 71
Gráfico 9 - Valores reais empenhados em despesas correntes pelo Ministério da Saúde na subfunção 301 Atenção Básica, por origem 72
Gráfico 10 - Valores reais empenhados em investimentos pelo Ministério da Saúde na subfunção 301 Atenção Básica, por origem 73
Gráfico 11 - Evolução do número de equipes de saúde da Atenção Primária, de 2008 a 2025 130
Gráfico 12 - Evolução da taxa de internação populacional por CSAP, de 2008 a 2025 (por 10 mil hab.) 132
Gráfico 13 - Principais causas de ICSAP por grupo de doenças 133
Gráfico 14- Evolução da causa mais frequente de internação, de 2008 a 2025 133
Gráfico 15 - Período de médio de duração, em dias, das ICSAP por grupo de doenças, de 2008 a 2025 134
Gráfico 16 - Doença com maior tempo médio de permanência, por ano, de 2008 a 2025 135
Gráfico 17 - Evolução do período médio de duração, em dias, das ICSAP, de 2008 a 2025 136
Gráfico 18 - Custo médio por internação, segundo grupo de CSAP 137
Gráfico 19 - Evolução do custo médio das ICSAP, em Reais (R$), de 2008 a 2025 138
Gráfico 20 – Evolução do custo total das ICSAP, em Reais (R$), de 2008 a 2025 139
Gráfico 21 - Evolução da mortalidade hospitalar por CSAP 140
Gráfico 22 - Taxa de mortalidade hospitalar, segundo grupo de CSAP 141
Gráfico 23 - Evolução da mortalidade populacional por CSAP 142
Gráfico 24 - Evolução do número de ICSAP por raça/cor, de 2008 a 2025 143
Gráfico 25 - Evolução da proporção de ICSAP em relação às internações totais por raça/cor, de 2008 a 2025 144
Gráfico 26 - Evolução da permanência média (em dias), das ICSAP, segundo raça/cor, de 2008 a 2025 145
Gráfico 27 - Evolução da participação no custo total das ICSAP, segundo raça/cor, de 2008 a 2025 145

Gráfico 28 - Evolução do custo médio das ICSAP, em Reais (R$), por raça/cor, de 2008 a 2025 147
Gráfico 29 - Evolução da mortalidade hospitalar por CSAP, segundo raça/cor, de 2008 a 2025 148
Gráfico 30 - Distribuição dos óbitos precoces por CSAP, segundo raça/cor (%). 148
Gráfico 31 - Evolução do número de ICSAP por sexo, de 2008 a 2025 149
Gráfico 32 - Evolução da proporção das ICSAP por sexo, de 2008 a 2025.....150
Gráfico 33 - Evolução do período médio, em dias, das ICSAP, segundo sexo, de 2008 a 2025 151
Gráfico 34 - Evolução do custo médio das ICSAP, em Reais (R$), sexo, de 2008 a 2025 152
Gráfico 35 - Evolução da participação no custo total das ICSAP segundo sexo, de 2008 a 2025 152
Gráfico 36 - Evolução da mortalidade hospitalar por CSAP, segundo sexo, de 2008 a 2025 153
Gráfico 37. Distribuição dos óbitos precoces por CSAP, segundo sexo (%) 153
Gráfico 38. Dinâmica Despesa Atenção Básica e Óbitos.....157
Gráfico 39 - Letalidade por Condições Sensíveis a Atenção Primária.....160
Gráfico 40 - Evolução Despesa Atenção Básica (AB) – Ministério da Saúde 162
Gráfico 41 - Variação Anual da Despesa Atenção Básica (AB).....163
Gráfico 42 - Peso Despesa Atenção Básica (MS) no PIB.....166
Gráfico 43 - Óbito Contrafactual sem aumento despesa 170
Gráfico 44 - Custo Marginal: Gasto Adicional Ano por Óbito Evitado (R$ milhões) 172
Gráfico 45 - Dinâmica Despesa Atenção Básica e ICSAP 174
Gráfico 46 - Dispersão: Despesa AB lag e ICSAP entre 2008 e 2025 175
Gráfico 47 - ICSAP Contrafactual sem aumento despesa– modelo bivariado.....179
Gráfico 48 - Custo Marginal: Gasto Adicional Ano por ICSAP Evitado (R$ milhares) ...182
Gráfico 49. Participação (%) Setor Privado Atenção Primária SUS.....184

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Comparativo entre Objetivo Geral da PNAB e Objetivo do Programa PPA ..30
Quadro 2 - Comparativo entre objetivos específicos - PNAB x PPA 31
Quadro 3 - Indicadores do Modelo Lógico em acompanhamento 43
Quadro 4 - Indicadores sugeridos pela equipe gestora 47
Quadro 5 - Indicadores sugeridos pela equipe de avaliação e considerados viáveis 48
Quadro 6 - Indicadores sugeridos pela equipe de avaliação sem disponibilidade atual 50
Quadro 7 - Hipóteses e Premissas da PNAB.....52
Quadro 8 - Riscos e estratégias de mitigação 53
Quadro 9 - Ações orçamentárias relacionadas à implementação da PNAB 54
Quadro 15 - Indicadores de cobertura.....101
Quadro 16 - Indicadores de recursos humanos 102
Quadro 17 - Indicadores de infraestrutura 103
Quadro 18 - Outros indicadores 104
Quadro 21 - Análise das consequências sugeridas.....225
Quadro 22 - Agrupamento de consequências 229

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Valores reais empenhados associados à PNAB (2021-2025), por programa e ação.....56
Tabela 2 - Associações entre orçamentárias relacionadas à implementação da PNAB, subfunção e programa do PPA.....57
Tabela 3 - Valores reais empenhados na subfunção 301 Atenção Básica, por modalidade de aplicação (R$ milhões).....60
Tabela 4 - Participação (%) nas despesas empenhadas na subfunção 301 Atenção Básica, por modalidade de despesa 62
Tabela 5 - Valores reais empenhados. Subfunção 301, por GND 63
Tabela 6 - Participação (%) nas despesas classificadas na subfunção 301 de execução direta pela União, por elemento de despesa 65
Tabela 7 - Valores transferidos pelo Ministério da Saúde na subfunção 301 Atenção Básica na modalidade fundo a fundo para os municípios, por ação orçamentária e UF (em R$) 68
Tabela 8 - Regionalização dos valores transferidos pelo Ministério da Saúde na subfunção 301 Atenção Básica (em R$).....70
Tabela 9 - Valores transferidos aos municípios na modalidade fundo a fundo em 2025, por UF e RP (em reais) 76
Tabela 10 - Participação (%) das emendas nos valores transferidos para a Atenção Primária à Saúde.....79
Tabela 11 - Valores per capita transferidos aos municípios na modalidade fundo a fundo em 2025, por UF e iniciativa (em reais).....81
Tabela 12 - Porcentagem de Preenchimento dos Campos (%) 129
Tabela 13 - Composição racial da população total do Brasil 146
Tabela 14 - Composição da população total do Brasil, segundo sexo 151
Tabela 15 - Resultados da regressão: Óbitos CSAP e despesa com atenção básica 170
Tabela 16 - Resultados da regressão: ICSAP e despesa com atenção básica 180

RESUMO EXECUTIVO

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) constitui a principal estratégia de organização da Atenção Primária à Saúde (APS) no Sistema Único de Saúde (SUS), atuando como porta de entrada preferencial da Rede de Atenção à Saúde.

As despesas federais selecionadas por sua associação com a implementação da PNAB alcançaram aproximadamente R$ 93,9 bilhões em 2025, representando crescimento real expressivo em relação aos anos anteriores. A execução permanece fortemente descentralizada: mais de 90% dos recursos da subfunção Atenção Básica são transferidos diretamente aos municípios por meio da modalidade fundo a fundo.

Observa-se também crescente participação das emendas parlamentares no financiamento federal da APS. Em 2025, elas responderam por aproximadamente 21% das despesas da subfunção Atenção Básica. Em alguns estados, especialmente da Região Norte, as emendas representaram praticamente metade dos recursos transferidos.

Os recursos federais parecem apresentar caráter redistributivo. Estados do Norte e Nordeste recebem valores per capita significativamente superiores aos observados no Sul e Sudeste. Enquanto São Paulo recebeu cerca de R$ 109 por habitante em transferências fundo a fundo, Tocantins recebeu aproximadamente R$ 457 por habitante. As emendas parlamentares parecem reforçar essa redistribuição. O Amapá recebeu valor per capita de emendas mais de vinte vezes superior ao de São Paulo. Não foram examinadas as despesas estaduais, distritais e municipais relacionadas à implementação da PNAB.

A avaliação identificou limitações estruturais no monitoramento da PNAB. Embora existam diversos sistemas de informação e indicadores, o acompanhamento concentra-se principalmente em aspectos de financiamento, estrutura e produção, com menor capacidade de mensurar qualidade, coordenação do cuidado e efetividade dos resultados.

A supervisão da política ocorre em ambiente institucional formalmente estruturado, mas sem mecanismos permanentes e integrados de coordenação e acompanhamento entre União, estados e municípios. A fragmentação normativa e a limitada utilização de evidências no processo decisório também foram apontadas como desafios relevantes.

A evolução temporal examopinada mostra expansão do financiamento federal e redução agregada das internações por condições sensíveis à atenção primária. As análises exploratórias identificam associação entre essas trajetórias, sem permitir atribuição causal definitiva. Os exercícios exploratórios apresentam redução do

indicador simulado de custo marginal, resultado condicionado às especificações adotadas e que não constitui demonstração conclusiva de ganho de eficiência.

Avaliação Executiva da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)

1. Descrição geral

As ações e serviços que o Sistema Único de Saúde (SUS) oferece aos usuários são descritos na Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (Renases) e organizadas nos seguintes componentes[1]:

I. ações e serviços da atenção básica (primária)[2];

II. ações e serviços da urgência e emergência;

III. ações e serviços da atenção psicossocial;

IV. ações e serviços da atenção ambulatorial especializada e hospitalar;

V. ações e serviços da vigilância em saúde.

A **Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)**, aprovada por meio da Portaria nº 2.436 do Ministério da Saúde, de 21 de setembro de 2017, e vigente na forma do Anexo XXII da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, estabelece diretrizes para a organização das ações e serviços da atenção básica (primária) na Rede de Atenção à Saúde (RAS)[3], constituindo o primeiro nível de atenção e a porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde (SUS). Compete ao Ministério da Saúde definir as diretrizes da PNAB, de forma pactuada na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), e revê-las periodicamente[4].

As ações e serviços de saúde associados à PNAB podem ser individuais, familiares e coletivas e envolver promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde. São

[1] Portaria nº 841, de 2 de maio de 2012, art. 3º.
[2] Art. 1º, Parágrafo Único, do Anexo XXI da Portaria de Consolidação nº 2: *A Política Nacional de Atenção Básica considera os termos Atenção Básica (AB) e Atenção Primária à Saúde (APS), nas atuais concepções, como termos equivalentes, de forma a associar a ambas os princípios e as diretrizes definidas neste documento*.
[3] Rede de Atenção à Saúde consiste em conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde, conforme art. 2º, VI, do Decreto nº 7.508/2011
[4] Art. 8º, Anexo XXII da Portaria de Consolidação nº 2.

realizadas por equipe multiprofissional e dirigidas à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária.

Seu desenvolvimento envolve práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, devendo considerar especificidades regionais, padrões de acessibilidade, referenciamento de usuários entre municípios e regiões e a escala econômica adequada.

As ações e serviços da atenção básica competem, em regra, aos municípios e ao Distrito Federal, e devem ser ofertadas gratuitamente a todas as pessoas, de acordo com suas necessidades, mas seu financiamento é tripartite, ou seja, de responsabilidade compartilhada entre União, estados e municípios.

Desde a primeira formalização da PNAB, pela Portaria MS/GM nº 648, de 28 de março de 2006, a Estratégia Saúde da Família (ESF) foi estabelecida como eixo prioritário de expansão e consolidação da atenção básica. Essa estratégia se caracteriza pela formação de equipe multidisciplinar, composta, em geral, por médico, enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem e Agente Comunitário de Saúde (ACS), sediada em uma Unidade de Básica de Saúde (UBS) e responsável pela atenção a um conjunto de pessoas em território delimitado. Trata-se de uma evolução do Programa de Saúde da Família, iniciativa lançada pelo Ministério da Saúde em 1994 e regulamentada, pela primeira vez, por meio da Portaria MS/GM nº 1.886, de 18 de dezembro de 1997.

Essa organização visa superar o modelo de atenção à saúde centrado na doença e atendimento hospitalar para considerar a pessoa em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral e incorporar as ações de vigilância em saúde - a qual constitui um processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise e disseminação de dados sobre eventos relacionados à saúde. Além disso, visa ao planejamento e à implementação de ações públicas para a proteção da saúde da população, à prevenção e ao controle de riscos, agravos e doenças, bem como à promoção da saúde[5].

No Plano Plurianual vigente entre os anos 2024 e 2027 (PPA 2024/2027), grande parte da política está materializada no Programa 5119 Atenção Primária à Saúde, que declara como seu objetivo geral:

> Fortalecer a atenção primária, ampliando a cobertura da Estratégia Saúde da Família e da Saúde Bucal, com vistas à universalização do acesso, à abrangência do cuidado integral, à promoção da saúde, à prevenção de doenças e agravos e à redução de desigualdades de raça/etnia, de gênero, regionais e sociais.

[5] Conforme Anexo 1, do Anexo XXII, da Portaria de Consolidação nº 2.

Esse programa do PPA foi associado a 4 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) estabelecidos pela Agenda 2030 da Organização das Nações Unidas (ONU):

- **ODS 2** - Acabar com a fome, alcançar a segurança alimentar e melhoria da nutrição e promover a agricultura sustentável.
- **ODS 3** - Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades.
- **ODS 5** - Alcançar a igualdade de gênero e empoderar todas as mulheres e meninas.
- **ODS 10** - Reduzir a desigualdade dentro dos países e entre eles.

Em razão do elevado número de portarias publicadas pelo Ministério da Saúde atinentes a iniciativas a serem incentivadas e regras para seu financiamento, foram publicadas Portarias de Consolidação, merecendo destaque, para fins desta avaliação executiva, as seguintes[6]:

- Portaria de Consolidação nº 1, de 2 de junho de 2021: Consolidação das normas sobre atenção Primária à Saúde;
- 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;
- Portaria de Consolidação nº 5, de 28 de setembro de 2017: Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde;
- 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.

2. Diagnóstico do Problema Público

A análise ex post do diagnóstico deve observar se a estrutura lógica formulada na fase de concepção da política ainda é válida diante de novos contextos, ou seja, se o problema permanece e se as suas causas são ainda as anteriormente levantadas. Na ausência de declaração expressa em normas ou relatórios oficiais, coube à avaliação

[6] Apesar dos esforços do Ministério da Saúde na consolidação das normas, é possível identificar regras vigentes sobrepostas ou contraditórias entre si, e em alguns casos, de difícil correspondência com a estrutura orçamentária do órgão.

executiva construir esse diagnóstico, considerando estudos, documentação disponível e debates entre equipe gestora e avaliadores promovidos em oficinas conduzidas pela Escola Nacional de Administração Pública (Enap).

2.1. Problema público

O reconhecimento constitucional da saúde como direito de todos os cidadãos representa um desafio público permanente: transformar um direito universal em acesso efetivo, contínuo e equitativo a ações e serviços, em contextos territoriais e sociais diversos.

No PPA 2024-2027, por exemplo, o Programa 5119 Atenção Primária à Saúde, identifica o problema público como **"Barreiras ao acesso oportuno e resolutivo à Atenção Primária à Saúde (APS) nos territórios, caracterizadas pela oferta restrita de serviços e parâmetros populacionais inadequados para a garantia da qualidade do cuidado integral e da equidade".**

Para esta avaliação executiva, foi identificada a necessidade de revisão do enunciado em razão da sua natureza circular, qual seja, o problema público ser caracterizado pela dificuldade em acessar a política pública examinada.

Considerando a análise da documentação disponível sobre a PNAB e debates entre gestores e avaliadores[7], o enunciado proposto para a caracterização do problema público foi o seguinte:

> Pessoas e famílias, em diferentes territórios, convivem com necessidades usuais e recorrentes de saúde que não são atendidas de forma adequada, oportuna, resolutiva e equitativa.

Para delimitação das necessidades usuais e recorrentes de saúde, consideram-se as condições de saúde sensíveis à atenção primária, em atenção ao disposto no Anexo VII da Portaria de Consolidação nº 1, de 2 de junho de 2021, organizadas em 19 grupos, conforme a seguir:

1. Doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis;
11. Insuficiência Cardíaca;
12. Doenças Cerebrovasculares;

[7] O enunciado do problema público foi debatido em oficinas realizadas nos dias 17 e 24 de novembro de 2025, coordenadas pela ENAP, e alguns ajustes foram consensuados em reunião entre equipe gestora e equipe de avaliação, realizada em 14 de abril de 2026.

2. Gastroenterites Infecciosas e complicações;
3. Anemia;
4. Deficiências Nutricionais;
5. Infecções de ouvido, nariz e garganta;
6. Pneumonias bacterianas;
7. Asma;
8. Doenças pulmonares;
9. Hipertensão;
10. Angina
13. Diabetes mellitus;
14. Epilepsias;
15. Infecção no Rim e Trato Urinário;
16. Infecção da pele e tecido subcutâneo;
17. Doença Inflamatória órgãos pélvicos femininos;
18. Úlcera gastrointestinal;
19. Doenças relacionadas ao Pré-Natal e Parto.

São considerados descritores desse problema público indicadores que se referem à prevalência e/ou mortalidade por essas condições sensíveis à atenção primária, tais como:

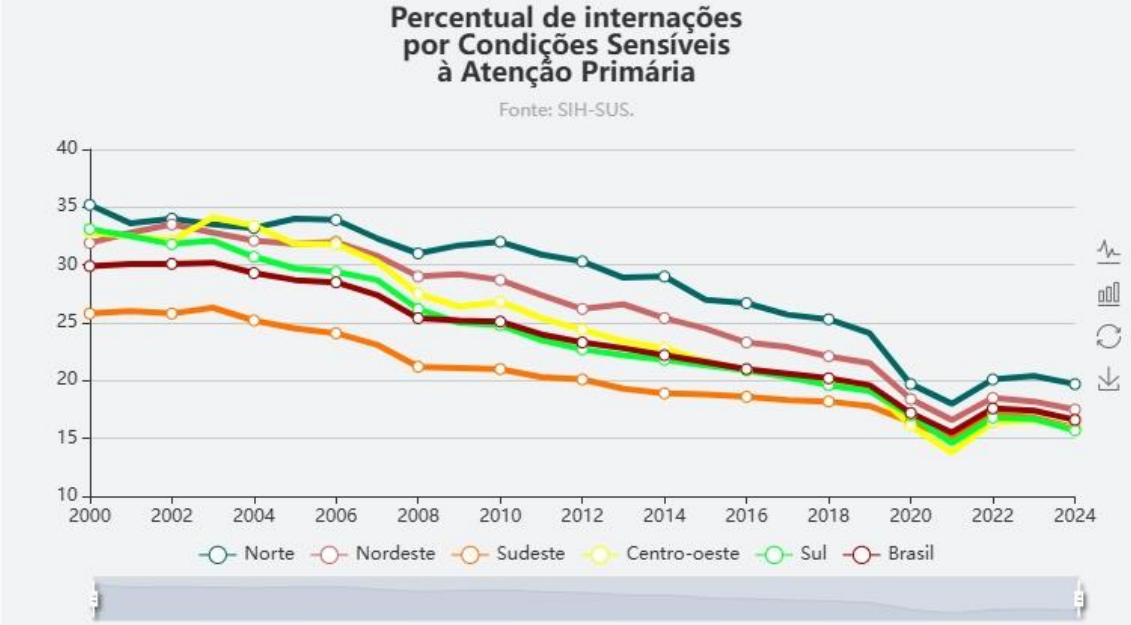
- Prevalência de diabetes referida;
- Mortalidade por diabetes;
- Prevalência de hipertensão referida;
- Mortalidade por hipertensão;

Sempre que possível, interessa analisar os indicadores segundo os seguintes recortes:

- Distribuição territorial
- Variação por região/UF/município, porte populacional, urbano–rural, áreas remotas/periferias.
- Estratificação por renda/escolaridade, raça/cor, sexo, idade/ciclos de vida, condição de vulnerabilidade.

A Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) foi definida pela PNAB como instrumento de avaliação da atenção primária, podendo ser aplicada para avaliar o desempenho do sistema de saúde nos âmbitos nacional, estadual e municipal.[8][9][10][11]

Gráfico 1 - *ICSAP[12]. Série Histórica*



Fonte: SIH/SUS em Proadess - Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde

Observa-se uma tendência geral de redução do percentual de internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) no Brasil e em todas as regiões entre 2000 e 2024, sugerindo, em termos agregados, avanços na capacidade da Atenção Primária de prevenir, acompanhar e manejar agravos que não deveriam evoluir para internação.

Ao longo de toda a série, contudo, persistem desigualdades regionais importantes: a região Norte apresenta, de forma relativamente constante, os percentuais mais elevados, enquanto o Sudeste tende a registrar os menores níveis, com as demais regiões em posições intermediárias. Chama atenção a inflexão mais acentuada observada entre 2020 e 2021, que pode estar associada aos efeitos da pandemia de

[8] Ver FREUND, 2013.
[9] Ver ROSANO, 2013.
[10] Ver SANTOS, 2023.
[11] Conforme art. 91 da Portaria de Consolidação nº 1, de 2 de junho de 2021.
[12] Percentual de internações hospitalares pagas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), por condições sensíveis à atenção primária em relação ao número total de internações hospitalares pagas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

Covid-19 sobre o funcionamento do sistema de saúde, incluindo a reorganização da Atenção Primária.[13][14] Por isso, esse trecho da série deve ser interpretado com cautela, evitando atribuir a variação observada exclusivamente à melhora no desempenho da Atenção Primária.

Em síntese, o gráfico aponta para uma trajetória nacional de queda das ICSAP, mas também revela desigualdades territoriais persistentes e a influência de fatores conjunturais relevantes no comportamento do indicador.

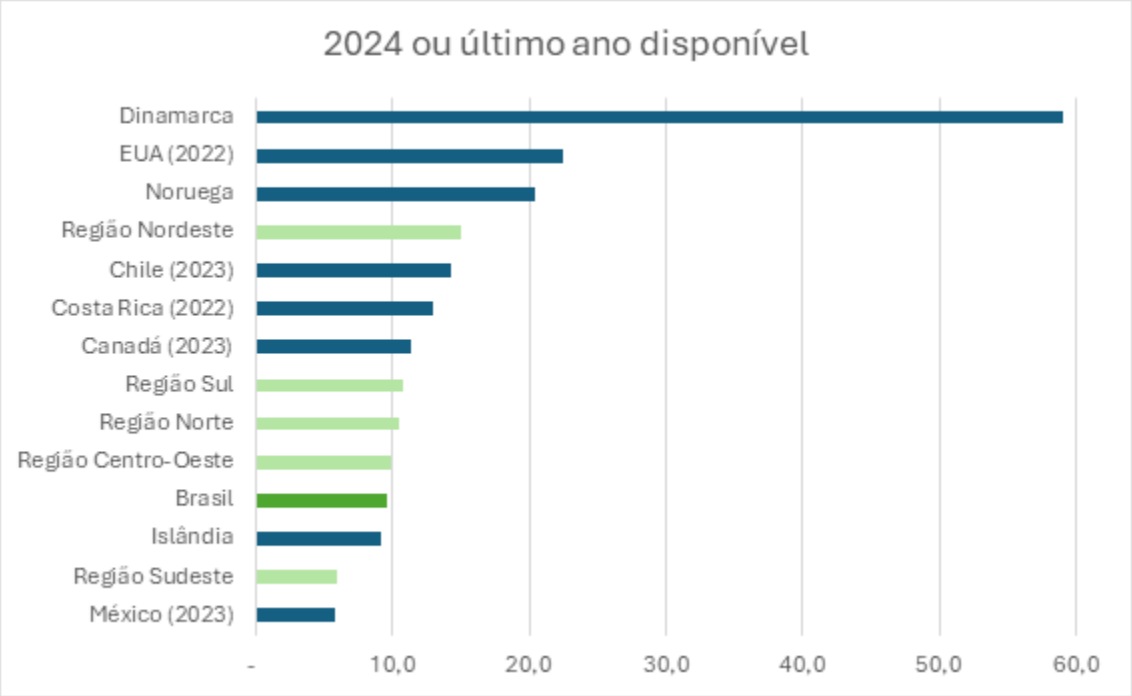
A análise das internações, desagregada por causa da internação, permite a realização de algumas comparações internacionais e revela, também, disparidades entre as Regiões do País. Para as comparações a seguir, foram utilizadas informações disponibilizadas pela Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), compatíveis metodologicamente com indicadores disponibilizados pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) no âmbito do Projeto de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde (PROADESS).

A seleção dos países buscou contemplar diferentes modelos de sistema de saúde e níveis de desenvolvimento econômico. Foram incluídos países da OCDE com sistemas universais de saúde (Canadá, Noruega, Dinamarca e Islândia), um país com sistema predominantemente baseado em seguros privados (Estados Unidos) e países latino-americanos com características socioeconômicas e epidemiológicas mais próximas das brasileiras (Chile, México e Costa Rica). Essa composição possibilita contextualizar o desempenho do Brasil tanto em relação a economias avançadas quanto a países da mesma região, permitindo interpretação mais abrangente dos indicadores de internações evitáveis.

Adicionalmente, a seleção foi condicionada pela disponibilidade de dados recentes e comparáveis na base de indicadores da OCDE sobre internações evitáveis. Ressalta-se, contudo, que diferenças na estrutura etária da população, no perfil epidemiológico, nos critérios de internação e na organização dos sistemas de saúde podem influenciar os resultados observados. Assim, as comparações internacionais devem ser interpretadas como referências de contexto e benchmarking, e não como medidas diretas e definitivas do desempenho dos sistemas de saúde.

Gráfico 2 - *Internações evitáveis por asma, por 100 mil habitantes*

[13] Ver MARQUES, PEREIRA e RAIMUNDO, 2025.
[14] Ver SILVA, CORRÊA e UEHARA, 2022

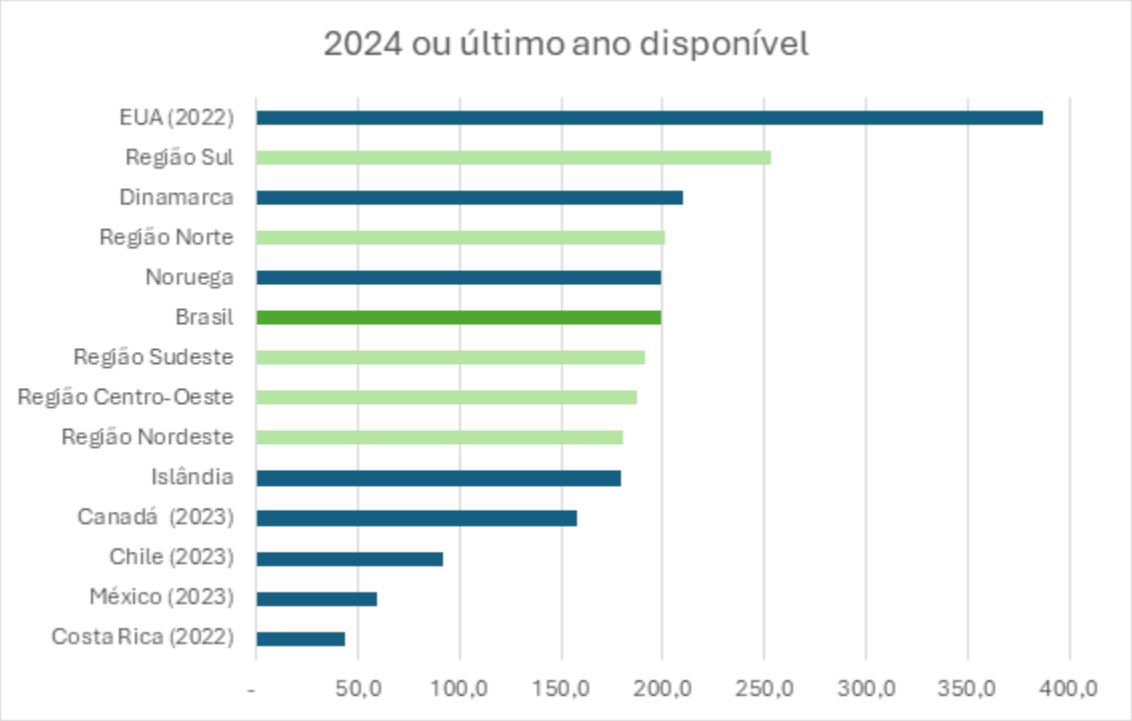


Fonte: OECD Data Explorer - Primary Care: Avoidable Hospital Admissions (https://data-explorer.oecd.org/) e Proadess – Projeto de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde (https://proadess.fiocruz.br/).

Em 2024 ou último ano disponível, o Brasil apresentou cerca de 10 internações evitáveis por asma por 100 mil habitantes, situando-se entre os países com menores taxas no conjunto analisado. O indicador brasileiro mostrou-se inferior aos observados na Dinamarca, Estados Unidos, Noruega, Chile, Costa Rica e Canadá, e próximo aos registrados na Islândia e no México. No âmbito nacional, observam-se diferenças regionais, com destaque para a Região Nordeste, que apresentou o maior valor, e para a Região Sudeste, que registrou a menor taxa.

Embora o Brasil apresente taxa de internações evitáveis por asma inferior à observada em diversos países da OCDE, o indicador pode refletir tanto efeitos positivos da ampliação da atenção primária e do acesso a medicamentos para controle da asma quanto diferenças nos padrões de utilização hospitalar, critérios de internação, perfil demográfico e metodologias de registro.

Gráfico 3 - *Internações evitáveis por insuficiência cardíaca, por 100 mil habitantes*



Fonte: OECD Data Explorer - Primary Care: Avoidable Hospital Admissions (https://data-explorer.oecd.org/) e Proadess – Projeto de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde (https://proadess.fiocruz.br/).

O Brasil apresentou, em 2024 ou último ano disponível, taxa de aproximadamente 200 internações evitáveis por insuficiência cardíaca por 100 mil habitantes, posicionando-se em faixa intermediária na comparação internacional. O indicador foi inferior ao observado nos Estados Unidos, Dinamarca e Noruega, mas superior ao registrado em países como Canadá, Islândia, Chile, México e Costa Rica. No plano nacional, observam-se diferenças regionais relevantes, com destaque para a Região Sul, que apresentou a maior taxa de internações, e para as regiões Nordeste e Centro-Oeste, que registraram os menores valores.

2.2. Árvore de Problemas

A árvore de problemas consiste em uma representação gráfica das relações de causa e efeito associadas a um problema identificado. Sua função é permitir uma demonstração visual e didática que fortaleça a compreensão da cadeia lógica ligada ao problema central.

Para fins desta avaliação executiva, a árvore de problemas foi construída a partir de oficinas coordenadas pela Enap nos dias 17 e 24 de novembro de 2025, em um trabalho conjunto envolvendo gestores e avaliadores.

Figura 1 - Árvore de Problemas



Fonte: Imagem produzida por IA (Microsoft Copilot GPT 5.6 Think), conforme elaboração própria a partir de oficinas entre gestores e avaliadores

2.3. Causas Críticas

Partindo do problema público **Pessoas e famílias, em diferentes territórios, convivem com necessidades usuais e recorrentes de saúde que não são atendidas de forma adequada, oportuna, resolutiva e equitativa** e aplicando o método explicativo[15], podemos identificar causas imediatas (de 1º nível). Aplicando o mesmo método a essas causas de 1º nível, são identificadas causas de 2º nível, e assim por diante. O resultado esperado é uma cadeia causal e não somente uma lista de causas possíveis.[16]

Nas oficinas realizadas entre gestores e avaliadores, com coordenação da Enap, foram listadas 61 causas, agrupadas em 5 blocos temáticos que respondem pelo primeiro nível causal:

- **Bloco 1 - Porque os fatores de risco e determinantes da saúde permanecem presentes nos territórios** criando um contexto estrutural de exposição contínua a condições ambientais, alimentares, de moradia e de trabalho que favorecem o adoecimento. Trata-se, assim, de uma causa estrutural, que condiciona o problema, e que sempre estará presente – com diferentes contextos – pressionando uma resposta estatal.
- **Bloco 2 - Porque a prevenção e o autocuidado não estão plenamente incorporados à vida cotidiana das pessoas e famílias** limitando a capacidade de reconhecer riscos, compreender orientações em saúde e adotar práticas preventivas e de manejo de forma contínua. Esse conjunto de causas, de natureza cultural, simbólica e informacional, explica por que agravos preveníveis tendem a se repetir mesmo quando há oferta de serviços e orientações.
- **Bloco 3 - Porque o cuidado ofertado é fragmentado** - as causas reunidas nesse bloco explicam diretamente a dificuldade de manejar condições crônicas e preveníveis ao longo do tempo, operando como causas de 1º nível associadas ao modo como o trabalho em saúde é organizado.
- **Bloco 4 - Porque as ações de prevenção, promoção da saúde e vigilância não estão suficientemente planejadas, articuladas e institucionalizadas no cotidiano dos serviços,** o que reduz a capacidade do sistema de antecipar riscos e interromper ciclos recorrentes de adoecimento. Essas causas incidem diretamente sobre o núcleo do problema público, explicando a persistência de agravos evitáveis e configurando causas de 1º nível.

[15] O método explicativo baseado na pergunta “por quê?” fundamenta-se na concepção aristotélica de explicação causal, articula-se ao questionamento dialógico do método socrático e é retomado, na modernidade, pela teoria da investigação de John Dewey e por aplicações contemporâneas de análise de causa raiz, como a técnica dos “5 Porquês”.
[16] SAMJI et al, 2018; LASSANCE, 2025; BRASIL, 2018; e UNDP, 2009.

- **Bloco 5 – Porque a oferta de serviços de atenção primária é insuficiente,** consideradas as especificidades nos territórios e a diversidade das demandas nos cursos de vida e vulnerabilidades socioeconômicas.

> Considerando que o Bloco 1 está relacionado aos determinantes sociais de saúde[17], que possui natureza estrutural e multissetorial, optou-se por não detalhar sua cadeia causal nesta avaliação executiva. Esses determinantes influenciam a distribuição territorial e social do problema, mas extrapolam a governabilidade direta da política avaliada e demandariam um recorte analítico próprio. Eles são mantidos no diagnóstico como referência interpretativa para leitura dos resultados e para reduzir risco de atribuição indevida.

Bloco 1: persistência de fatores de risco e determinantes da saúde

São causas de natureza estrutural e multissetorial, que conformam um contexto permanente de exposição a riscos ambientais, alimentares, habitacionais, laborais e sociais. Trata-se de um conjunto de fatores que condiciona o problema público, estando sempre presente, ainda que com variações territoriais e históricas, e que pressiona continuamente a necessidade de resposta estatal.

Esses fatores influenciam fortemente a distribuição social e territorial do adoecimento, bem como as possibilidades concretas de prevenção, adesão ao cuidado e manejo contínuo das condições de saúde.

a) Desigualdades e vulnerabilidade social e econômica

Esse núcleo explicativo refere-se à reprodução estrutural da pobreza, das desigualdades sociais, raciais e de gênero e da precarização das condições de vida. Trata-se de uma base estrutural da desigualdade que molda o perfil de riscos à saúde e limita a capacidade de indivíduos e famílias reconhecerem agravos precocemente, aderirem às orientações em saúde e sustentarem práticas regulares de cuidado ao longo do tempo.

Incluem-se nesse núcleo:

- desigualdades sociais, raciais e de gênero, que se refletem em diferentes exposições a riscos e diferentes capacidades de acesso a recursos de proteção;
- situações persistentes de vulnerabilidade socioeconômica e carência extrema;

[17] Ver Apêndice.

- insegurança alimentar e nutricional, que agrava condições crônicas e fragiliza o estado geral de saúde da população.

b) Condições de trabalho

Esse agrupamento explica como as formas de inserção produtiva afetam diretamente a saúde, ao moldarem a exposição a riscos físicos, ambientais e psicossociais, o desgaste físico e mental e as possibilidades reais de autocuidado. No contexto brasileiro, a superexploração do trabalho emerge como elemento central, associada a jornadas extensas, instabilidade, baixa proteção social e maior adoecimento.

Os chamados "estilos de vida" de famílias e indivíduos devem ser compreendidos, nesse sentido, como resultados dessas condições estruturais, e não como escolhas individuais desvinculadas do contexto social.

c) Insegurança e violência territorial

Aqui se incluem os contextos de violência e de controle territorial que afetam tanto a saúde da população quanto a presença, a continuidade e a qualidade do cuidado. Territórios sob controle de grupos criminosos impõem restrições à atuação de equipamentos públicos, dificultam o acesso da população aos serviços e colocam em risco o exercício profissional, comprometendo a fixação das equipes e a longitudinalidade do cuidado.

d) Dinâmica demográfica e biológica

Esse núcleo reúne fatores não diretamente modificáveis pela política pública, mas que alteram significativamente as necessidades em saúde e aumentam a complexidade do cuidado. Destacam-se o envelhecimento populacional, a presença de fatores genéticos determinantes de certas condições e a diversidade corporal e biológica, que ampliam a prevalência de condições crônicas e a necessidade de acompanhamento contínuo.

> Para os demais Blocos foi possível explorar causas subsequentes, que, ao explicar as causas de 1º nível, ajudam a explicar, indiretamente, a persistência do problema público. São limitações associadas à governança, ao financiamento, à capacidade de gestão, ao acesso aos serviços e à infraestrutura física e tecnológica do SUS que restringem a sustentação, de forma equitativa e contínua, tanto do modelo de cuidado priorizado quanto das ações de promoção e prevenção necessárias no âmbito da Atenção Primária à Saúde.

Bloco 2: baixa incorporação do autocuidado e da prevenção na vida cotidiana

Causas associadas às dimensões culturais, simbólicas e informacionais que condicionam a forma como pessoas e famílias percebem riscos, interpretam orientações em saúde e incorporam práticas preventivas e de manejo das condições de saúde no cotidiano.

Esse conjunto de causas ajuda a explicar por que agravos preveníveis tendem a se repetir, mesmo quando há oferta de serviços e orientações em saúde, atuando como mecanismo intermediário entre os determinantes estruturais e a organização do cuidado.

a) Compreensão e apropriação das informações em saúde

Refere-se às limitações no acesso, na compreensão e na apropriação de informações em saúde, expressas no desconhecimento das próprias condições de saúde e no baixo nível de educação em saúde. Essas limitações dificultam o reconhecimento precoce de riscos, a adesão às orientações preventivas e a continuidade do tratamento.

b) Relação com o conhecimento científico e com o sistema de saúde

Esse núcleo está associado a valores, crenças e percepções sociais que moldam a relação com o conhecimento científico e com o sistema de saúde. A desconfiança em protocolos baseados em evidências, a exemplo das imunizações por vacinação, a visão negativa do serviço público de saúde e convicções contrárias ao pensamento científico reduzem a legitimidade social das ações de prevenção e promoção da saúde.

c) Práticas diferenciadas de cuidado

As oficinas evidenciaram a diversidade de práticas de cuidado adotadas por indivíduos e famílias, fortemente influenciada por contextos sociais, culturais e econômicos distintos. Essa diversidade reforça a necessidade de abordagens sensíveis ao território e evita interpretações normativas ou culpabilizadoras sobre o comportamento dos usuários.

Bloco 3: predomínio de um modelo de cuidado fragmentado

Causas diretamente relacionadas ao modelo de cuidado, explicando a dificuldade do sistema em manejar condições crônicas e preveníveis ao longo do tempo. Trata-se de um conjunto de causas de 1º nível fortemente associado à forma como o trabalho em saúde é organizado.

A fragmentação do cuidado resulta de processos organizacionais e institucionais interdependentes, e não de escolhas isoladas de profissionais. Para fins didáticos, as causas foram organizadas em três dimensões[18]:

a) Processo de trabalho

Refere-se à execução e organização do cuidado em saúde, destacando-se elementos como o acolhimento, vínculo entre profissional e usuário e trabalho em equipe multiprofissional. Ocorre quando as ações estão centradas na queixa e na cura de doenças.

Nas oficinas entre gestores e avaliadores, suas causas foram relacionadas aos seguintes eventos:

- Formação profissional que não valoriza o conceito ampliado de saúde;
- Cuidado hegemonicamente atrelado ao uso de tecnologias duras e pouca valorização das tecnologias leves[19];
- Carência de profissionais qualificados, especialmente sensíveis para atender a diversidade de populações e de territórios;
- Desvalorização dos profissionais de saúde e riscos para o exercício da profissão, especialmente sob condições precárias de logística e de segurança;
- Fragilidades na coordenação e alinhamento do trabalho multiprofissional.

b) Linha de cuidado

Diz respeito ao itinerário terapêutico do usuário pela rede. Nesse sentido, a fragmentação se manifesta na baixa ou na ausência de cooperação entre os pontos de atenção, resultando em fluxos desordenados de usuários.

Nas oficinas entre gestores a avaliadores, suas causas foram relacionadas aos seguintes eventos:

[18] Ver CUNHA, 2017.

[19] Segundo Merhy e Franco (2003), as tecnologias utilizadas no trabalho em saúde podem ser classificadas em: (a) tecnologias leves, relacionadas ao campo das relações interpessoais, como acolhimento, vínculo e escuta; (b) tecnologias leve-duras, referentes aos saberes técnicos estruturados, como a clínica, a epidemiologia e os protocolos assistenciais; e (c) tecnologias duras, constituídas por equipamentos, normas, sistemas de informação e estruturas organizacionais. A produção do cuidado em saúde resulta da articulação desses três tipos de tecnologia.

- Desarticulação com a vigilância em saúde;
- Ausência de prontuário único eletrônico;
- Baixa interoperabilidade dos sistemas de informação;
- Baixa integração de bases de dados públicas e privadas.

c) Rede assistencial desarticulada

Refere-se ao arranjo organizacional dos serviços de saúde e ações de saúde, com comunicação deficiente, e que compromete a continuidade da atenção e a resolubilidade das demandas, especialmente das condições crônicas.

Nas oficinas entre gestores a avaliadores, suas causas foram relacionadas aos seguintes eventos:

- Trabalho em rede fragilizado;
- Ausência de arranjos que contemplem a diversidade territorial e as situações de vulnerabilidade;
- Modelo de organização do SUS fragmentado em silos.

Bloco 4: fragilidade na institucionalização das ações de prevenção, promoção e vigilância em saúde

No Bloco 4, foram apontados fatores que contribuem para a causa crítica identificada, como falhas no processo de planejamento das ações de prevenção e desarticulação entre Atenção Primária e Vigilância em Saúde. Outro ponto destacado pelos gestores e avaliadores em oficinas foi a fragilidade das ações da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), em especial sobre mobilidade segura, alimentação saudável e atividades físicas.

A persistência desses fatores é matéria analisada em literatura especializada[20], que aponta algumas possíveis explicações:

a) Barreiras organizacionais:

Estruturas governamentais muito hierarquizadas e setorizadas dificultam o diálogo. As áreas da atenção primária e da vigilância epidemiológica frequentemente operam sob coordenações distintas. Adicionalmente, a APS ainda opera predominantemente sob o modelo clínico-assistencial, o que dificulta ações de caráter coletivo. Além disso,

[20] PRADO e SANTOS, 2018.

mecanismos instáveis de financiamento e baixa indução para ações integradas impedem que projetos intersetoriais sejam sustentáveis a longo prazo.

b) Despreparo de gestores e profissionais:

Há baixa capacidade técnica e governativa/gerencial nos municípios para coordenar e avaliar ações de promoção da saúde.

c) Limitações operacionais na APS:

As equipes de saúde da família não conseguem alinhar suas agendas com outros setores do território. A comunicação é descontínua, há sobreposição de ações no território e planejamento pouco qualificado.

Bloco 5: oferta insuficiente de serviços de Atenção Primária à Saúde

Representa o nível mais próximo da experiência concreta das pessoas e famílias nos territórios. A insuficiência da oferta refere-se não apenas à quantidade de serviços, mas à inadequação da cobertura às especificidades territoriais, às diferentes fases do curso de vida e às vulnerabilidades socioeconômicas.

Esse bloco materializa limitações estruturais e institucionais em barreiras efetivas de acesso, como ausência de equipes, filas, atendimento intermitente e descontinuidade do acompanhamento. Além disso, potencializa os efeitos da fragmentação do cuidado (Bloco 3), retroalimenta a baixa confiança no sistema (Bloco 2) e reduz a efetividade das ações de promoção e vigilância (Bloco 4).

Restrições sistêmicas às capacidades institucionais do SUS

Os debates entre gestores e avaliadores em oficinas conduzidas pela Enap apontaram limitações na capacidade institucional do SUS que contribuem de forma decisiva para as causas primárias identificadas nos Blocos 2, 3, 4 e 5. São fatores que limitam a capacidade do sistema de sustentar, de forma contínua e equitativa, tanto o modelo de cuidado quanto as ações de prevenção e promoção, impondo barreiras ao acesso às ações e serviços da Atenção Primária à Saúde. Destacam-se alguns, a seguir:

- O volume de financiamento público é insuficiente, sob diversos parâmetros de análise[21];

[21] PAULO e RODRIGUES, 2022.

- O modelo de financiamento incentiva estratégias padronizadas, inibindo o planejamento local e a prevenção;[22]
- Há pouca disponibilidade e alta rotatividade de profissionais qualificados, com distribuição desequilibrada no território;
- A infraestrutura disponível é insuficiente e com deficiências de conectividade e de adaptação em diversos territórios;
- As condições de oferta de ações coletivas são precárias, com atenção a questões de segurança e domínio territorial paralelo em determinadas situações;
- Baixo investimento em pesquisa e desenvolvimento implica em maior dependência externa para acesso a tecnologias inovadoras;
- Há baixa integração de padrões de atendimento e de mecanismos de registro, de monitoramento e de avaliação das ações e serviços da PNAB, dificultando a articulação entre entes e redes.

Soma-se, a esses fatores, a baixa participação em termos de controle social, o que parece conferir um maior impulso a influências políticas nas decisões de saúde e, consequentemente, maior desarmonia entre os entes federativos, comprometendo a capacidade estatal de gestão eficiente do SUS.

2.4. Consequências

As consequências consistem nos efeitos negativos do problema existente, cujo sinal se espera inverter, ou pelo menos mitigar, com a intervenção governamental[23].

Desse modo, quando as condições de saúde preveníveis e manejáveis se repetem ou não são tratadas de forma contínua, tende a haver maior uso dos serviços, maior procura por atendimento fora do momento oportuno e maior necessidade de encaminhamentos e procedimentos. Como resultado, tem-se um quadro de sobrecarga em diferentes níveis de atenção: na APS pode se manifestar com equipes e

[22] O modelo de financiamento foi alterado substancialmente pela Portaria MS nº 3493/2024, como estratégia para induzir mais prevenção, estabelecendo indicadores de desempenho para ações de acompanhamento e continuidade do cuidado. São eles: Ações interprofissionais realizadas pela eMulti; Média de atendimentos por pessoa assistida pela eMulti; Mais acesso à APS; Cuidado da pessoa com diabetes; Cuidado da pessoa com hipertensão; Cuidado da gestante e do puerpério; Cuidado da mulher na prevenção do câncer; Cuidado da pessoa idosa; Cuidado no desenvolvimento infantil; Escovação dentária supervisionada em faixa etária escolar; Primeira consulta odontológica programada; Tratamento odontológico concluído; Tratamento restaurador atraumático; Procedimentos odontológicos preventivos; Taxa de exodontias realizadas.

[23] BRASIL, 2018.

agendas pressionadas; na atenção especializada com aumento de demanda, filas de espera e saturação dos serviços. Esses fatores geram repercussões sobre a capacidade de resposta do SUS e sobre os custos assistenciais.

Em segundo lugar, a persistência e recorrência de condições de saúde preveníveis e manejáveis, somadas a atrasos no cuidado e à descontinuidade do manejo, produz como efeito o agravamento das condições de saúde. Isso inclui evolução de quadros que poderiam ser interrompidos precocemente, agudização de doenças crônicas e aumento de eventos evitáveis, ocasionando a perda de bem-estar ao longo do tempo.

Um terceiro efeito identificado é a maior demanda por serviços privados de saúde. Diante de experiências de não resolutividade, espera prolongada, sobrecarga e dificuldades de acesso oportuno, parte da população tende a buscar alternativas fora do SUS, seja por meio de planos de saúde ou serviços de saúde privados de desembolso direto[24].

Esse deslocamento tende a reforçar a segmentação do cuidado à saúde no campo individual, com impactos na equidade em saúde. A coexistência de um sistema público universal com um setor privado dinâmico cria um sistema de "duas camadas", onde o acesso a serviços de maior complexidade e tecnologia é fortemente mediado pelo poder de compra e pela posse de planos de saúde, que se concentram nos grupos de maior renda[25].

Ademais, a expansão do setor privado pode impactar na disponibilização de recursos para o SUS, em razão de renúncia de receita associada a subsídios tributários às despesas médicas[26].

Por fim, esses mecanismos não se distribuem de forma homogênea. A convivência com condições de saúde preveníveis e manejáveis é atravessada por contextos territoriais e sociais distintos, de modo que a recorrência, o agravamento e a sobrecarga se concentram mais intensamente onde há maior vulnerabilidade e menor capacidade de resposta. Assim, o problema produz e retroalimenta o agravamento das desigualdades territoriais e sociais, observado em diferenças no acesso, na resolutividade, nos resultados e nos indicadores entre grupos sociais e entre territórios.

2.5. Objetivos

Após a conclusão da árvore de problemas, gestores federais e equipe de avaliação debateram sobre a construção de objetivos que direcionassem esforços para a superação das causas identificadas. A tabela a seguir compara o objetivo geral

[24] SANTOS, 2011; COSTA, 2017; CASTIGLIONE; LOVASI; CARVALHO, 2017.
[25] SANTOS, 2011; TESSER; SERAPIONI, 2021; BOCCOLINI; SOUZA JUNIOR, 2016.
[26] MENDES; WEILLER, 2015; OCKÉ-REIS, 2018; COSTA et al., 2022.

construído nesta avaliação executiva com o objetivo do Programa 5119 Atenção Primária à Saúde, constante no PPA:

Quadro 1 - *Comparativo entre Objetivo Geral da PNAB e Objetivo do Programa PPA*

Avaliação Executiva PNAB	Programa 5119 Atenção Primária à Saúde - PPA
Fortalecer a Atenção Primária à Saúde como a porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde e o centro ordenador da Rede de Atenção à Saúde.	Fortalecer a atenção primária, ampliando a cobertura da Estratégia Saúde da Família e da Saúde Bucal, com vistas à universalização do acesso, à abrangência do cuidado integral, à promoção da saúde, à prevenção de doenças e agravos e à redução de desigualdades de raça/etnia, de gênero, regionais e sociais.

Fonte: Lei nº 14.802/2024 (PPA 2024-2027). Elaboração própria.

O objetivo geral construído no âmbito da avaliação possui enunciado mais flexível do que o constante no programa do PPA, que opta por definir e restringir a estratégia a ser adotada (estratégia da Saúde da Família e da Saúde Bucal), além de descrever os impactos desejados.

No mesmo sentido, os objetivos específicos da PNAB construídos pelos gestores federais e equipe de avaliação para esta avaliação executiva se distinguem dos estabelecidos no PPA, conforme visto na tabela abaixo:

Quadro 2 - *Comparativo entre objetivos específicos - PNAB x PPA*

Avaliação Executiva PNAB	Programa PPA
• Ampliar o acesso à Atenção Primária à Saúde. • Estabelecer o vínculo e a responsabilização pela saúde da população e do território. • Disponibilizar profissionais qualificados.	• Expandir o acesso e a cobertura da Estratégia Saúde da Família, priorizando áreas de vulnerabilidade social, inclusive ribeirinhas e quilombolas, com provimento de profissionais e cuidado interprofissional. • Expandir o acesso à atenção integral à saúde das populações em situação de rua, privadas de liberdade e outras populações vulnerabilizadas. • Expandir o acesso e a oferta aos serviços de saúde bucal.
• Garantir a oferta e a qualidade do cuidado integral. • Coordenar o cuidado ofertado pelo SUS.	
• Fortalecer a informatização e colaboração para a interoperabilidade de sistemas no SUS.	• Ampliar a infraestrutura das Unidades Básicas de Saúde (UBS) com investimento em obras, equipamentos e materiais permanentes, visando prover condições adequadas para o trabalho em saúde na Atenção Primária.

Fonte: Lei nº 14.802/2024 (PPA 2024-2027). Elaboração própria.

Observa-se que os enunciados presentes na avaliação executiva da PNAB apresentam maior grau de generalidade e flexibilidade, permitindo que gestores municipais e regionais adaptem estratégias conforme as especificidades de seus territórios. Em contraste, os objetivos específicos definidos no PPA 2024–2027 são mais detalhados e

prescritivos, delimitando previamente as ações consideradas adequadas para o alcance das metas federais.

Essa diferença de formulação pode gerar tensões no processo de gestão para resultados. **Objetivos mais prescritivos — como os do PPA — podem restringir a autonomia local e dificultar a adaptação das estratégias às realidades heterogêneas das administrações municipais e das Regiões de Saúde.** Além disso, tal abordagem contraria o princípio do planejamento ascendente previsto nas normativas do SUS, que pressupõe a construção das prioridades a partir das necessidades identificadas nos territórios, e não a partir de diretrizes previamente fechadas no nível federal[27].

[27] Lei nº 8.080/1990, Art. 36. *O processo de planejamento e orçamento do Sistema Único de Saúde (SUS) será ascendente, do nível local até o federal, ouvidos seus órgãos deliberativos, compatibilizando-se as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos em planos de saúde dos Municípios, dos Estados, do Distrito Federal e da União*.

3. Desenho da Política Pública

A oferta de ações e serviços de atenção básica, inclusive o planejamento das atividades, a organização do fluxo e o encaminhamento para ações e serviços de outros componentes do SUS são, em regra, de responsabilidade dos municípios[28]. O financiamento dessas atividades é tripartite, ou seja, compartilhado entre União, estados e municípios.

Coordenação e cooperação são elementos centrais, considerando que a integralidade estabelecida como princípio da PNAB (e do SUS) não se dá, em regra, dentro dos limites municipais estritos, mas conforme colaboração prevista no âmbito da Rede de Atenção à Saúde (RAS).

Nesse sentido, não é suficiente a análise da política sob a perspectiva isolada de cada ente, seja União, estado ou município. **Estratégias federais e estaduais de apoio e financiamento são decisivas para o pleno desenvolvimento das atividades pelos municípios, ao mesmo tempo em que a coordenação eficiente da rede depende da disponibilização de informações precisas, confiáveis e tempestivas dos contextos locais**. É necessário investigar como os incentivos e as restrições se manifestam em diferentes contextos, sem perder a perspectiva de resultado atinente à população atendida pela APS em todo o território nacional.

Esse escopo amplo da avaliação executiva, por vezes, confronta paradigmas culturais e institucionais marcados em práticas administrativas e perspectivas de controle. Não se trata, contudo, de invalidar tais perspectivas (de conformidade e responsabilização), mas sim de garantir uma compreensão mais larga e abrangente do funcionamento do SUS.

Para que a APS atue como porta de entrada no SUS, deve ser capaz de identificar riscos e necessidades e, ao mesmo tempo, acolher demandas, ordenar o fluxo de ações e os serviços, gerir referências e se relacionar com os profissionais especialistas.

3.1. Modelo Lógico

De modo sucinto, o modelo lógico é formado por cinco componentes – insumos, processos, produtos, resultados e impactos – e exibe a lógica causal entre eles, explicitando os mecanismos por meio dos quais visa-se obter os resultados e impactos indicados a curto, médio e longo prazos. Isso permite testar a consistência do encadeamento lógico desses componentes, orientando e identificando fragilidades para a sua execução com foco nos resultados e impactos pretendidos.

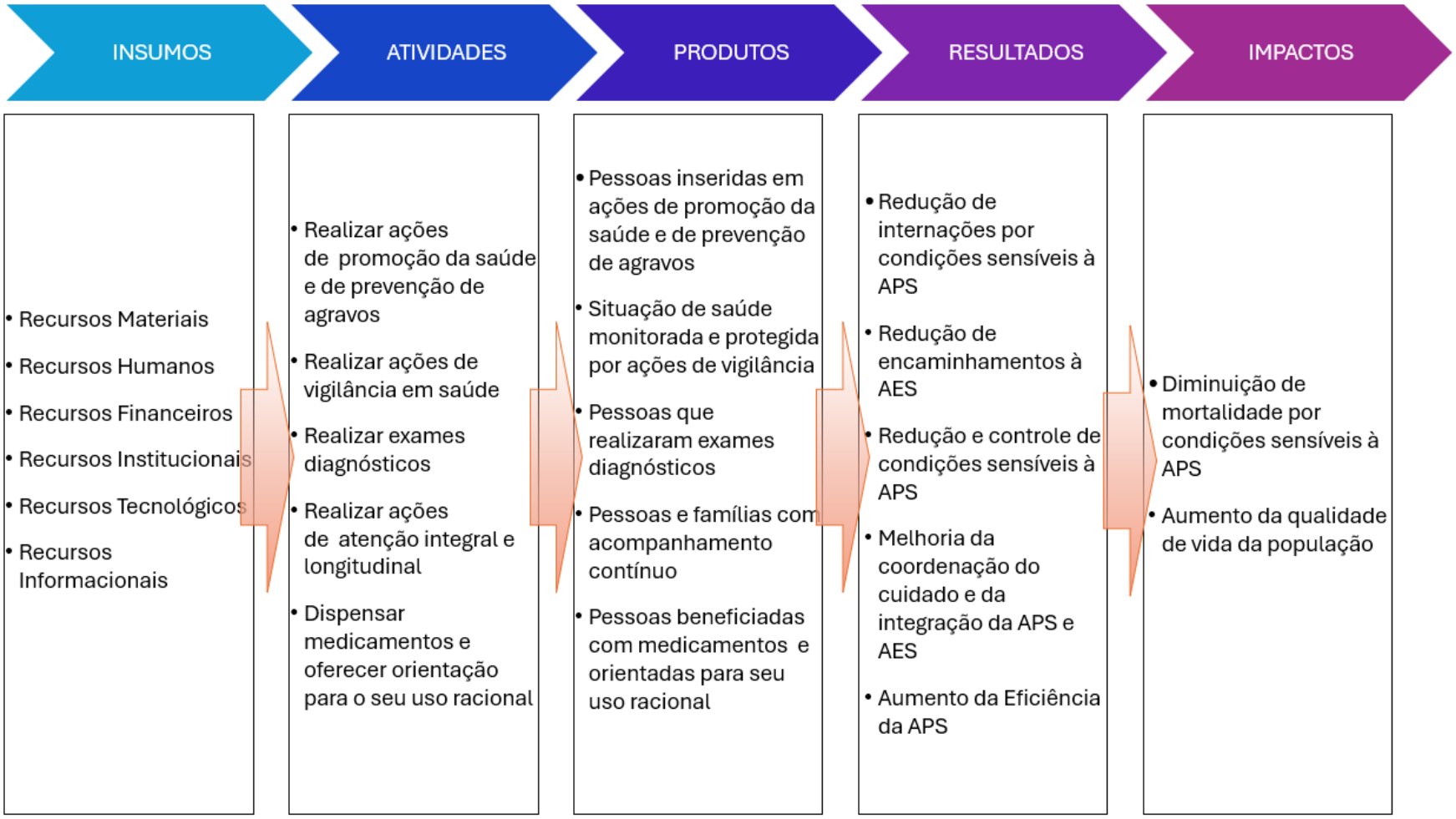
A relação de causa e efeito entre os elementos do Modelo Lógico deve ser coerente e plausível, considerando hipóteses, pressupostos e riscos assumidos e declarados.

[28] Em Anexo, tabela apresenta a distribuição de responsabilidades entre os entes.

O Modelo Lógico apresentado neste relatório foi construído no âmbito da avaliação executiva, considerados os marcos normativos vigentes e debates realizados entre gestores e avaliadores em oficinas coordenadas pela Secretaria de Monitoramento e Avaliação de Políticas Públicas e Assuntos Econômicos (SMA)[29].

[29] Não foi encontrado Modelo Lógico prévio elaborado para a PNAB.

Figura 2 - *Modelo Lógico PNAB*



a) Insumos

Os insumos correspondem aos recursos necessários à implementação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), constituindo os meios que viabilizam a oferta das ações e serviços da Atenção Primária à Saúde (APS). Para fins analíticos, foram organizados em seis categorias: (i) recursos materiais; (ii) recursos humanos; (iii) recursos financeiros; (iv) recursos institucionais; (v) recursos tecnológicos; e (vi) recursos informacionais.

A identificação desses recursos foi realizada por meio da análise da legislação e dos normativos que regulamentam o Sistema Único de Saúde (SUS) e a APS, complementada por informações obtidas junto à equipe gestora durante oficinas e reuniões técnicas realizadas no âmbito desta avaliação.

1. Recursos Materiais

Compreendem a infraestrutura física, os equipamentos, os insumos e os demais bens necessários à realização das ações e serviços da APS, assegurando condições adequadas para o atendimento à população e para o funcionamento das equipes de saúde. Destacam-se:

- **Unidades de saúde:** Posto de Saúde; Centro de Saúde; Unidade Básica de Saúde (UBS); Unidade Mista; Unidade Móvel Fluvial; Unidade Móvel Terrestre; Unidade Odontológica Móvel (UOM); Polo do Programa Academia da Saúde; Unidades de Acolhimento (adulto e infantojuvenil); e Centros Colaboradores em Alimentação e Nutrição.

- **Equipamentos de saúde:** ultrassom; eletrocardiograma; retinógrafo; equipamento odontológico completo; câmara refrigerada para vacinas; entre outros;

- **Medicamentos e insumos:** estoque adequado de itens essenciais para a atenção primária, incluindo medicamentos para hipertensão e diabetes, insumos estratégicos como testes rápidos e tiras reagentes para glicemia, e imunobiológicos do Programa Nacional de Imunizações (PNI);

- **Infraestrutura administrativa e de comunicação:** Unidades informatizadas e integradas à Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS); unidades que oferecem teleatendimento ou Núcleos de telessaúde em funcionamento.

2. Recursos Humanos

Correspondem à força de trabalho envolvida na organização, gestão e execução das ações de APS, incluindo profissionais de diferentes categorias e níveis de formação, responsáveis pela oferta do cuidado integral, contínuo e coordenado à população. Destacam-se:

- Médicos;

- Enfermeiros;

- Dentistas;
- Técnicos e Auxiliares de Saúde;
- Agentes Comunitários de Saúde; e
- Microcopistas.

3. Recursos Financeiros

Referem-se aos mecanismos de financiamento que viabilizam a manutenção, a qualificação e a expansão das ações e serviços da APS, abrangendo transferências interfederativas, dotações orçamentárias e demais fontes de custeio e investimento destinadas à implementação da política, podendo ser organizados em 3 grupos:

- **Manutenção das equipes:** critérios de equidade; vínculo e acompanhamento territorial; incentivos à qualidade; implantação e manutenção de programas, serviços, profissionais e arranjos de equipes da APS, incentivo à saúde bucal; incentivo per capita;
- **Estruturação da rede:** aquisição de equipamentos; construção e ampliação de imóveis; reforma de imóveis.
- **Outras fontes[30]:** emendas parlamentares; cofinanciamento estadual; recursos municipais.

A natureza tripartite do financiamento à APS impõe uma alta complexidade para o seu acompanhamento de forma estratégica, considerando a necessidade de conciliação de informações federais, estaduais e municipais. O Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) é o sistema oficial que registra, processa e disponibiliza as informações sobre receitas e despesas públicas em saúde de todos os entes federados.

Em alguns casos, não é possível identificar diretamente pela estrutura orçamentária das despesas no SIOP (Programa, ação orçamentária e plano orçamentário) os incentivos específicos previstos em Portarias do Ministério da Saúde, sendo necessário cruzamentos entre sistemas (a exemplo dos critérios de equidade, qualidade e vínculo territorial).

4. Recursos Institucionais

[30] As emendas parlamentares são examinadas na seção dedicada à execução orçamentária e financeira. O financiamento estadual e o municipal não integram o escopo desta avaliação executiva.

Englobam os marcos legais e normativos, os mecanismos de governança e os instrumentos de planejamento, pactuação, monitoramento, participação social e gestão que orientam e sustentam a implementação da PNAB no âmbito do SUS.

- **Normas legais e infralegais:** Constituição Federal; Lei Complementar nº 141; Lei Orgânica do SUS (Lei nº 8.080/1990); Lei nº 8.142/1990 (Participação na gestão do SUS); Decreto nº 7.508/2011 (regulamenta a Lei nº 8.080/1990); Lei do Plano Plurianual; Lei de Diretrizes Orçamentárias; Lei Orçamentária Anual; Decreto de Programação Orçamentária e Financeira; Portaria nº 841/2012 (Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde – RENASES); Portaria de Consolidação nº 1 (Atenção Primária à Saúde); Portaria de Consolidação nº 2 (Políticas nacionais de saúde do SUS); Portaria de Consolidação nº 6 (Financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do SUS).
- **Institucionalidades:** Regiões de Saúde; Fundos de Saúde; Comissões Intergestores; Conselhos de Saúde; Relatórios de Gestão; Planos de Saúde; Programações de Saúde; Agência Brasileira de Apoio à Gestão do SUS (AgSUS).

5. Recursos Tecnológicos

Correspondem aos sistemas de informação, plataformas digitais, soluções tecnológicas e ferramentas de apoio à gestão e à assistência que permitem o registro, o processamento e o acompanhamento das ações desenvolvidas na APS.

- **Sistemas Estruturantes:**
    - **e-SUS APS:** e-Sistema Único de Saúde – Atenção Primária à Saúde: registro e gestão das ações desenvolvidas na APS, apoiando o processo de trabalho das equipes de saúde e a integração das informações assistenciais;
    - **CadSUS/CNS:** Cadastro Único de Usuários do Sistema Único de Saúde: base nacional que reúne os dados de identificação dos usuários do SUS / Cartão Nacional de Saúde: identificador único do cidadão nos sistemas de informação em saúde;
    - **CNES:** Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde: registra e mantém atualizadas informações sobre a infraestrutura física, recursos humanos, serviços e equipamentos dos estabelecimentos de saúde no país.
- **Sistemas estratégicos:**

- **SISAB:** Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica: responsável por consolidar e processar as informações produzidas pelas equipes de Atenção Primária, servindo de base para monitoramento, avaliação, financiamento e planejamento das ações da APS;
- **E-Gestor:** plataforma oficial de acesso às informações administrativas, operacionais e estratégicas da APS, que possibilita: consultar adesões a programas, ações e estratégias do SUS; gerenciar credenciamentos de equipes e serviços; acessar relatórios públicos e restritos; integrar dados com o DATASUS.
- **Gerencia APS:** ferramenta utilizada por gestores municipais e estaduais para monitorar, organizar e acompanhar informações operacionais da Atenção Primária, como: situação de equipes credenciadas; indicadores de desempenho; produção das equipes; acompanhamento de metas e financiamentos; gestão de cadastros e territórios.

- **Sistemas operacionais:**
  - **SIPNI:** Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações: registro, controle e monitoramento das ações de imunização, permitindo o acompanhamento da cobertura vacinal e da situação epidemiológica relacionada às vacinas
  - **SISVAN:** Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional: monitora o estado nutricional e o consumo alimentar da população, subsidiando ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e formulação de políticas públicas em alimentação e nutrição.

6. Recursos Informacionais

Compreendem os dados, indicadores, evidências, estudos e demais informações estratégicas utilizadas para subsidiar o planejamento, a gestão, o monitoramento, a avaliação e o aperfeiçoamento contínuo das ações e serviços da APS, tais como:

- Registros administrativos e clínicos;
- Prontuário eletrônico;
- Diretrizes terapêuticas, protocolos clínicos, materiais educativos e informativos;
- Informações demográficas e epidemiológicas, especialmente da população adscrita.

b) Atividades e Produtos

As atividades representam o conjunto de ações desenvolvidas pelos entes federativos para operacionalizar a Política Nacional de Atenção Básica. Sua organização no modelo lógico tomou como referência o componente Atenção Básica da Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES), adotando-se o nível de agregação necessário para a análise da política em perspectiva estratégica e compatível com o papel de coordenação nacional exercido pela União.

1. **Realizar ações de promoção da saúde e de prevenção de agravos:** compreende a realização de ações comunitárias, atividades físicas, educativas, terapêuticas e de orientação à população;

2. **Realizar ações de vigilância em saúde:** compreende especialmente as ações de vacinação e imunização, inclusive a mobilização e busca ativa do público-alvo;

3. **Realizar exames diagnósticos:** compreende exames diagnósticos e/ou terapêuticos realizados pelos profissionais da equipe de Atenção Primária, contemplando procedimentos e exames laboratoriais tais como: coleta de material de sangue para exame laboratorial; coleta de material de urina para exame laboratorial; coleta de material de escarro para exame laboratorial; coleta de material para exame citopatológico (exame de Papanicolau); aferição de glicemia capilar; realização do "teste do pezinho"; realização do "teste da orelhinha"; pesquisa de plasmódio; intradermorreação com derivado proteico purificado (PPD); pesquisa de gonadotrofina coriônica (teste de gravidez); teste rápido de gravidez; pesquisa de corpos cetônicos na urina; pesquisa de glicose na urina; coleta de exames sorológicos para confirmação de doenças transmissíveis de interesse da saúde pública; coleta de linfa para baciloscopia (hanseníase); baciloscopia de escarro (tuberculose); teste rápido para HIV e sífilis; e diagnóstico por imagem, quando possível;

4. **Dispensar medicamentos e oferecer orientação para o seu uso racional:** compreende a disponibilização de medicamentos do componente básico da assistência farmacêutica e sua dispensação acompanhada de orientação pelo profissional farmacêutico;

5. **Realizar ações de atenção integral e longitudinal:** compreende ações e serviços de atendimento e de acompanhamento, tais como consultas e visitas domiciliares, realização de procedimentos clínicos e cirúrgicos na atenção primária e em saúde bucal e desenvolvimento de estratégias de atenção voltadas aos cursos de vida, a grupos específicos e a pessoas em situação de vulnerabilidade.

Os produtos correspondem às **entregas diretas resultantes da execução dessas atividades**, materializadas em bens disponibilizados, serviços ofertados, instrumentos produzidos ou ações efetivamente realizadas em favor da população e dos gestores do SUS.

1. Pessoas inseridas em ações de promoção da saúde e de prevenção de agravos;
2. Situação de saúde do território monitorada e protegida por ações de vigilância;
3. Pessoas que realizaram exames diagnósticos;
4. Pessoas beneficiadas com medicamentos e orientadas para seu uso racional;
5. Pessoas e famílias com acompanhamento contínuo.

c) Resultados

Os resultados consistem nas **mudanças esperadas decorrentes da disponibilização dos produtos** gerados pela política. Representam efeitos de curto e médio prazo associados ao aprimoramento do acesso, da qualidade, da resolutividade, da coordenação do cuidado e da capacidade de resposta da APS às necessidades de saúde da população, contribuindo para a superação ou mitigação dos problemas que justificam a intervenção pública.

- Redução de internações por condições sensíveis à Atenção Primária à Saúde (APS);
- Redução de encaminhamentos à Atenção Especializada em Saúde (AES);
- Redução e controle de condições sensíveis à APS;
- Melhoria da coordenação do cuidado e da integração da APS e AES;
- Aumento da Eficiência da APS.

d) Impactos

Os impactos correspondem às mudanças estruturais e de longo prazo para as quais a PNAB contribui, ainda que sua concretização dependa também da atuação de outras políticas públicas, de fatores contextuais e de condições socioeconômicas e institucionais. Expressam transformações mais amplas nas condições de saúde da população, na redução de desigualdades e no fortalecimento do Sistema Único de Saúde.

- Diminuição de mortalidade por condições sensíveis à APS;
- Aumento da qualidade de vida da população (resultados intersetoriais).

3.2.Consequências

3.3. Indicadores do Modelo Lógico

O acompanhamento, monitoramento e avaliação da política dependem da identificação de métricas que apontem o comportamento de cada uma das variáveis selecionadas para compor o seu Modelo Lógico. São os indicadores que devem cumprir esse papel, de forma a comunicar, de forma segura e precisa, desde a disponibilização dos insumos previstos até a identificação dos impactos esperados, possibilitando a constante verificação da pertinência das relações de causa e efeito assumidas na concepção da intervenção pública.

Nesta subseção, são apresentados os indicadores destacados pela avaliação executiva, organizados em 4 conjuntos: i) indicadores em acompanhamento; ii) indicadores sugeridos pela equipe gestora; iii) indicadores sugeridos pela equipe de avaliação e disponíveis atualmente; e iv). Indicadores sugeridos pela equipe de avaliação não disponíveis atualmente.

Quadro 3 - *Indicadores do Modelo Lógico em acompanhamento*

Componente	Elemento observado	Indicador	Observação
Insumos/Recursos Materiais	Unidades de Saúde	9086 - Número de Unidades Odontológicas Móveis (UOM) implantadas com cofinanciamento pelo Ministério da Saúde;	PPA: Programa 5119 Atenção Primária à Saúde
		9811 - Número de Unidades Básicas de Saúde Fluvial (UBSF) implantadas com cofinanciamento pelo Ministério da Saúde;	
		9866 - Número de Unidades Básicas de Saúde (UBS) estruturadas com investimento em obras, equipamentos e materiais permanentes;	
		9871 - Número de Unidades Básicas de Saúde (UBS) construídas;	
		9872 - Número de Unidades Básicas de Saúde (UBS) reformadas;	
		9877 - Número de Unidades Básicas de Saúde (UBS) ampliadas com salas de vacinas;	
		11984 - Número de Unidades Odontológicas Móveis (UOM) adquiridas;	
		11985 - Número de obras inacabadas em Unidades Básicas de Saúde (UBS) concluídas;	
		12695 - Número de Unidades Móveis de Consultório na Rua (UMCnaR) implantadas com cofinanciamento do Ministério da Saúde;	
		12700 - Número de Unidades Básicas de Saúde (UBS) estruturadas com equipamentos.	
	Polos do Programa Academia da Saúde	10759 - Número de polos do Programa Academia da Saúde credenciados pelo Ministério da Saúde.	
	Medicamentos e demais insumos	10902 - Percentual de imunobiológicos distribuídos aos estados de acordo com a demanda estimada.	PPA: Programa 5123 Vigilância em Saúde e Ambiente
	Infraestrutura administrativa e de comunicação	9818 – Percentual de UBS informatizadas integradas à Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS);	PPA: Programa 5119 Atenção Primária à Saúde
		9874 – Número de UBS estruturadas com equipamentos de informática para informatização e conectividade.	
		10642 – Número de Núcleos de Telessaúde em funcionamento;	PPA: Programa 5121 Gestão, Trabalho, Educação e Transformação Digital na Saúde
		10692 – Percentual de municípios atendidos por telessaúde;	
		12130 – Número de salas ou ambientes de teleatendimento instalados em estabelecimentos do SUS.	

Componente	Elemento observado	Indicador	Observação
Insumos/Recursos Humanos	Proxy de disponibilidade de profissionais de saúde	12693 – Número de eMulti com custeio adicional para oferta de atendimento remoto em UBS.	PPA: Programa 5119 Atenção Primária à Saúde
		10440 – Número de equipes Multiprofissionais (eMulti) implantadas com cofinanciamento do Ministério da Saúde;	
		8871 – Cobertura populacional estimada da Atenção Primária à Saúde;	
		9031 – Cobertura populacional estimada de atenção integral à saúde das populações em situação de rua e privadas de liberdade;	
		9043 – Cobertura populacional estimada de saúde bucal;	
		9097 – Número de equipes de Saúde Bucal (eSB) implantadas;	
		9792 – Número de equipes de Saúde da Família (eSF) implantadas;	
		9804 – Número de equipes de Atenção Primária (eAP) implantadas com cofinanciamento do Ministério da Saúde;	
		9808 – Número de equipes de Saúde da Família Ribeirinha (eSFR) implantadas;	
		9823 – Número de equipes de Consultório na Rua (eCR) implantadas;	
		9824 – Número de equipes de Atenção Primária Prisional (eAPP) implantadas;	
		10486 – Número de vagas ocupadas nos programas de provimento médico da APS.	
Insumos/Recursos Institucionais	Relatórios de gestão e Conselhos de Saúde	10862 – Número de entes federados com Relatório de Gestão encaminhado para apreciação no Conselho de Saúde.	PPA: Programa 5121 Gestão, Trabalho, Educação e Transformação Digital na Saúde
Insumos/Recursos Tecnológicos	Proxy da expansão da oferta de serviços digitais no SUS	9714 - Número de serviços digitais disponibilizados para o SUS.	
Insumos/Recursos Informacionais	Proxy da evolução da infraestrutura de saúde digital e da interoperabilidade dos sistemas do SUS	9780 – Número de Unidades da Federação com acesso aos dados da Rede Nacional de Dados em Saúde	
	Proxy de disponibilidade de informação sobre profissionais de saúde	10519 – Percentual de categorias profissionais com demografias concluídas	

Componente	Elemento observado	Indicador	Observação
Atividades	Realizar ações de promoção da saúde e de prevenção de agravos	Número de escolas com adesão ao Programa Saúde na Escola que realizaram pelo menos uma atividade de promoção da alimentação adequada e saudável	Plano Nacional de Saúde (PNS)
		Número de procedimentos de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) na APS no período de 12 meses	
	Realizar ações de vigilância em saúde	12684 - Percentual de municípios que operacionalizam vacinação no âmbito escolar	PPA: Programa 5123 Vigilância em Saúde e Ambiente
		10932 - Número de avaliações ou atualizações de risco realizadas e divulgadas	
	Dispensar medicamentos e oferecer orientação para o seu uso racional	10883 - Número de serviços de cuidado farmacêutico realizados nos estabelecimentos de saúde ofertados aos usuários do SUS	PPA: Programa 5117 Qualificação da Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde
		9061 - Número de fármacos e insumos estratégicos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica adquiridos	
		9058 - Percentual de farmácias credenciadas por Unidade da Federação no Programa Farmácia Popular	
		10884 - Percentual dos serviços de Cuidado Farmacêutico nos estados, DF e municípios avaliados	
	Realizar ações de atenção integral e longitudinal	Número de domicílios com o risco para insegurança alimentar avaliado	Plano Nacional de Saúde (PNS)
		099 - Número de municípios com Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD) implantadas com cofinanciamento pelo Ministério da Saúde	PPA: Programa 5119 Atenção Primária à Saúde
		10760- Número de procedimentos de inserção de métodos contraceptivos de longa duração na APS realizados	
		9736 - Número de atendimentos de telessaúde realizados	PPA: Programa 5121 Gestão, Trabalho, Educação e Transformação Digital na Saúde

Componente	Elemento observado	Indicador	Observação
Produtos	Situação de saúde do território monitorada e protegida por ações de vigilância	10901 - Percentual de municípios com cobertura adequada (95%) das vacinas: penta (DTP/HepB/Hib) - PENTA; pólio injetável - VIP; e pneumo 10 - VPC10, sarampo, caxumba, rubéola - SCR, em crianças de até 1 ano	PPA: Programa 5123 Vigilância em Saúde e Ambiente
	Pessoas que realizaram exames diagnósticos	Percentual de mulheres cadastradas na Atenção Primária à Saúde na faixa etária de 50 a 69 anos com exame de mamografia avaliado nos últimos 24 meses	Plano Nacional de Saúde (PNS)
		Percentual de mulheres cadastradas na Atenção Primária à Saúde na faixa etária de 25 a 64 anos com exame de rastreamento do câncer de colo do útero avaliado nos últimos 36 meses	
	Pessoas beneficiadas com medicamentos e orientadas para seu uso racional	10876 - Número de usuários atendidos pelo Programa Farmácia Popular do Brasil ao ano	PPA: Programa 5117 Qualificação da Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde
	Pessoas e famílias com acompanhamento contínuo	Proporção de pessoas com idade entre 40 e 74 anos atendidas na APS que tiveram a avaliação do risco cardiovascular realizada no intervalo de 12 meses em relação ao total de pessoas na mesma faixa etária cadastradas na APS	Plano Nacional de Saúde (PNS)
		Proporção de atendimentos individuais por problema ou condição avaliada "obesidade" na APS	
		Percentual de cobertura de beneficiários do Programa Bolsa Família com perfil saúde nas condicionalidades de saúde	
		Proporção de gestantes pelo menos seis consultas pré-natal realizadas, tendo iniciado o pré-natal até a 12ª semana de gestação	
		10858 - Percentual Cobertura Populacional de Atenção Domiciliar	PPA: Programa 5118 Atenção Especializada à Saúde
		9829 - Número de pessoas que menstruam e se encontram em condições de precariedade menstrual, contempladas no Programa de Proteção, Promoção da Saúde e Dignidade Menstrual	PPA: Programa 5119 Atenção Primária à Saúde

Quadro 4 - *Indicadores sugeridos pela equipe gestora*

Componente	Elemento observado	Indicador
Insumos/Recursos Humanos	Agentes Comunitários de Saúde (ACS).	Cobertura populacional estimada de Agentes Comunitários de Saúde (ACS).
Insumos/Recursos Financeiros	Proxy da adoção de práticas de telessaúde na Atenção Primária	Repasse financeiro adicional às eMulti com atendimentos remotos mediados por TICS
Insumos/Recursos Informacionais	Uso efetivo do prontuário eletrônico na Atenção Primária à Saúde	Proporção de registros originados de Prontuário Eletrônico em relação ao Coleta de Dados Simplificada (CDS)
Atividades	Realizar ações de atenção integral e longitudinal	Número de registros simultâneos de peso e altura até os dois anos de vida;
		Número de visitas domiciliares realizadas por ACS/TACS, com intervalo mínimo de 30 (trinta) dias entre as visitas, realizadas nos últimos 12 meses;
		Número de consultas presenciais ou remotas realizadas por médica(o) ou enfermeira(o) até dois anos de vida;
		Número de consultas realizadas à pessoa idosa por profissional médica(o) ou enfermeira(o) presencial ou remota nos últimos 12 meses;
		Número de ações de cuidado compartilhado na APS realizadas (atendimento compartilhado + Interconsultas + discussão de caso/PTS realizadas);
		Proporção de encaminhamentos com seguimento do cuidado na APS
Produtos	Pessoas e famílias com acompanhamento contínuo	Pessoas que realizaram procedimentos e atendimentos cirúrgicos na APS;
		Pessoas que receberam primeiros cuidados de urgências e emergência na APS;
		Pessoas e famílias acompanhadas pela APS no território;
		Populações específicas e de diferentes contextos territoriais acompanhadas integralmente;
		Número de pessoas atendidas em ações de cuidado compartilhado na APS;
		Pessoas com deficiência acompanhadas integralmente;
		Pessoas inseridas em ações com foco na Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas
		Percentual de acompanhamento de idosos restritos ao domicílio
		Percentual de pessoas com hipertensão com o exame de creatinina avaliado na APS nos últimos 12 meses
		Percentual de diabéticos com exames de acompanhamento realizados no período
	Pessoas inseridas em ações de promoção da saúde e de prevenção de agravos	Escovação Supervisionada por equipe de Saúde Bucal (eSB) em faixa etária escolar (6 a 12 anos)

Quadro 5 - *Indicadores sugeridos pela equipe de avaliação e considerados viáveis*

Componente	Elemento observado	Indicador
Insumos/Recursos Financeiros	Valores orçamentários aplicados pelo setor público em APS.	Valores per capita aplicados em APS por Região de Saúde (União, Estado e Município).
Insumos/Recursos Institucionais	Regiões de Saúde, Planos de Saúde, Programações de Saúde e Relatórios de Gestão	Proporção de regiões de saúde com, pelo menos, dois instrumentos aprovados (Plano de Saúde, Relatório Anual de Gestão e Programação Anual de Saúde).
Insumos/Recursos Informacionais	Prontuário eletrônico e regiões de saúde	Proporção da população com prontuário eletrônico por região de saúde (SUS e sistema próprio)
Atividades	Dispensar medicamentos e oferecer orientação para o seu uso racional	Número de medicamentos dispensados
		Número de orientações sobre uso racional de medicamentos realizadas
		Atendimentos realizados por farmacêuticos
	Realizar ações de atenção integral e longitudinal	Número de consultas (atendimentos clínicos) realizadas na APS;
		Número de procedimentos cirúrgicos realizados na APS;
		Número de ações de busca ativa realizadas para populações acompanhadas por ações estratégicas;
		Número de visitas domiciliares e acompanhamento familiar realizadas;
		Número de atendimentos domiciliares realizados para pessoas com dificuldade de acesso à UBS;
		Número de procedimentos clínicos em saúde bucal realizados;
		Número de procedimentos cirúrgicos em saúde bucal realizados;
		Número de atendimentos específicos realizados;
		Número de encontros de grupos específicos realizados (atividades voltadas aos cursos de vida e a pessoa em situação de vulnerabilidade)
	Realizar ações de promoção da saúde e de prevenção de agravos	Número de ações comunitárias, promoção de atividades físicas, terapêuticas e de orientação à população
		Número de práticas corporais de atividade física ofertadas em estabelecimentos da APS
	Realizar ações de vigilância em saúde	Número de doses de vacina aplicadas (por faixa etária, populações específicas)
		Número de campanhas de vacinação realizadas
	Realizar exames diagnósticos	Número de exames diagnósticos realizados

Componente	Elemento observado	Indicador
Produtos	Pessoas beneficiadas com medicamentos e orientadas para seu uso racional	Número de pessoas que receberam medicamentos para condições sensíveis à APS
	Pessoas e famílias com acompanhamento contínuo	Porcentagem de pessoas atendidas em serviços de saúde bucal (recortes por tipo de serviço);
		Percentual de pacientes acamados acompanhados regularmente por região de saúde no SUS;
		Pessoas diagnosticadas com condições sensíveis à APS e outras condições de interesse em Saúde Pública acompanhadas;
		Pessoas acompanhadas de maneira longitudinal em seus diferentes ciclos de vida
	Pessoas inseridas em ações de promoção da saúde e de prevenção de agravos	Proporção de pessoas cadastradas no território que participaram de pelo menos uma ação comunitária no período
	Pessoas que realizaram exames diagnósticos	Percentual de hipertensos com exames de acompanhamento realizados no período;
		Percentual de diabéticos com exames de acompanhamento realizados no período
	Situação de saúde do território monitorada e protegida por ações de vigilância	Cobertura Vacinal
Resultados	Eficiência da APS	Custo médio anual por pessoa acompanhada na APS
	Coordenação do cuidado e da integração da APS e AES	Proporção de encaminhamentos com contrarreferência registrada;
		Tempo médio entre encaminhamento e atendimento especializado
	Encaminhamentos da APS para a AES	Número de encaminhamentos mensais à AES por equipe;
		Proporção de atendimentos na APS que resultaram em encaminhamento para a AES
	Internações por condições sensíveis à APS	Proporção de internações por condições sensíveis à APS
	Condições sensíveis à APS	Proporção de atendimentos na atenção primária às pessoas em situação de vulnerabilidade;
		Prevalência de condições sensíveis à atenção primária;
		Diminuição de comorbidades por condições sensíveis à APS (asma e doenças pulmonares, diabetes, HAS, Pré-natal e parto, imunização)
Impactos	Mortalidade por condições sensíveis à APS	Taxa de mortalidade por condições sensíveis à APS
	Qualidade de vida da população (resultados intersetoriais)	Índice de Progresso Social (IPS)

Quadro 6 - *Indicadores sugeridos pela equipe de avaliação sem disponibilidade atual*

Componente	Elemento observado	Indicador
Insumos/Recursos Materiais	Equipamentos de saúde	Disponibilidade de equipamentos de saúde por região de saúde (SUS e sistema privado)
	Infraestrutura administrativa e de comunicação	Proporção de estabelecimentos de saúde com conectividade adequada por região de saúde (SUS e sistema privado)
Insumos/Recursos Humanos	Dentistas	Disponibilidade de dentistas por região de saúde (SUS e sistema privado).
	Enfermeiros	Disponibilidade de enfermeiros por região de saúde (SUS e sistema privado).
	Médicos	Disponibilidade de médicos por região de saúde (SUS e sistema privado).
	Microcopistas	Disponibilidade de microcopistas por região de saúde (SUS e sistema privado).
	Técnicos e auxiliares	Disponibilidade de técnicos e auxiliares de saúde por região de saúde (SUS e sistema privado).
Insumos/Recursos Financeiros	Valores não orçamentários aplicados em APS por meio de benefícios tributários.	Benefícios tributários per capita usufruídos por região de saúde (assistência médica e despesas com saúde).
Produtos	Pessoas beneficiadas com medicamentos e orientadas para seu uso racional	Número de dispensação de medicamentos para HAS, DM e agravos mais comuns
	Pessoas inseridas em ações de promoção da saúde e de prevenção de agravos	Número de atendimentos de PICs/ número de atendimentos totais
	Situação de saúde do território monitorada e protegida por ações de vigilância	Taxa ou porcentagem de imunização (diferentes recortes regionais e populacionais)

Nota-se uma predominância de indicadores associados aos insumos e à capacidade instalada da APS entre aqueles monitorados no âmbito do Programa 5119 Atenção Primária à Saúde. Já o acompanhamento de atividades finalísticas e produtos da política encontra-se disperso em outros programas relacionados à PNAB e em instrumentos de planejamento setorial, especialmente o Plano Nacional de Saúde. Esse arranjo evidencia que o monitoramento federal da política se apoia em múltiplos instrumentos de gestão, o que amplia a cobertura temática do acompanhamento, mas pode dificultar uma visão integrada da cadeia de resultados da Atenção Primária à Saúde.

Cabe destacar que o modelo lógico e o conjunto de indicadores apresentados constituem um avanço relevante no esforço de explicitação da teoria de intervenção da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), refletindo o trabalho conjunto e qualificado da equipe gestora e da equipe de avaliação na sistematização de informações, na identificação de relações causais e na incorporação de métricas voltadas ao monitoramento e à avaliação da política. A amplitude dos componentes contemplados, a articulação com instrumentos de planejamento governamental e a preocupação em utilizar bases de dados e indicadores já disponíveis conferem maior consistência e viabilidade ao modelo proposto. Não obstante, considerando que esta análise foi desenvolvida no contexto de uma avaliação executiva conduzida no âmbito do CMAP, com escopo, prazo e recursos compatíveis com esse tipo de iniciativa, entende-se que o modelo deve ser compreendido como uma etapa de consolidação inicial e não como um produto definitivo. Nesse sentido, permanecem oportunidades de aprofundamento analítico e de aperfeiçoamento metodológico, especialmente quanto ao refinamento das relações entre atividades, produtos e resultados, à ampliação de indicadores de qualidade, equidade e coordenação do cuidado, bem como ao fortalecimento da mensuração de resultados e impactos atribuíveis à APS. Tais aprimoramentos são não apenas desejáveis, mas inerentes ao processo contínuo de amadurecimento dos instrumentos de monitoramento e avaliação de políticas públicas complexas como a PNAB.

3.4. Teoria da Mudança

A teoria da mudança é um resumo narrativo que estrutura a racionalidade da política pública. No caso da PNAB, poderia ser descrita conforme o enunciado a seguir:

> Se a Atenção Primária à Saúde dispuser de recursos adequados e bem distribuídos e se executar ações baseadas em cuidado longitudinal, territorializado e coordenado,
>
> **Então**
>
> Será ampliado o acesso qualificado às ações e serviços, prevenção efetiva e cuidado resolutivo, **resultando em** melhoria dos indicadores de saúde e eficiência do SUS e **contribuindo para** melhores condições de vida da população.

Essa racionalidade parte de hipóteses e premissas, considerando os riscos envolvidos e as estratégias para sua mitigação, de modo a explicitar as condições necessárias para a implementação da política, bem como para o alcance de seus resultados e impactos, conforme apresentado nas tabelas a seguir:

Quadro 7 - *Hipóteses e Premissas da PNAB*

HIPÓTESES	PREMISSAS
• A disponibilização dos recursos aumenta o acesso oportuno e a cobertura efetiva das ações e serviços; • O acompanhamento longitudinal reduz complicações, internações evitáveis e mortalidade precoce; • A coordenação do cuidado diminui duplicidades, filas e iatrogenias[31]; • As ações comunitárias e intersetoriais impactam positivamente condições de saúde que influenciam o processo saúde-doença-cuidado.	• Estabilidade do volume de financiamento pelos entes, considerando a permanência do piso constitucional; • Os sistemas de informação são preenchidos de forma tempestiva e com informações precisas, comparáveis e fidedignas; • Os sistemas de comunicação são compatíveis e interoperáveis; • A Região de Saúde ordena a Atenção Primária à Saúde no território;

[31] Qualquer situação adversa que ocorra com um paciente como resultado de tratamento por um médico, cirurgião, ou outro profissional da área de saúde, especialmente infecções adquiridas pelo paciente no curso do tratamento. BIREME. **Doença iatrogênica**. Descritores em Ciências da Saúde (DeCS). São Paulo: BIREME/OPAS/OMS, [s.d.].
Disponível em: https://decs.bvsalud.org/ths/resource/?id=7231&filter=ths_exact_term&q=Iatrogenia#Details. Acesso em 26 de agosto de 2026.

Quadro 8 - *Riscos e estratégias de mitigação*

RISCOS	ESTRATÉGIA DE MITIGAÇÃO
• Desequilíbrio no financiamento entre os entes e entre as Regiões de Saúde	a) Estabelecimento e monitoramento de indicadores de financiamento compartilhados entre os 3 entes; b) Estabelecimento prévio de medidas corretivas.
• Extensão e diversidade de normas relacionadas; • Falta de padronização das estruturas orçamentárias e financeiras.	c) Simplificar e racionalizar normas e estrutura orçamentária e financeira.
• Territorialidade como inibidor de acesso (territórios controlados pela criminalidade; violência doméstica; receios quanto à privacidade, entre outros) • Resistência ao atendimento domiciliar (sensação de insegurança, receios quanto à privacidade, entre outros)	d) Organizar e fortalecer a intersetorialidade (assistência social, segurança pública, educação, entre outros) e) Flexibilizar o modelo de organização da Atenção Primária à Saúde em determinados contextos e territórios.
• Falta de integração e padronização das informações pode comprometer a viabilidade de uma governança estratégica da política, considerando a diversidade de atores envolvidos nas três esferas de governo e a diversidade de condições e de hábitos nos territórios.	f) Ampliar e fortalecer canais de apoio à gestão e de articulação entre os entes.

4. Execução Orçamentária E Financeira

A análise da execução orçamentária e financeira associada à implementação da PNAB implica em desafio complexo. O financiamento tripartite da política faz com que a análise das despesas feita isoladamente por ente, seja federal, estadual, municipal ou distrital, implique em limitações evidentes. Ainda que a análise seja restrita às despesas realizadas pela União, nota-se que a estrutura orçamentária sofre importantes alterações periodicamente.

Para fins dessa avaliação executiva, foi realizado trabalho de associação de ações orçamentárias da União diretamente relacionadas à implementação da PNAB, de acordo com os elementos identificados no Modelo Lógico da política apresentados em seção anterior, conforme exibido na tabela abaixo:

Quadro 9 - *Ações orçamentárias relacionadas à implementação da PNAB*

Programa	Ação Orçamentária
5119 Atenção Primária à Saúde	219A - Piso de Atenção Primária à Saúde[32]
	8581 - Estruturação da Rede de Serviços de Atenção Primária à Saúde[33]
	00UC - Transferência aos Entes Federativos para o Pagamento dos Vencimentos dos Agentes Comunitários de Saúde[34]
	21BG - Formação e Provisão de Profissionais para a Atenção Primária à Saúde[35]
	4324 - Atenção à Saúde de Populações Ribeirinhas e de Áreas Remotas da Região Amazônica mediante Cooperação com a Marinha do Brasil e com o Exército Brasileiro[36]
	21CE - Implementação de Políticas de Atenção Primária à Saúde[37]
	20YL - Estruturação de Academias da Saúde
	217U - Apoio à Manutenção dos Polos de Academia da Saúde
	2E89 - Incremento Temporário ao Custeio dos Serviços de Atenção Primária à Saúde para Cumprimento de Metas (emendas parlamentares)

[32] Principal mecanismo de cofinanciamento federal da APS, por meio de transferências fundo a fundo para implantação, manutenção e execução das ações e serviços no âmbito municipal e distrital.
[33] Financia construção, ampliação e reforma de UBS, aquisição de equipamentos, veículos e unidades móveis, incluindo UBS fluviais.
[34] Garante o piso salarial da categoria, fortalecendo sua atuação territorial.
[35] Inclui bolsas e ações de provimento direto pelo Ministério da Saúde.
[36] Viabiliza ações de APS em cooperação com Marinha e Exército, atendendo populações de difícil acesso.
[37] Apoia políticas voltadas à ampliação do acesso, equidade e qualidade, incluindo pesquisas, capacitações, eventos e ações de educação permanente.

5121 Gestão, Trabalho, Educação e Transformação Digital na Saúde	20YD - Educação e Trabalho na Saúde
	00UW - Assistência Financeira Complementar aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios para o Pagamento do Piso Salarial dos Profissionais da Enfermagem
	8287 - Aprimoramento da Articulação e Cooperação Interfederativa e Participativa em Saúde
	20YQ - Apoio Institucional para Aprimoramento do SUS
	2016 - Funcionamento do Conselho Nacional de Saúde
	218U - Apoio ao Custeio de Despesas Institucionais de Entidades Representativas dos Entes Estaduais e Municipais no Âmbito da Saúde - Conass e Conasems
	21DX - Manutenção de Contratos de Gestão com a Agência Brasileira de Apoio à Gestão do SUS (AGSUS)
	20YN - Sistemas de Tecnologia de Informação e Comunicação para a Saúde (e-Saude)
	8753 - Monitoramento, Avaliação e Gestão da Informação Estratégica em Saúde
	21GM - Transformação Digital no SUS
	21CF - Implantação, Desenvolvimento e Manutenção de Saúde Digital, Telessaúde e Inovação no SUS
5117 Qualificação da Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde	20AH - Organização dos Serviços de Assistência Farmacêutica no SUS
	20YR - Manutenção e Funcionamento do Programa Farmácia Popular do Brasil Pelo Sistema de Gratuidade
	20AE - Promoção da Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos na Atenção Básica em Saúde
5118 Atenção Especializada à Saúde	20AI - Auxílio-Reabilitação Psicossocial aos Egressos de Longas Internações Psiquiátricas no Sistema Único de Saúde (De Volta Pra Casa)
5123 Vigilância em Saúde e Ambiente	20YE - Aquisição e Distribuição de Imunobiológicos e Insumos para Prevenção e Controle de Doenças
5133 Segurança Alimentar e Nutricional e Combate à Fome (MDS)	20QH - Alimentação e Nutrição para a Saúde

Fonte: SIOP Gerencial. Elaboração própria

Além do Programa 5119 Atenção Primária à Saúde, outros 5 programas do PPA 2024-2027 contribuem para a implementação da PNAB, com destaque para o Programa 5121 Gestão, Trabalho, Educação e Transformação Digital na Saúde, com 11 ações orçamentárias.

4.1. Execução orçamentária recente

O quadro a seguir apresenta os valores empenhados nas ações selecionadas entre 2021 e 2025, em valores de dezembro de 2025, corrigidos pelo IPCA:

Tabela 1 - *Valores reais empenhados associados à PNAB (2021-2025), por programa e ação*

PPA	Ação	2021	2022	2023	2024	2025
5119	219A	28.170.611.446	26.900.598.274	20.504.946.377	25.435.038.021	27.928.422.865
	2E89	9.534.797.635	9.365.641.062	9.335.180.263	10.952.352.198	11.566.024.546
	00UC	-	-	9.703.574.536	10.374.792.093	10.731.130.608
	21BG	3.563.276.506	3.042.606.141	2.568.162.885	4.185.325.176	4.147.967.464
	8581	1.312.614.206	961.362.698	1.489.105.227	2.475.255.342	4.084.793.476
	21CE	141.316.336	176.058.225	157.444.438	325.559.527	287.036.084
	217U	60.816.978	51.361.219	55.332.470	51.810.075	46.296.000
	4324	21.933.295	20.381.501	35.079.959	23.008.626	19.302.069
	20YL	8.988.937	2.726.961	1.362.931	345.862	351.000
	Total 5119	42.814.355.338	40.520.736.081	43.850.189.085	53.823.486.918	58.811.324.111
5121	00UW	-	-	8.023.707.400	11.109.446.311	10.287.474.254
	21DX	-	-	1.124.357.927	1.170.816.483	2.886.377.492
	20YD	2.513.899.142	1.939.076.420	2.035.880.239	2.367.585.008	2.521.210.955
	20YQ	61.695.106	62.740.845	149.605.668	403.701.695	492.464.083
	20YN	290.777.245	292.886.582	379.465.812	308.476.709	388.203.100
	21CF	6.978.798	27.846.691	43.965.520	67.027.787	184.456.483
	21GM	-	-	-	487.074.137	64.186.822
	2016	14.775.597	14.574.207	24.026.990	29.884.466	33.299.061
	8287	19.003.224	24.952.228	14.843.077	33.606.293	31.053.035
	218U	17.570.893	16.591.890	15.849.570	20.637.430	20.000.000
	8753	7.341.961	9.107.323	17.515.552	15.983.499	13.278.494
	Total 5121	2.932.041.966	2.387.776.185	11.829.217.754	16.014.239.819	16.922.003.782
5117	20YR	2.557.986.198	2.591.858.481	2.603.831.493	3.178.400.456	5.924.524.544
	20AE	2.321.615.180	2.581.812.317	2.272.138.057	2.931.943.601	3.008.516.245
	20AH	92.232.086	73.393.914	120.905.180	123.031.119	163.176.047
	Total 5117	**4.971.833.465**	**5.247.064.713**	**4.996.874.729**	**6.233.375.177**	**9.096.216.836**
5118	20AI	**27.252.888**	**28.535.289**	**30.775.864**	**39.190.789**	**39.125.610**
5123	20YE	**19.041.405.450**	**19.351.348.317**	**6.579.995.569**	**8.524.921.854**	**8.926.418.849**
5133	20QH	**88.738.828**	**75.017.452**	**72.340.385**	**160.877.567**	**83.856.444**
TOTAL PNAB[38]		69.875.627.935	67.610.478.037	67.359.393.386	84.796.092.124	93.878.945.632

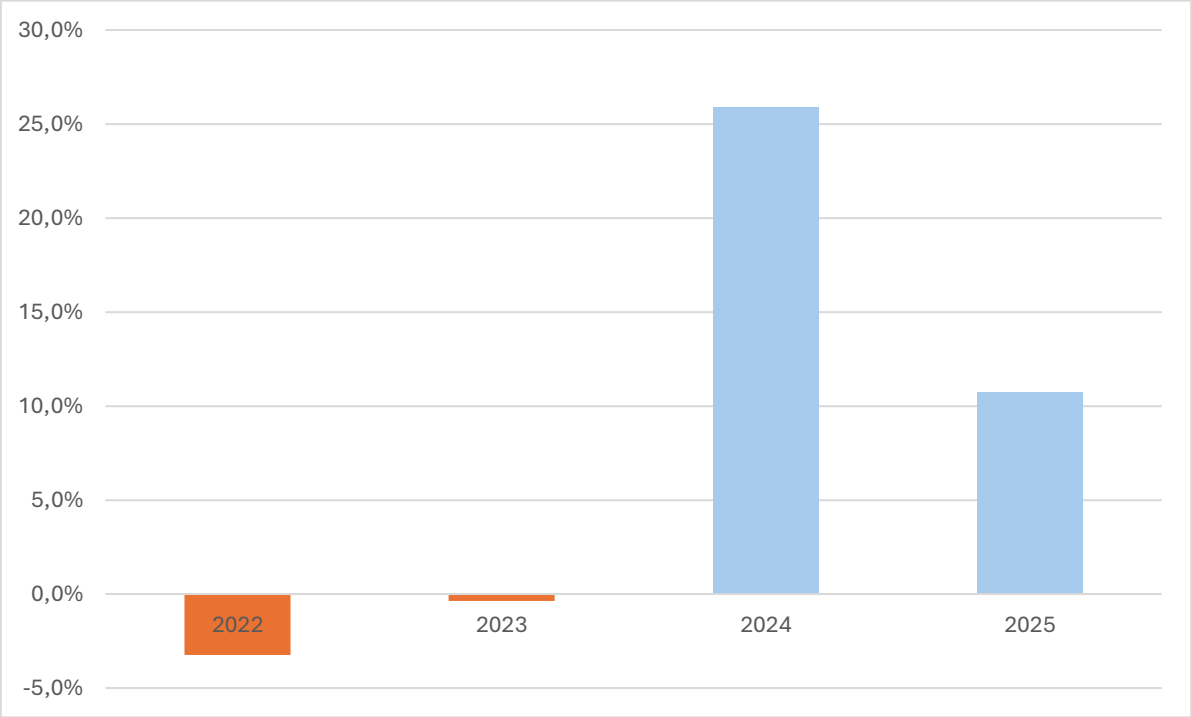
Fonte: SIOP Gerencial. Elaboração própria. Valores corrigidos pelo IPCA para dez/2025.

O programa 5119 Atenção Primária à Saúde respondeu, em 2025, por 62,6% do total das despesas selecionadas empenhadas; o programa 5121 Gestão, Trabalho, Educação e Transformação Digital na Saúde por 18,0%; o programa 5117 Qualificação da Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde por 9,7%; o programa 5123 Vigilância em Saúde e Ambiente, por 9,5%. Os programas 5118 Atenção Especializada à Saúde e 5133 Segurança Alimentar e Nutricional e Combate à Fome responderam por menos de 0,1% das despesas empenhadas em 2025, cada um.

Gráfico 4 - Variação (%) dos valores reais empenhados em ações associadas à implementação da PNAB (2021-2025)

[38] Despesas das ações selecionadas por associação direta ou indireta com a implementação da PNAB.

Fonte: SIOP Gerencial. Elaboração própria. Valores corrigidos pelo IPCA para dez/2025.



Ao analisar a variação real dos valores empenhados no período de 2021-2025, nota-se uma retração nos anos de 2022 e 2023, com um aumento superior a 25% em 2024 e novo crescimento, próximo a 10%, em 2025.

4.2. Escolha metodológica para análise de série histórica

Das 26 ações orçamentárias relacionadas à implementação da PNAB em 2025, apenas 4 existiam em 2006, primeiro ano da primeira versão da PNAB (8581, 2016, 8287 e 4324).

Essas 26 ações são classificadas em 8 subfunções orçamentárias, conforme demonstrado na tabela abaixo:

Tabela 2 - *Associações entre orçamentárias relacionadas à implementação da PNAB, subfunção e programa do PPA*

Subfunção	Ação	2025	Programa
301 - Atenção Básica		**58.811.324.111**	
301 - Atenção Básica	219A	27.928.422.865	5119
	2E89	11.566.024.546	
	00UC	10.731.130.608	
	21BG	4.147.967.464	

	8581	4.084.793.476	
	21CE	287.036.084	
	217U	46.296.000	
	4324	19.302.069	
	20YL	351.000	
122 - Administração Geral		**13.750.667.926**	
122 - Administração Geral	00UW	10.287.474.254	
	21DX	2.886.377.492	
	20YQ	492.464.083	
	2016	33.299.061	
	8287	31.053.035	
	218U	20.000.000	
126 - Tecnologia da Informação		**465.668.417**	5121
126 - Tecnologia da Informação	20YN	388.203.100	
	21GM	64.186.822	
	8753	13.278.494	
128 - Formação de Recursos Humanos	**20YD**	**2.521.210.955**	
573 - Difusão do Conhecimento Científico e Tecnológico	**21CF**	**184.456.483**	
303 - Suporte Profilático e Terapêutico		**9.135.342.446**	5117 e 5118
303 - Suporte Profilático e Terapêutico	20YR	5.924.524.544	
	20AE	3.008.516.245	5117
	20AH	163.176.047	
	20AI	39.125.610	5118
305 - Vigilância Epidemiológica	**20YE**	**8.926.418.849**	5123
306 - Alimentação e Nutrição	**20QH**	**83.856.444**	5133

Fonte: SIOP Gerencial. Elaboração própria.

A subfunção 301 Atenção Básica, respondeu, em 2025, por 62,9% das despesas empenhadas, **observada correspondência integral com o programa 5119 Atenção Primária à Saúde.** A subfunção 122 – Administração Geral, respondeu por 14,6%; a subfunção 303 – Suporte Profilático e Terapêutico respondeu por 9,7%, a subfunção 305 – Vigilância Epidemiológica, por 9,5%; a subfunção 128 – Formação de Recursos Humanos, por 2,7%. As subfunções 126 – Tecnologia da Informação, 573 – Difusão do Conhecimento Científico e Tecnológico e 306 – Alimentação e Nutrição, responderam, cada uma, por menos de 0,5% das despesas empenhadas em 2025.

Nota-se que a identificação do conjunto de ações orçamentárias que contribui para a implementação da PNAB a cargo do Ministério da Saúde (órgão 36000), assume alguns riscos e possíveis imprecisões. Isso porque, as ações que estão fora do programa 5119, apesar de contribuírem decisivamente para a implementação da política, também podem direcionar despesas que apoiam outra política ou nível de atenção, de forma que o volume de recursos poderia estar superestimado para a PNAB.

Considerando a associação entre programas, ações, subfunções e o componente da atenção básica da Renases, que orientou a elaboração do Modelo Lógico da política, só foi identificada **correspondência total entre o Programa 5119 Atenção Primária à Saúde e a subfunção 301 Atenção Básica.**

Em sentido inverso, ao analisar quais as despesas empenhadas em 2025 foram classificadas na subfunção 301 Atenção Básica, nota-se que o programa 5119 respondeu pela quase totalidade (99,9%), havendo uma única exceção (0.05%, cerca de R$ 32 milhões), correspondente à ação 2E74 Estruturação e Modernização de Unidades de Saúde das Forças Armadas, constante do programa 0032 Programa de Gestão e Manutenção do Poder Executivo.

Diante dessa constatação, para a construção de série histórica de execução orçamentária desde 2006, quando do lançamento da primeira versão da PNAB, **optou-se pela vinculação à subfunção 301 Atenção Básica e ao órgão 36000 (Ministério da Saúde)**, diante da impossibilidade de utilização da estrutura programática em razão de diversas alterações ao longo do período examinado[39].

a) Modalidade de Aplicação da Despesa

O quadro a seguir apresenta os valores empenhados na subfunção 301 Atenção Básica, de 2006 a 2025, discriminados por modalidade de aplicação:

[39] Apesar do Ministério da Saúde responder por cerca de 99,9% das despesas empenhadas na subfunção 301 entre 2023 e 2025, essa correlação apresentou importantes alterações durante a série histórica considerada (2006 a 2025), razão pela qual, para fins dessa avaliação executiva, foi considerado também o filtro pelo órgão 36000, além da subfunção relativa a Atenção Básica.

Tabela 3 - *Valores reais empenhados na subfunção 301 Atenção Básica, por modalidade de aplicação (R$ milhões)*

Ano	41	40	45	90	91	31	30	32	35	80	50	70
2006	-	17.327	-	778	2	-	150	-	-	330	329	-
2007	-	19.657	-	1.007	0	-	216	-	-	165	315	-
2008	-	20.929	-	718	0	-	177	-	-	33	218	3
2009	-	22.093	-	725	0	-	169	-	-	25	65	-
2010	-	22.980	-	792	0	-	243	-	-	25	85	-
2011	27.231	96	-	931	0	286	5	-	-	23	9	-
2012	28.456	50	-	1.005	0	322	8	-	-	39	74	-
2013	28.005	5	-	1.126	1	294	9	-	-	915	49	-
2014	29.125	8	632	1.670	0	368	1	-	2	3.190	31	-
2015	27.367	19	-	1.515	275	324	3	-	-	2.489	41	-
2016	26.515	1	-	2.120	282	295	5	-	-	2.750	60	-
2017	26.383	19	-	2.771	309	278	1	-	-	2.886	33	-
2018	26.392	8	-	2.883	375	319	1	-	-	1.416	76	-
2019	32.571	3	1.341	3.900	609	299	1	-	10	18	36	-
2020	32.620	1	-	2.972	348	366	2	-	-	19	-	-
2021	38.815	7	-	3.911	563	334	0	-	-	2	6	-
2022	36.997	4	-	2.950	404	323	-	-	-	26	588	-
2023	40.723	1	-	2.238	367	374	11	-	-	121	1.140	-
2024	48.763	0	-	4.462	-	409	-	13	-	169	7	-
2025	53.859	4	-	4.441	0	433	-	-	-	69	6	-

Fonte: SIOP Gerencial. Elaboração própria. Valores corrigidos pelo IPCA para dez/2025.
Legenda: 41 - Transferências a Municípios - Fundo a Fundo / 40 - Transferências a Municípios / 45 - Transferências Fundo a Fundo aos Municípios à conta de recursos de que tratam os §§ 1o e 2o do art. 24 da Lei Complementar no 141, de 2012 / 90 - Aplicações Diretas / 91 - Aplicação Direta Decorrente de Operação entre Órgãos, Fundos e Entidades Integrantes dos Orçamentos F/S / 31 - Transferências a Estados e ao Distrito Federal - Fundo a Fundo / 30 - Transferências a Estados e ao Distrito Federal / 80 - Transferências ao Exterior / 50 - Transferências a Instituições Privadas sem Fins Lucrativos

O quadro abaixo apresenta a participação relativa das despesas empenhadas classificadas na subfunção 301 Atenção Básica no período de 2006 a 2025, por modalidade de aplicação:

Tabela 4 - *Participação (%) nas despesas empenhadas na subfunção 301 Atenção Básica, por modalidade de despesa*

Ano	41	40	45	90	91	31	30	80	50
2006	0,0%	91,6%	0,0%	4,1%	0,0%	0,0%	0,8%	1,7%	1,7%
2007	0,0%	92,0%	0,0%	4,7%	0,0%	0,0%	1,0%	0,8%	1,5%
2008	0,0%	94,8%	0,0%	3,3%	0,0%	0,0%	0,8%	0,1%	1,0%
2009	0,0%	95,7%	0,0%	3,1%	0,0%	0,0%	0,7%	0,1%	0,3%
2010	0,0%	95,3%	0,0%	3,3%	0,0%	0,0%	1,0%	0,1%	0,4%
2011	95,3%	0,3%	0,0%	3,3%	0,0%	1,0%	0,0%	0,1%	0,0%
2012	95,0%	0,2%	0,0%	3,4%	0,0%	1,1%	0,0%	0,1%	0,2%
2013	92,1%	0,0%	0,0%	3,7%	0,0%	1,0%	0,0%	3,0%	0,2%
2014	83,2%	0,0%	1,8%	4,8%	0,0%	1,1%	0,0%	9,1%	0,1%
2015	85,4%	0,1%	0,0%	4,7%	0,9%	1,0%	0,0%	7,8%	0,1%
2016	82,8%	0,0%	0,0%	6,6%	0,9%	0,9%	0,0%	8,6%	0,2%
2017	80,7%	0,1%	0,0%	8,5%	0,9%	0,8%	0,0%	8,8%	0,1%
2018	83,9%	0,0%	0,0%	9,2%	1,2%	1,0%	0,0%	4,5%	0,2%
2019	84,0%	0,0%	3,5%	10,1%	1,6%	0,8%	0,0%	0,0%	0,1%
2020	89,8%	0,0%	0,0%	8,2%	1,0%	1,0%	0,0%	0,1%	0,0%
2021	88,9%	0,0%	0,0%	9,0%	1,3%	0,8%	0,0%	0,0%	0,0%
2022	89,6%	0,0%	0,0%	7,1%	1,0%	0,8%	0,0%	0,1%	1,4%
2023	90,5%	0,0%	0,0%	5,0%	0,8%	0,8%	0,0%	0,3%	2,5%
2024	90,6%	0,0%	0,0%	8,3%	0,0%	0,8%	0,0%	0,3%	0,0%
2025	91,6%	0,0%	0,0%	7,6%	0,0%	0,7%	0,0%	0,1%	0,0%

Fonte: SIOP Gerencial. Elaboração própria.

Legenda: 41 - Transferências a Municípios - Fundo a Fundo / 40 - Transferências a Municípios / 45 - Transferências Fundo a Fundo aos Municípios à conta de recursos de que tratam os §§ 1o e 2o do art. 24 da Lei Complementar no 141, de 2012 / 90 - Aplicações Diretas / 91 - Aplicação Direta Decorrente de Operação entre Órgãos, Fundos e Entidades Integrantes dos Orçamentos F/S / 31 - Transferências a Estados e ao Distrito Federal - Fundo a Fundo / 30 - Transferências a Estados e ao Distrito Federal / 80 - Transferências ao Exterior / 50 - Transferências a Instituições Privadas sem Fins Lucrativos

Nota-se que a transferência de recursos aos municípios responde, na maior parte do período, a mais de 90% das despesas empenhadas, o que pode ser explicado pela responsabilidade atribuída prioritariamente a estes entes para prestação de ações e serviços de atenção básica à saúde. Essa participação ficou abaixo dos 90% entre os anos de 2014 e 2022, com um sensível acréscimo de participação de transferências ao exterior entre 2014 e 2018 e das aplicações diretas a partir de 2016.

b) Grupo de Natureza de Despesa (GND)

O quadro abaixo apresenta os valores reais empenhados pelo Ministério da Saúde na subfunção 301 Atenção Básica entre 2006 e 2025, separados entre GND 3 (outras despesas correntes) e 4 (investimentos):

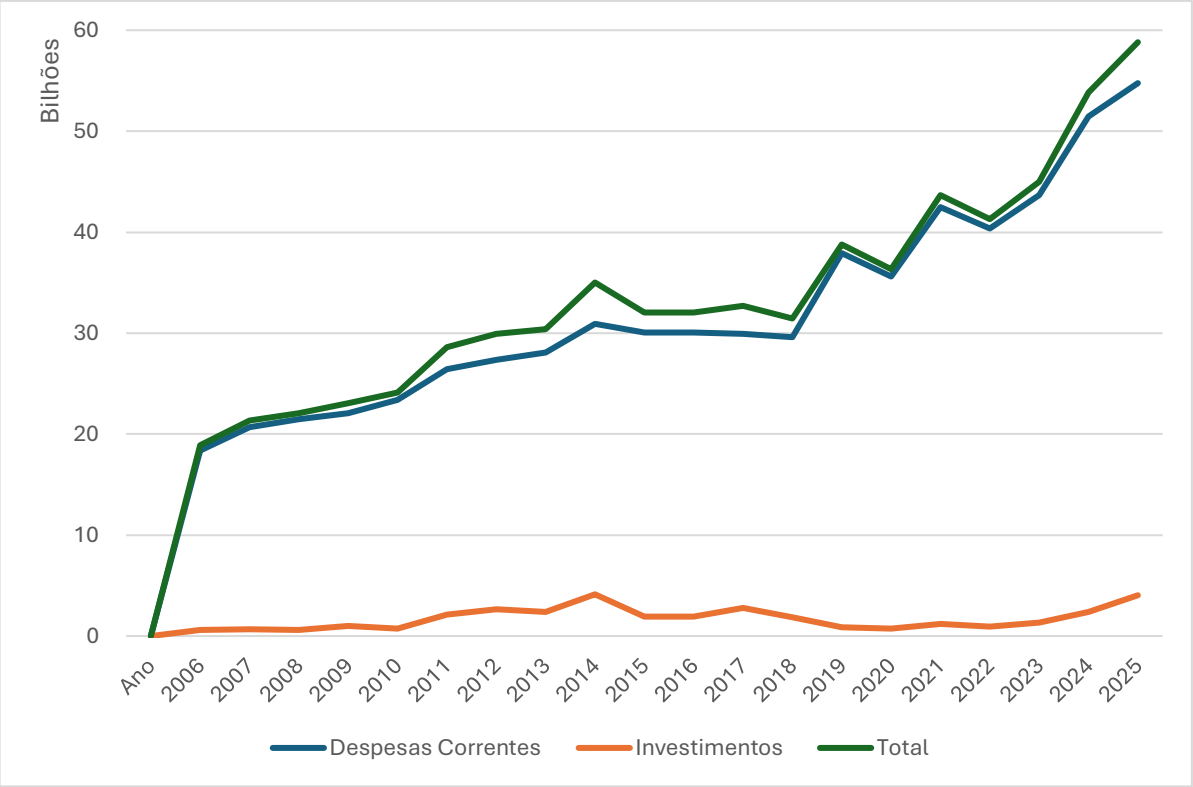
Tabela 5 - *Valores reais empenhados. Subfunção 301, por GND*

Ano	3	4	Total
2006	18.338.913.908	577.508.868	**18.916.422.776**
2007	20.684.867.646	674.823.878	**21.359.691.524**
2008	21.460.692.251	616.915.444	**22.077.607.695**
2009	22.074.243.738	1.001.585.591	**23.075.829.329**
2010	23.370.780.313	754.014.507	**24.124.794.820**
2011	26.442.213.026	2.139.194.425	**28.581.407.451**
2012	27.329.102.385	2.626.287.043	**29.955.389.428**
2013	28.046.362.967	2.357.242.326	**30.403.605.293**
2014	30.893.190.032	4.133.911.036	**35.027.101.068**
2015	30.075.612.707	1.956.410.038	**32.032.022.745**
2016	30.082.530.321	1.945.273.788	**32.027.804.108**
2017	29.904.143.044	2.777.499.555	**32.681.642.599**
2018	29.628.694.017	1.841.876.154	**31.470.570.170**
2019	37.923.205.482	864.918.268	**38.788.123.749**
2020	35.580.502.188	749.125.245	**36.329.627.433**
2021	42.452.558.522	1.186.422.357	**43.638.980.879**
2022	40.379.563.354	911.946.678	**41.291.510.032**
2023	43.656.542.400	1.318.004.612	**44.974.547.012**
2024	51.436.241.891	2.387.245.027	**53.823.486.918**
2025	54.759.576.967	4.051.747.144	**58.811.324.111**

Fonte: SIOP Gerencial. Elaboração própria. Valores corrigidos pelo IPCA para dez/2025.

O gráfico a seguir ilustra a evolução das despesas em valores reais, separadas entre despesas correntes e investimentos:

Gráfico 5 - *Evolução das despesas empenhadas na subfunção 301, por GND*



Fonte: SIOP Gerencial. Elaboração própria. Valores corrigidos pelo IPCA para dez/2025.

Nota-se uma tendência constante do crescimento das despesas correntes, em termos reais, enquanto os investimentos apresentam tímido crescimento de 2011 a 2014, quando atingiu a maior participação relativa (11,8%), seguido de queda até 2022. A partir de 2023, as despesas com investimentos voltam a crescer em termos reais e em participação relativa no total das despesas empenhadas na subfunção 301 Atenção Básica.

c) Elemento de Despesa

Considerando que a maior parte das despesas empenhadas na subfunção 301 Atenção Básica refere-se a transferências aos municípios, optou-se, nesta avaliação executiva, realizar a análise sobre elemento de despesa apenas daquelas despesas de execução direta pela União.

Tabela 6 - *Participação (%) nas despesas classificadas na subfunção 301 de execução direta pela União, por elemento de despesa*

Elemento[40]	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
3 - ODC	92,8	97,5	95,6	93,8	97,2	92,4	90,2	98,6	98,2	98,1	100	97,8	99,9	99,6	100	100	99,9	99,5	96,4	96,3
18	1,0	1,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	33,0	36,2	47,2	54,8	66,7	69,9	62,3	60,4	72,0	82,1	84,9
48	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	1,6	11,2	40,6	9,6	17,8	9,6	13,4	6,6	1,5	1,6	0,7	6,0	6,5	7,2
39	64,0	51,6	77,6	92,0	66,2	10,1	16,5	19,6	21,3	12,7	12,3	15,6	8,1	5,1	9,2	6,6	5,9	6,4	7,3	3,8
30	25,9	43,6	17,1	0,7	0,7	0,6	0,4	1,0	0,3	0,8	0,5	0,9	0,0	0,0	0,0	0,4	1,0	0,7	0,4	0,2
93	0,3	0,1	0,2	0,2	29,1	78,6	67,3	65,5	32,4	26,2	20,8	14,1	11,7	7,4	8,8	5,4	6,2	0,0	0,0	0,1
92	0,8	0,1	0,0	0,1	0,6	2,6	3,3	0,0	2,6	7,1	4,6	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
20	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,3	0,1	0,3	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0
91	0,0	0,0	0,0	0,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
36	0,3	0,5	0,1	0,2	0,4	0,1	0,2	0,2	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
33	0,3	0,1	0,1	0,0	0,2	0,1	0,3	0,9	0,5	0,2	0,1	0,2	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1	0,2	0,0	0,0
47	0,1	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	8,3	7,6	10,0	11,5	13,5	10,5	12,6	12,0	14,1	0,0	0,0
96	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
49	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,8	2,5	0,0	0,0	0,0
08	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,9	0,9	0,0	0,0	0,0
40	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
67	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
46	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	7,6	8,9	0,0	0,0	0,0
35	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
04	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,8	1,0	0,0	0,0	0,0
14	0,1	0,2	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0
37	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
4 – Invest.	7,2	2,5	4,4	6,2	2,8	7,6	9,8	1,4	1,8	1,9	0,0	2,2	0,1	0,4	0,0	0,0	0,1	0,5	3,6	3,7
52	7,2	2,4	4,0	6,2	2,7	7,6	9,8	1,4	1,8	1,9	0,0	0,3	0,0	0,4	0,0	0,0	0,1	0,5	3,6	3,5

[40] **3 - Outras Despesas Correntes**/18 - Auxílio Financeiro a Estudantes/48 - Outros Auxílios Financeiros a Pessoas Físicas/39 - Outros Serviços de Terceiros - Pessoa Jurídica/30 - Material de Consumo/93 - Indenizações e Restituições/92 - Despesas de Exercícios Anteriores/20 - Auxílio Financeiro a Pesquisadores/91 - Sentenças Judiciais/36 - Outros Serviços de Terceiros - Pessoa Física/33 - Passagens e Despesas com Locomoção/47 - Obrigações Tributárias e Contributivas/96 - Ressarcimento de Despesas de Pessoal Requisitado/49 - Auxílio-Transporte/08 - Outros Benefícios Assistenciais do servidor e do militar/40 - Serviços de tecnologia da informação e comunicação - Pessoa Jurídica/67 - Depósitos Compulsórios/46 - Auxílio-Alimentação/35 - Serviços de Consultoria/04 - Contratação por Tempo Determinado/14 - Diárias - Civil/37 - Locação de Mão-de-Obra/**4 – Investimentos**/52 - Equipamentos e Material Permanente/39 - Outros Serviços de Terceiros - Pessoa Jurídica/20 - Auxílio Financeiro a Pesquisadores/51 - Obras e Instalações.

39	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,2
20	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
51	0,0	0,0	0,3	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

Fonte: SIOP Gerencial. Elaboração própria.

Nota-se uma alteração significativa durante o período analisado, passando de uma concentração das despesas executadas diretamente pela União com serviços de terceiros (pessoa jurídica) e material de consumo, para maior participação no pagamento de auxílio financeiro a estudantes, especialmente pagamento de bolsas-formação vinculadas a programas de formação e provimento de profissionais (como o programa Mais Médicos). Destaca-se, também, a participação das despesas com indenizações e restituições, a partir de 2010 até 2018, sendo que em 2011, esse elemento respondeu por 79% das despesas empenhadas, considerando a subfunção 301 Atenção Básica e as modalidades de execução direta pela União. No mesmo sentido, as obrigações tributárias e contributivas respondem por, pelo menos, 10% das despesas empenhadas na subfunção 301 entre os anos de 2017 e 2023.

4.3. Regionalização das Despesas

Para análise da regionalização das despesas, foram consideradas as despesas empenhadas pelo Ministério da Saúde na subfunção 301 Atenção Básica no exercício de 2025 e transferidas aos municípios na modalidade fundo a fundo (41). Essa modalidade respondeu por 91,6% das despesas empenhadas pelo MS na subfunção 301 no exercício referido.

Apesar das transferências serem dirigidas aos municípios, optou-se pela agregação em nível estadual[41], dada a impossibilidade de abordagem analítica para os mais de 5 mil municípios no âmbito desta avaliação executiva.

Na tabela a seguir, são apresentados os valores transferidos em 2025 por ação orçamentária e por UF beneficiária, segundo identificação no Sistema de Informação de Planejamento e Orçamento (SIOP).

[41] O Distrito Federal foi excluído do escopo dessa análise, considerando peculiaridade contábil que superestima as suas despesas.

Tabela 7 - *Valores transferidos pelo Ministério da Saúde na subfunção 301 Atenção Básica na modalidade fundo a fundo para os municípios, por ação orçamentária [42] e UF (em R$)*

UF/Ação	00UC	20YL	217U	219A	21CE	2E89	8581	Total Geral
Não definido (DF)	92.277.556		46.263.000	3.327.771.585	74.769.214	3.154.674.461	3.284.645.087	**9.980.400.904**
São Paulo	1.309.400.000			3.182.994.591		469.385.212	59.876.539	**5.021.656.342**
Minas Gerais	1.217.900.000			2.876.118.506		544.798.007	49.973.949	**4.688.790.462**
Bahia	987.400.000			2.033.079.651		615.192.315	8.047.823	**3.643.719.789**
Maranhão	642.035.064			1.290.036.144		518.669.378	2.767.306	**2.453.507.892**
Pernambuco	617.100.000			1.245.044.668		550.977.689	11.944.282	**2.425.066.639**
Ceará	582.300.000			1.402.347.962		419.224.155	14.050.433	**2.417.922.550**
Rio de Janeiro	652.500.000			1.382.906.447		289.851.082	34.270.756	**2.359.528.285**
Pará	666.800.000			1.121.729.678		500.510.408	8.500.270	**2.297.540.356**
Paraná	484.100.000	351.000		1.151.678.403		366.964.791	23.793.340	**2.026.887.534**
Rio Grande do Sul	394.800.000			1.125.010.866		255.589.334	101.687.202	**1.877.087.402**
Santa Catarina	371.800.000			952.804.304		312.739.246	28.116.055	**1.665.459.605**
Paraíba	317.300.000			847.573.037		313.820.493	41.130.015	**1.519.823.545**
Piauí	263.700.000			723.373.999		524.531.211	2.548.475	**1.514.153.685**
Goiás	333.500.000			772.675.870		279.931.671	40.352.337	**1.426.459.878**
Amazonas	230.500.000			672.958.605		427.175.126	4.197.317	**1.334.831.048**
Rio Grande do Norte	231.600.000			580.219.000		276.840.461	20.432.228	**1.109.091.689**
Alagoas	197.600.000			525.075.975		252.756.466	20.733.615	**996.166.056**
Mato Grosso	201.100.000			448.784.479		142.238.839	8.436.941	**800.560.259**
Sergipe	146.100.000			348.033.922		280.602.209	11.194.238	**785.930.369**
Espírito Santo	191.100.000			430.741.140		129.638.156	19.160.846	**770.640.142**
Tocantins	130.700.000			296.200.000		291.948.883	6.063.671	**724.912.554**
Mato Grosso do Sul	165.600.000			340.222.000		120.186.509	23.778.893	**649.787.402**
Rondônia	100.700.000			158.635.255		87.550.359	25.777.068	**372.662.682**
Acre	66.886.676			123.332.979		155.839.181	23.469.083	**369.527.919**
Amapá	51.648.432			111.833.187		167.158.210	25.204.273	**355.844.102**
Roraima	38.900.000			100.009.400		109.918.194	22.319.213	**271.146.807**

[42] 00UC - Transferência aos Entes Federativos para o Pagamento dos Vencimentos dos Agentes Comunitários de Saúde; 20YL - Estruturação de Academias da Saúde; 217U - Apoio à Manutenção dos Polos de Academia da Saúde; 219A - Piso de Atenção Primária à Saúde; 21CE - Implementação de Políticas de Atenção Primária à Saúde; 2E89 - Incremento Temporário ao Custeio dos Serviços de Atenção Primária à Saúde para Cumprimento de Metas; 8581 - Estruturação da Rede de Serviços de Atenção Primária à Saúde e Saúde Bucal.

Total Geral	**10.685.347.728**	**351.000**	**46.263.000**	**27.571.191.651**	**74.769.214**	**11.558.712.046**	**3.922.471.255**	**53.859.105.895**

Fonte: Siop Gerencial. Elaboração própria.

A tabela a seguir apresenta o valor per capita transferido para cada UF[43], considerando a população estimada pelo IBGE para julho de 2025:

Tabela 8 - *Regionalização dos valores transferidos pelo Ministério da Saúde na subfunção 301 Atenção Básica (em R$)*

UF	*Per capita*	População
Tocantins	456,82	1.586.859
Piauí	447,37	3.384.547
Amapá	441,21	806.517
Acre	417,84	884.372
Roraima	367,02	738.772
Paraíba	364,95	4.164.468
Maranhão	349,59	7.018.211
Sergipe	341,79	2.299.425
Rio Grande do Norte	320,99	3.455.236
Alagoas	309,29	3.220.848
Amazonas	308,87	4.321.616
Pará	263,75	8.711.196
Ceará	260,87	9.268.836
Pernambuco	253,61	9.562.007
Bahia	245,02	14.870.907
Mato Grosso do Sul	222,18	2.924.631
Minas Gerais	219,17	21.393.441
Rondônia	212,71	1.751.950
Mato Grosso	205,61	3.893.659
Santa Catarina	203,43	8.187.029
Goiás	192,15	7.423.629
Espírito Santo	186,74	4.126.854
Paraná	170,46	11.890.517
Rio Grande do Sul	167,10	11.233.263
Rio de Janeiro	136,99	17.223.547
São Paulo	108,97	46.081.801

Fonte: SIOP Gerencial. Elaboração própria.

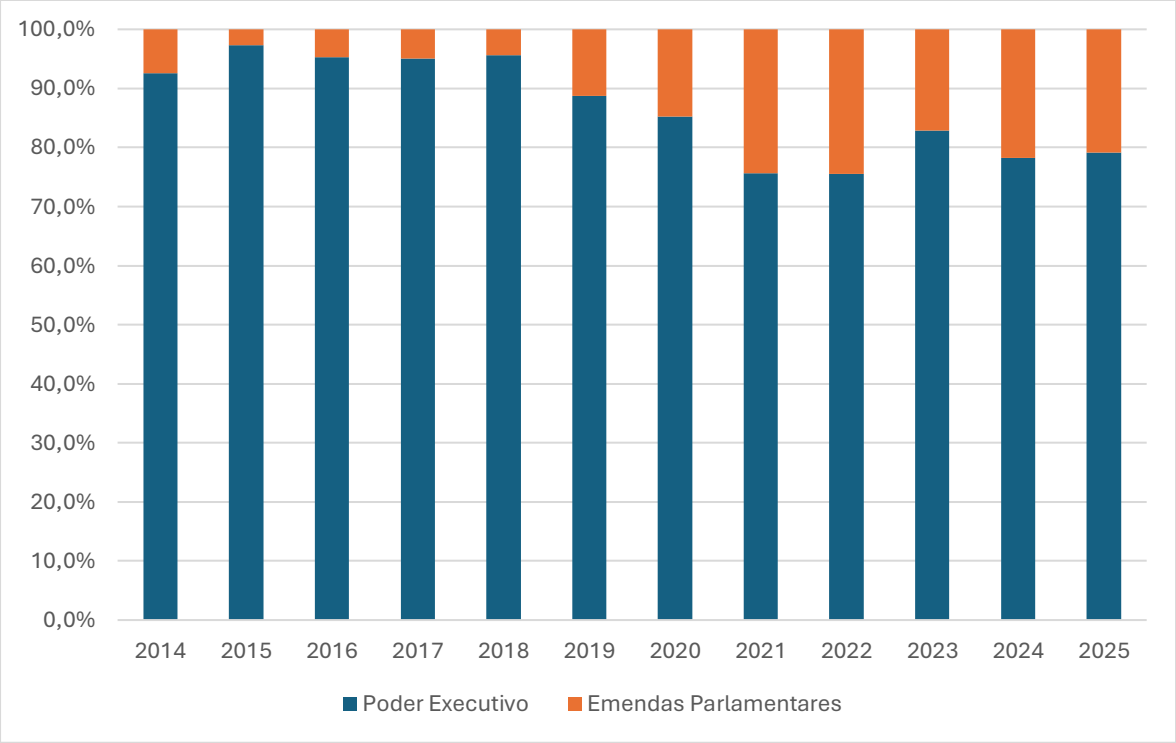
Nota-se que os menores valores per capita são encontrados em estados das regiões Sudeste e Sul. Entre as 5 UF que receberam os maiores valores per capita, 4 são da Região Norte. O maior valor per capita transferido foi para o Tocantins, mais de 4 vezes o valor per capita transferido para o estado de São Paulo.

[43] O Distrito Federal foi excluído em razão de suas especificidades político-administrativas e de financiamento, que limitam sua comparabilidade com as demais unidades da Federação.

4.4. Destinação das Emendas Parlamentares para a Saúde

As emendas parlamentares têm desempenhado papel crescente no financiamento da APS. Desde 2014, quando foi estabelecida a impositividade de execução das emendas individuais, a participação do Congresso Nacional no direcionamento dessas despesas passou de 7,4% (2014) para 20,9% (2025), chegando a responder por 24,5% no ano de 2022.

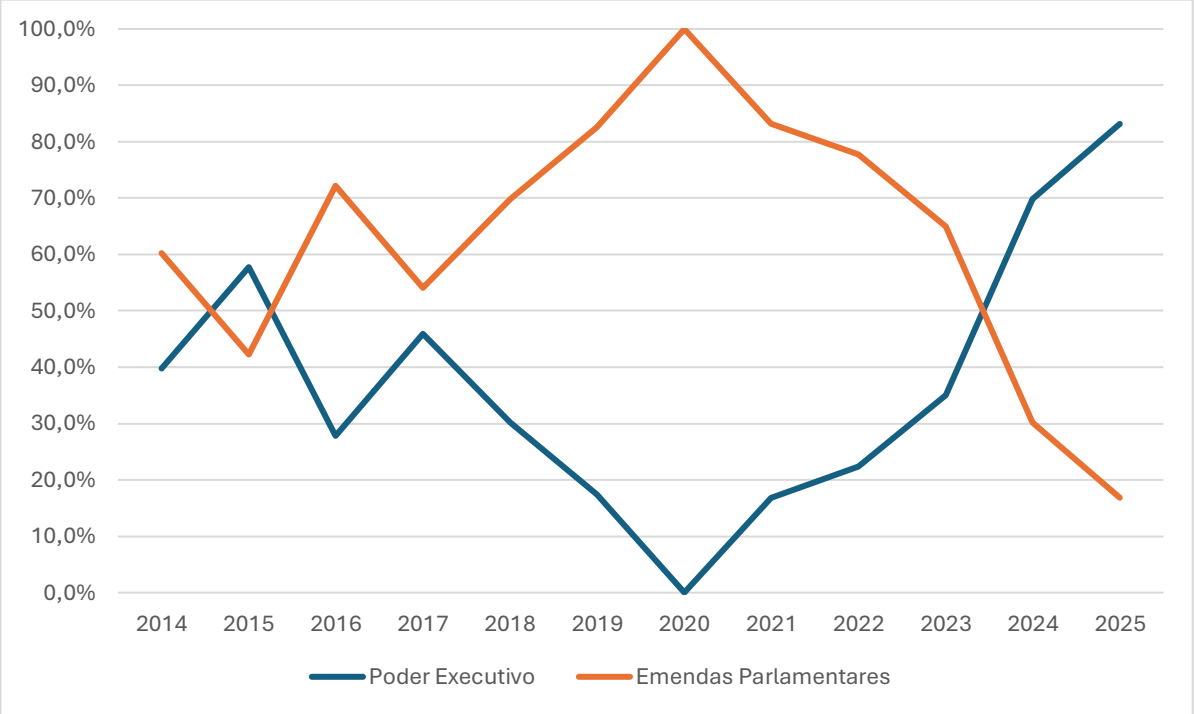
Gráfico 6 - Participação (%) nas despesas do Ministério da Saúde empenhadas na subfunção 301, por origem.



Fonte: SIOP Gerencial. Elaboração própria.

Ao analisar a evolução da participação por GND, nota-se que na maior parte da série histórica examinada as emendas parlamentares tiveram participação maior na definição dos investimentos do que o Poder Executivo, conforme gráfico abaixo:

Gráfico 7 - *Participação (%) nas despesas com investimentos empenhadas pelo Ministério da Saúde na subfunção 301 Atenção Básica*

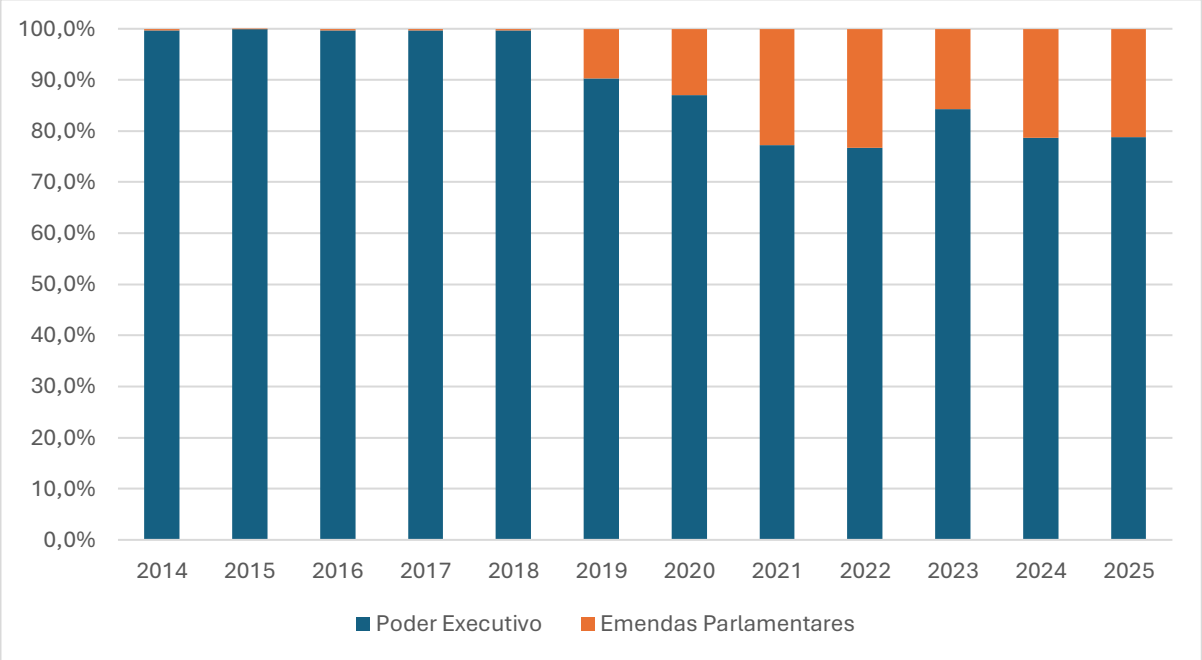


Fonte: SIOP Gerencial. Elaboração própria

No ano de 2020, primeiro ano da pandemia de Covid-19, a quase totalidade das despesas com investimentos foi definida por meio de emendas parlamentares. Em 2024, houve uma inversão na tendência histórica, com maior participação do Poder Executivo (69,8%), fortalecida no ano seguinte (2025), quando a participação chegou a 83,2%.

Quando consideradas as despesas correntes, a participação das emendas parlamentares é relativamente menor, mas supera os 20% desde o ano de 2021, com exceção do ano de 2023, quando ficou em 15,7%.

Gráfico 8 - *Participação (%) nas despesas correntes empenhadas pelo Ministério da Saúde na subfunção 301 Atenção Básica*

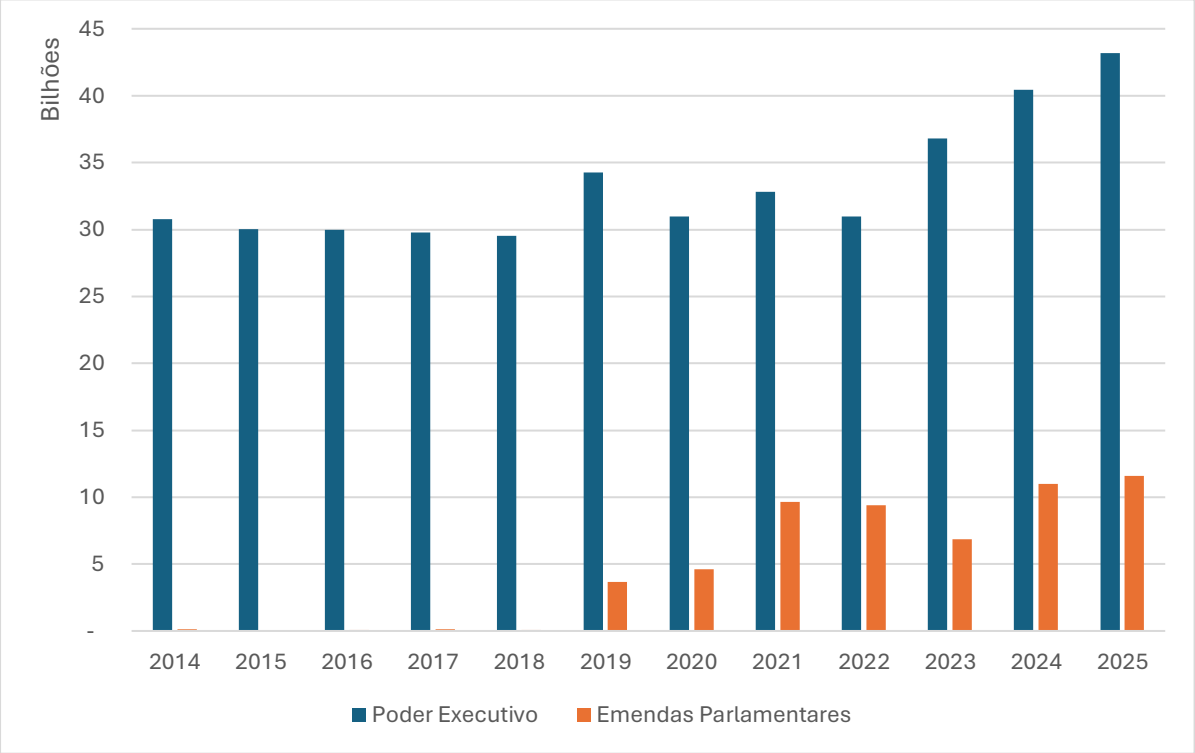


Fonte: SIOP Gerencial. Elaboração própria.

A maior participação das emendas parlamentares nas despesas correntes não parece impactar necessariamente o volume de recursos destinados diretamente pelo Ministério da Saúde. Nota-se que acréscimos expressivos entre exercícios podem acontecer simultaneamente para emendas e programações do Poder Executivo, como visto em 2019 e entre 2023 e 2025. A queda mais acentuada nos valores reais de programações do Executivo ocorreu no ano de 2020, quando o avanço dos valores empenhados derivados de emendas parlamentares cresceu com intensidade moderada.

O gráfico a seguir ilustra o comportamento da série histórica analisada:

Gráfico 9 - *Valores reais empenhados em despesas correntes pelo Ministério da Saúde na subfunção 301 Atenção Básica, por origem*



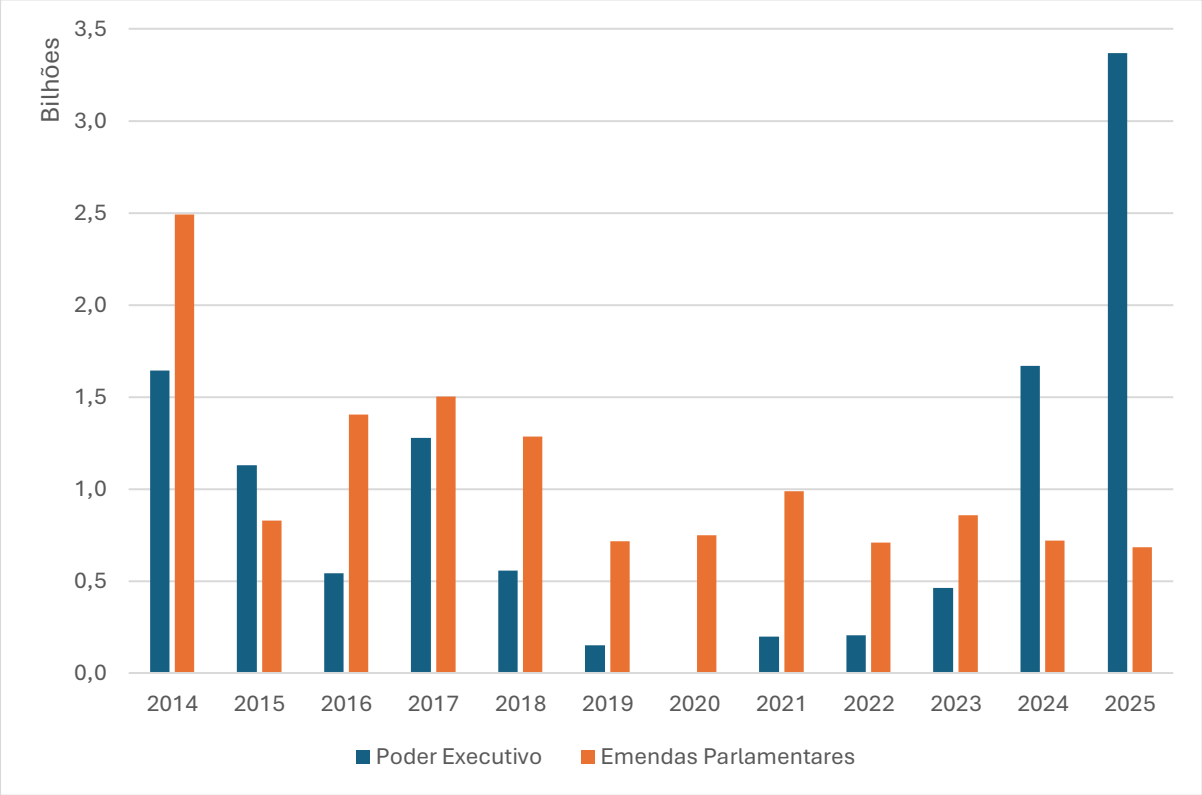
Fonte: SIOP Gerencial. Elaboração própria. Valores corrigidos para dez/25 pelo IPCA.

Considerando as despesas planejadas pelo Poder Executivo entre os anos de 2014 e 2025, os últimos 3 anos foram de crescimento progressivo e máximas históricas em valores empenhados pelo Ministério da Saúde na subfunção 301 Atenção Básica. No mesmo sentido, as despesas correntes definidas por emendas parlamentares também registraram os maiores valores da série em 2024 e 2025.

Entre 2014 e 2025, as despesas correntes cresceram 77,3% em valores reais.

O comportamento dos investimentos, por outro lado, registra queda de 2% entre 2014 e 2025, sendo estes os dois exercícios que apresentaram os maiores volumes de despesas empenhadas, conforme se depreende do gráfico abaixo:

Gráfico 10 - *Valores reais empenhados em investimentos pelo Ministério da Saúde na subfunção 301 Atenção Básica, por origem*



Fonte: SIOP Gerencial. Elaboração própria. Valores corrigidos para dez/25 pelo IPCA.

Enquanto os investimentos planejados pelo Poder Executivo atingiram a máxima histórica da série em 2025, o inverso ocorreu com os investimentos decorrentes de emendas parlamentares, que ficaram na mínima histórica.

A tabela a seguir apresenta os valores transferidos pelo Ministério da Saúde na modalidade fundo a fundo na subfunção 301 no ano de 2025, por unidade federativa e classificação de resultado primário:

Tabela 9 - *Valores transferidos aos municípios na modalidade fundo a fundo em 2025, por UF e RP (em reais)*

UF	1 obrigatórias	6 emenda individual	7 emenda de bancada
São Paulo	4.492.394.591	529.261.751	
Minas Gerais	4.094.018.506	462.659.057	132.112.899
Bahia	3.020.479.651	623.240.138	
Maranhão	1.932.071.208	272.815.735	248.620.949
Pernambuco	1.862.144.668	387.825.262	175.096.709
Ceará	1.984.647.962	333.393.214	99.881.374
Rio de Janeiro	2.035.406.447	245.500.490	78.621.348
Pará	1.788.529.678	295.415.783	213.594.895
Paraná	1.635.778.403	391.109.131	
Rio Grande do Sul	1.519.810.866	357.276.536	
Santa Catarina	1.324.604.304	193.867.523	146.987.778
Paraíba	1.164.873.037	191.412.785	163.537.723
Piauí	987.073.999	242.418.823	284.660.863
Goiás	1.106.175.870	190.870.614	129.413.394
Amazonas	903.458.605	217.172.824	214.199.619
Rio Grande do Norte	811.819.000	147.678.699	149.593.990
Alagoas	722.675.975	141.936.635	131.553.446
Mato Grosso	649.884.479	83.799.075	66.876.705
Sergipe	494.133.922	166.429.415	125.367.032
Espírito Santo	621.841.140	148.799.002	
Tocantins	426.900.000	160.163.392	137.849.162
Mato Grosso do Sul	505.822.000	143.965.402	
Rondônia	259.335.255	80.438.476	32.888.951
Acre	190.219.655	179.308.264	

Amapá	163.481.619	131.648.740	60.713.743
Roraima	138.909.400	132.237.407	

Fonte: SIOP Gerencial. Elaboração própria.

Os valores absolutos transferidos refletem, em grande medida, o porte populacional dos estados. São Paulo (R$ 5,02 bilhões), Minas Gerais (R$ 4,69 bilhões) e Bahia (R$ 3,64 bilhões) concentram os maiores montantes totais. Entretanto, a composição desses recursos revela diferenças importantes. Em estados como Maranhão, Pará, Amazonas, Piauí e Pernambuco, os recursos oriundos de emendas parlamentares representam parcelas expressivas das transferências totais, alcançando centenas de milhões de reais.

Chama atenção o fato de que, em diversos estados das regiões Norte e Nordeste, as emendas de bancada atingem valores semelhantes aos das emendas individuais. É o caso do Piauí (R$ 284,7 milhões em emendas de bancada), Maranhão (R$ 248,6 milhões), Amazonas (R$ 214,2 milhões) e Pará (R$ 213,6 milhões). Esse padrão sugere uma utilização mais intensa do instrumento parlamentar para complementar o financiamento federal da APS em unidades federativas historicamente mais dependentes de transferências da União.

Por outro lado, em estados como São Paulo, Bahia, Paraná, Rio Grande do Sul, Espírito Santo e Mato Grosso do Sul não foram registrados recursos de emendas de bancada na ação analisada, predominando as transferências obrigatórias e as emendas individuais.

Tabela 10 - *Participação (%) das emendas nos valores transferidos para a Atenção Primária à Saúde*

UF	1 obrigatórias	6 emenda individual	7 emenda de bancada
Amapá	45,9%	37,0%	17,1%
Roraima	51,2%	48,8%	0,0%
Acre	51,5%	48,5%	0,0%
Tocantins	58,9%	22,1%	19,0%
Sergipe	62,9%	21,2%	16,0%
Piauí	65,2%	16,0%	18,8%
Amazonas	67,7%	16,3%	16,0%
Rondônia	69,6%	21,6%	8,8%
Alagoas	72,5%	14,2%	13,2%
Rio Grande do Norte	73,2%	13,3%	13,5%
Paraíba	76,6%	12,6%	10,8%
Pernambuco	76,8%	16,0%	7,2%
Goiás	77,5%	13,4%	9,1%
Mato Grosso do Sul	77,8%	22,2%	0,0%
Pará	77,8%	12,9%	9,3%
Maranhão	78,7%	11,1%	10,1%
Santa Catarina	79,5%	11,6%	8,8%
Espírito Santo	80,7%	19,3%	0,0%
Paraná	80,7%	19,3%	0,0%
Rio Grande do Sul	81,0%	19,0%	0,0%
Mato Grosso	81,2%	10,5%	8,4%
Ceará	82,1%	13,8%	4,1%
Bahia	82,9%	17,1%	0,0%
Rio de Janeiro	86,3%	10,4%	3,3%
Minas Gerais	87,3%	9,9%	2,8%
São Paulo	89,5%	10,5%	0,0%

Fonte: SIOP Gerencial. Elaboração própria.

A análise proporcional evidencia contrastes ainda mais marcantes. Enquanto São Paulo financia 89,5% dos recursos transferidos à APS por meio de dotações obrigatórias, Amapá, Acre e Roraima apresentam percentuais próximos de equilíbrio entre recursos do Executivo e emendas parlamentares.

O caso do Amapá é particularmente significativo: apenas 45,9% dos recursos provêm das transferências obrigatórias, enquanto 54,1% decorrem de emendas parlamentares. Situação semelhante ocorre em Roraima e Acre, onde as emendas representam aproximadamente metade dos recursos transferidos. Nesses estados, a programação parlamentar deixa de desempenhar papel meramente complementar e passa a constituir componente estrutural do financiamento federal da APS.

Observa-se um gradiente regional relativamente nítido. Os maiores percentuais de participação das emendas concentram-se nas regiões Norte e Nordeste, enquanto os menores são encontrados nos estados mais populosos e economicamente desenvolvidos do Sudeste e Sul. São Paulo (10,5%), Minas Gerais (12,7%) e Rio de Janeiro (13,7%) apresentam os menores graus de dependência relativa de emendas.

Essa heterogeneidade suscita reflexões sobre a previsibilidade do financiamento da APS. Quanto maior a participação das emendas parlamentares, maior tende a ser a dependência de decisões alocativas sujeitas às prioridades políticas anuais, em contraste com os critérios técnicos e mais estáveis que orientam as transferências regulares do Executivo.

Tabela 11 - *Valores per capita transferidos aos municípios na modalidade fundo a fundo em 2025, por UF e iniciativa (em reais)*

UF	*per capita* Executivo	*per capita* emendas
Amapá	202,70	238,51
Acre	215,09	202,75
Tocantins	269,02	187,80
Roraima	188,03	179,00
Piauí	291,64	155,73
Sergipe	214,89	126,90
Amazonas	209,06	99,82
Rio Grande do Norte	234,95	86,04
Paraíba	279,72	85,23
Alagoas	224,37	84,91
Maranhão	275,29	74,30
Rondônia	148,03	64,69
Pernambuco	194,74	58,87
Pará	205,31	58,43
Mato Grosso do Sul	172,95	49,23
Ceará	214,12	46,75
Goiás	149,01	43,14
Bahia	203,11	41,91
Santa Catarina	161,79	41,63
Mato Grosso	166,91	38,70
Espírito Santo	150,68	36,06
Paraná	137,57	32,89
Rio Grande do Sul	135,30	31,81
Minas Gerais	191,37	27,80
Rio de Janeiro	118,18	18,82
São Paulo	97,49	11,49

Fonte: SIOP Gerencial. Elaboração própria.

Os dados *per capita* revelam um padrão redistributivo importante das transferências federais. Estados das regiões Norte e Nordeste recebem, em geral, valores por habitante substancialmente superiores aos observados no Sul e Sudeste. Enquanto São Paulo recebe R$ 97,49 per capita em recursos do Executivo, o Piauí recebe R$ 291,64, quase três vezes mais. Paraíba (R$ 279,72), Maranhão (R$ 275,29) e Tocantins (R$ 269,02) também figuram entre os maiores valores per capita.

As emendas parlamentares reforçam essa tendência. O Amapá recebe R$ 238,51 per capita em emendas, valor mais de vinte vezes superior ao observado em São Paulo (R$ 11,49) e quase treze vezes superior ao do Rio de Janeiro (R$ 18,82). Acre, Tocantins, Roraima e Piauí também apresentam valores per capita elevados provenientes de emendas.

Os resultados sugerem que a distribuição das emendas não segue predominantemente a lógica populacional, mas atua como mecanismo de ampliação dos recursos destinados a estados menos populosos e relativamente mais dependentes de financiamento federal. Embora isso possa contribuir para reduzir desigualdades territoriais na oferta de serviços de APS, também produz uma forte variação interestadual na participação parlamentar no financiamento da política.

a) Normas e Regras Operacionais aplicadas ao Financiamento da APS pelas Emendas Parlamentares

Em 2024, a Portaria GM/MS nº 3.283/2024 estabeleceu as regras operacionais para as transferências de recursos das emendas parlamentares destinadas ao SUS. Já em 2025, a Portaria GM/MS nº 6.904/2025 disciplinou os limites e os procedimentos específicos para a alocação de recursos na APS. Essas normas estabeleceram orientações para destinação de recursos parlamentares no âmbito do Programa de Aceleração do Crescimento - Novo PAC, bem como para a retomada de obras ou serviços de engenharia, paralisados ou inacabados, destinados à saúde, no âmbito do Pacto Nacional pela Retomada de Obras e de Serviços de Engenharia Destinados à Educação Básica e Profissionalizante e à Saúde, sendo que a Portaria de 2025 direcionou essa responsabilidade somente para o RP6, com prioridade para as obras em Unidade Básica de Saúde - UBS e aquisição de Unidades Odontológica Móvel - UOM.

Apesar de existir estrutura própria para identificação de tais despesas por meio do Plano Orçamentário (PO), um código de caráter gerencial vinculado à ação orçamentária que permite detalhar o planejamento e o acompanhamento físico-financeiro da execução, todas as programações constantes do Programa *5119 - Atenção Primária à Saúde* provenientes de emenda parlamentar foram executadas no *PO 0000 - Estruturação da Rede de Serviços de Atenção Primária à Saúde - Despesas Diversas*, ao invés da utilização de classificações específicas disponíveis, tais como:

- 0001 - Estruturação da Atenção à Saúde Bucal;
- 0003 - Construção de Unidades Básicas de Saúde (UBS) – PAC;
- 0004 - Conclusão de obras de Unidades Básicas de Saúde (UBS) – PAC.

Há ainda a possibilidade de criação de POs específicos conforme necessidade e conveniência da Unidade executora.

No mesmo sentido, foram identificadas programações que identificaram o objeto de seus gastos por meio de localizador, inflando a estrutura legal obrigatória, ao invés de criação de PO específico, conforme abaixo:

- 7449 - Aquisição de Unidade Móvel Odontológica - No Município de Areal – RJ; e
- 7450 - Aquisição de Unidade Móvel Odontológica - No Município de Bom Jesus do Itabapoana – RJ,

Ainda de acordo com as portarias citadas, ambas instituíram a ação 8581 – Estruturação da Rede de Serviços de Atenção Primária à Saúde para o financiamento do transporte sanitário eletivo destinado ao deslocamento de usuários para a realização de procedimentos eletivos no âmbito do SUS, caracterizando despesa de investimento voltada à aquisição de veículos. Nesse contexto, a criação de um PO específico também poderia ser adotada para essa finalidade, uma vez que, atualmente, a identificação dessas despesas depende de análise pormenorizada dos objetos e projetos constantes das propostas das emendas parlamentares.

5. Implementação

Esta seção analisa a implementação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) a partir de cinco dimensões complementares: monitoramento da execução, integração e transparência dos dados, identificação e priorização de vulnerabilidades, coordenação interfederativa e comunicação entre coordenação e implementação. O objetivo é verificar em que medida os instrumentos, processos e arranjos existentes permitem acompanhar a execução da política, subsidiar decisões de gestão, promover equidade no acesso, articular os entes federativos e alinhar a implementação da APS nos territórios.

Para tanto, foram examinados sistemas de informação, indicadores associados ao financiamento federal, instrumentos de planejamento e prestação de contas, registros administrativos, documentos institucionais, instâncias interfederativas e evidências empíricas relacionadas à Atenção Primária à Saúde. A análise considerou, entre outros instrumentos, o Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - SCNES, o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica - SISAB/e-SUS APS, o Plano Nacional de Saúde, os Relatórios Anuais de Gestão, as Comissões Intergestores Tripartite, Bipartite e Regionais, além de levantamentos junto a Cosems estaduais e municípios.

A análise foi orientada por critérios normativos e metodológicos derivados da Constituição Federal de 1988, da Lei nº 8.080/1990, do Decreto nº 9.203/2017, Decreto 7.508/2011, Portaria de Consolidação nº 2/2017 (Anexo XXII) - Portaria nº 2.436, de 21.09.2017 e dos referenciais de avaliação de políticas públicas do CMAP. Também foram consideradas as manifestações do Ministério da Saúde em 28.05.2026, do Conselho Nacional de Saúde em 04.06.2026 (Formulário CIABS/CNS – Questionário CGU/CMAP sobre a PNAB) e do CONASS em 06.06.2026 (Ofício CONASS nº 275/2026 – Questionário CGU/CMAP sobre a PNAB).

5.1. Monitoramento da PNAB apresenta limitações na cobertura dos indicadores, na qualidade dos dados e no uso das informações

Estudos institucionais indicam que a APS no SUS dispõe de processos regulares de acompanhamento, baseados em sistemas de informação, indicadores e registros administrativos em escala nacional (BRASIL, 2025). Entre os principais instrumentos utilizados pelo Ministério da Saúde estão o SISAB/e-SUS APS, voltado ao registro da produção assistencial, e o SCNES, que reúne informações cadastrais sobre equipes e estabelecimentos de saúde.

Apesar dessa estrutura, foram identificadas limitações relevantes na cobertura temática dos indicadores, que não abrange integralmente o escopo da PNAB; na qualidade e consistência dos registros; e na capacidade heterogênea dos entes federativos de utilizar essas informações para acompanhar e aprimorar a política.

a) Evidências institucionais e percepções dos gestores do SUS

A Auditoria Operacional do TCU sobre o financiamento federal da APS (Acórdão TCU nº 1207-Plenário, de 13.05.2026), com enfoque no Programa Previne Brasil e no Novo Modelo de Cofinanciamento da APS, identificou deficiências relevantes na estrutura de monitoramento, de avaliação e de governança da política, incluindo: ausência de avaliações sistemáticas e periódicas; inexistência de planos formalizados de monitoramento e de avaliação; indicadores insuficientes para acompanhar os objetivos da intervenção; e fragilidades nos sistemas e-SUS APS, SISAB e CadSUS, com potencial comprometimento da integridade e da confiabilidade dos dados utilizados para tomada de decisão. O Acórdão TCU nº 1764-Plenário, de 06.08.2025, apontou limitações semelhantes em políticas de provimento na APS, como ausência de linha de base, insuficiência na definição de indicadores de efetividade e fragilidades na definição de metas e acompanhamento de resultados.

As manifestações do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde - Conasems e os resultados do questionário aplicado aos 17 Cosems estaduais convergem para esse diagnóstico. Foram apontadas dificuldades decorrentes da multiplicidade de plataformas, baixa conectividade em áreas remotas e inconsistências nos registros, que dificultam a produção de relatórios, a tomada de decisão informada por evidências e a estratificação de riscos individuais e familiares. Entre os Cosems, 71% relataram monitoramento periódico, porém irregular entre municípios; apenas 12% informaram periodicidade regular mensal ou bimestral; 71% avaliaram que os dados apresentam inconsistências pontuais e uso gerencial apenas parcial; e 82% identificaram inconsistências entre bases como CNES e SISAB, com correção parcial ou lenta.

Estudos e auditorias adicionais reforçam o caráter estrutural dessas limitações. Estudo da ENAP, no âmbito do CMAP, apontou fragilidades no conjunto de indicadores da APS, incluindo exclusão de métricas por impossibilidade de cálculo, ausência de dados e limitações conceituais. O Relatório CGU nº 1558139, sobre o Programa Mais Médicos, identificou que o painel oficial do programa não permite avaliar adequadamente sua efetividade nos eixos legalmente previstos e que o SISAB não possibilita segmentação individualizada dos atendimentos realizados pelos médicos vinculados ao programa. Também foram apontadas fragilidades na homologação de bolsas-supervisão pela plataforma e-Gestor, permitindo pagamentos sem mecanismos robustos de verificação da efetiva contrapartida assistencial, envolvendo aproximadamente R$ 3,5 bilhões anuais e R$ 25,8 bilhões acumulados entre 2013 e 2024.

Em conjunto, as evidências indicam que as limitações não se restringem a instrumentos ou programas específicos, apresentando caráter estrutural e transversal.

b) Evidências estruturais do sistema de monitoramento (problemas nos indicadores)

Os indicadores atualmente utilizados, baseados em sistemas como SCNES, SISAB/e-SUS APS e no modelo de financiamento da APS, concentram-se em dimensões assistenciais específicas, como pré-natal, doenças crônicas e saúde infantil, cobrindo apenas parte do escopo previsto na PNAB.

Além das limitações operacionais relacionadas à natureza declaratória dos registros, à ausência de mecanismos automatizados de validação cruzada e à baixa interoperabilidade entre bases, o Acórdão TCU nº 1207/2026-Plenário identificou fragilidade estrutural na validade dos indicadores. A análise do Indicador Sintético Final, no período de 2020 a 2023, apontou correlação praticamente inexistente entre sua evolução e desfechos clínicos esperados, como internações por hipertensão arterial e diabetes mellitus, mortalidade materna e neonatal e casos de sífilis congênita. Em 2023, municípios no quartil de melhor desempenho do ISF apresentaram maior número de internações por condições sensíveis à APS, o que, segundo o TCU, pode refletir melhoria no diagnóstico e nos registros, e não necessariamente melhoria efetiva do cuidado.

Esses achados indicam que as limitações dos instrumentos de monitoramento da PNAB não se restringem a aspectos operacionais, alcançando também a validade dos indicadores usados para mensuração dos resultados e orientação de repasses financeiros federais, da ordem de R$ 24 a 31 bilhões anuais previstos para o período de 2024–2027.

O Acórdão TCU nº 2776-Plenário, de 20.11.2019, aponta que o próprio Ministério da Saúde reconhece que o módulo Planejamento do DigiSUS não contempla a identificação das necessidades de saúde de estados e municípios e aponta para a ausência de análise sistemática de custos e benefícios da PNAB, indicando limitações históricas na incorporação de dimensões relacionadas à eficiência econômica.

De forma convergente, estudos nacionais e internacionais indicam que dimensões estruturantes da política, como promoção da saúde, coordenação do cuidado, saúde mental, participação social e ações comunitárias, apresentam menor cobertura ou ausência de indicadores específicos.

c) Evidências empíricas: problemas operacionais nos dados

No âmbito desta avaliação, a análise dos sistemas de informação evidenciou limitações concretas que afetam a confiabilidade dos dados utilizados no monitoramento da política. Foram identificadas inconsistências entre bases, incluindo equipes registradas como ativas no SCNES sem produção correspondente no SISAB, produção vinculada a equipes com composição incompleta ou inconsistências cadastrais e sub-registro de atendimentos no e-SUS APS, especialmente em unidades sem prontuário eletrônico plenamente implantado.

Também foram identificadas métricas com elevado grau de subjetividade ou limitações de mensuração objetiva, além de indicadores excluídos por indisponibilidade ou insuficiência de dados confiáveis, inclusive em temas como conectividade das unidades de saúde. As respostas do Cosems reforçam esse diagnóstico: 94% relataram inconsistências entre equipes ativas no CNES e produção no SISAB, sem fluxo estruturado de correção na maior parte dos estados.

d) Análise técnica: limitações estruturais do modelo de monitoramento

A análise dos sistemas identificou fragilidades relacionadas à rastreabilidade individual dos registros, à ausência de validação cruzada automatizada, à baixa interoperabilidade entre sistemas e à inconsistência das séries históricas. Na prática, essas limitações dificultam confirmar a realização efetiva de eventos registrados, acompanhar longitudinalmente os usuários, verificar a continuidade do cuidado e identificar duplicidades, mantendo o monitoramento fortemente baseado em registros declaratórios sem mecanismos independentes de validação.

No âmbito da governança tecnológica da APS, o Acórdão TCU nº 309-Plenário, de 19.02.2025, identificou fragilidades estruturais, como a revogação do Programa Informatiza APS quando ainda existiam 13.050 equipes sem informatização homologada; atrasos na implantação da plataforma SUS Digital Gestor; baixa integração dos sistemas de informação; ausência de critérios formalizados para priorização de modelos informacionais da RNDS; e limitação de recursos humanos especializados em segurança da informação. O Tribunal registrou que 50,9% dos estabelecimentos da APS estavam conectados à RNDS em junho de 2024 e que a área responsável pela segurança dos sistemas estruturantes do SUS contava com apenas dois servidores especializados em setembro de 2024.

Outros acórdãos do TCU reforçam o diagnóstico. O Acórdão nº 1764/2025-Plenário apontou ausência de mecanismos automatizados de validação cruzada entre SCNES e SISAB, enquanto o Acórdão nº 1207/2026-Plenário identificou associação entre informatização e desempenho da APS: municípios com 100% das equipes informatizadas apresentaram ISF médio 44% superior e produção per capita 105% maior que municípios não informatizados entre 2021 e 2023.

As respostas qualitativas dos Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde - Cosems estaduais indicam dificuldades de consolidação de informações entre sistemas, baixa capacidade técnica local, dependência dos mecanismos de financiamento como indutores do monitoramento, limitações de conectividade em áreas rurais e ribeirinhas, rotatividade de profissionais e inexistência de devolutiva sistemática às equipes locais. O monitoramento ocorre de forma predominantemente reativa ou episódica, geralmente associado a problemas específicos ou exigências de prestação de contas.

e) Limitações no uso das informações

Embora exista produção de dados em escala nacional, persistem limitações relevantes na utilização integrada dessas informações para acompanhamento da execução da política e aprimoramento da gestão. Os resultados consolidados do questionário aplicado aos 17 Cosems estaduais demonstram e aprofundam esse diagnóstico:

- 76% relataram que os municípios possuem capacidade técnica com limitações relevantes, como insuficiência de equipes e rotatividade de profissionais.

- 65% dos respondentes informaram que os resultados do monitoramento são discutidos apenas ocasionalmente e sem regularidade definida, enquanto 18% indicaram que o monitoramento raramente subsidia a tomada de decisões.

- 88% dos respondentes relataram que a análise dos dados do SISAB, pelas equipes municipais, ocorre de forma irregular, pontual ou inexistente

- 88% classificaram os registros do SISAB e do SCNES como utilizáveis com ressalvas, inconsistentes ou pouco confiáveis para uso gerencial.

- 94% relataram que, quando identificadas inconsistências, essas são corrigidas parcialmente, de forma lenta ou sem fluxo estruturado de tratamento.

- 82% relataram utilização gerencial parcial, predominantemente voltada à elaboração de relatórios ou prestação de contas formal e 18% indicaram uso sistemático para definição de prioridades, alocação de recursos e reorganização dos serviços.

As respostas qualitativas dos gestores municipais convergem com os dados quantitativos e indicam uso predominantemente operacional e burocrático dos instrumentos de monitoramento, direcionado ao atendimento de exigências formais e de prestação de contas. Também foram apontadas dificuldades de interpretação dos dados, ausência de devolutivas regulares às equipes, baixa integração entre informações de produção, qualidade, território e resultados e limitada incorporação dos achados aos processos de planejamento e decisão.

Por outro lado, alguns municípios relataram experiências positivas associadas ao uso territorializado de cadastros, prontuário eletrônico e ferramentas locais de análise de dados, indicando potencial de aprimoramento quando há capacidade técnica instalada.

A análise sistêmica de 95 Relatórios Anuais de Gestão (RAG) e de 95 Planos Municipais de Saúde (PMS) reforça esse diagnóstico[44]. Observou-se que 96% dos municípios não apresentaram análise de ICSAP, 93% não realizaram comparação entre equipes cadastradas e produção registrada e mais de 70% dos RAG continham desvios de metas sem análise de causas ou medidas corretivas. Além disso, em 43 dos 95 PMS examinados, não foi identificado exemplo concreto de diretriz nacional — PNS, PNAB ou Portaria GM/MS — traduzida em meta local mensurável, evidenciando fragilidades na cadeia entre formulação normativa federal e implementação municipal.

As manifestações institucionais também corroboram o achado. A SAPS/MS reconheceu que a descontinuidade do PMAQ-AB, em 2019, reduziu a capacidade nacional de avaliação abrangente da APS, restringindo o acompanhamento aos aspectos de produção e cadastro, com perda de dimensões qualitativas, estruturais e de escuta do usuário. Também admitiu heterogeneidade das capacidades municipais, alta rotatividade profissional, subregistro de

[44] A Memória Técnica de Seleção Amostral está disponível no Apêndice I.

condições de acompanhamento longitudinal e limitações de desenho dos sistemas, como ausência de variáveis estruturantes e inexistência de recortes territoriais intermediários.

A Comissão Intersetorial de Atenção Básica à Saúde (CIABS) do Conselho Nacional de Saúde (CNS) acrescentou que a existência formal de equipes, unidades, programas e cadastros não assegura presença efetiva da APS nos territórios, nem permite aferir adequadamente acesso real, continuidade, resolutividade e equidade. O CONASS apresentou manifestação em 03.06.2026 (Ofício CONASS nº 275/2026 – Questionário CGU/CMAP sobre a PNAB). O CONASS, por sua vez, reconheceu que a principal dificuldade dos estados não está na inexistência de dados, mas no hiato entre produção de registros, validação técnica, análise regionalizada e uso efetivo para gestão, decorrente da heterogeneidade da capacidade municipal, fragmentação entre bases, insuficiência de equipes estaduais dedicadas à análise e baixa integração entre monitoramento, apoio técnico e decisão regional.

Em conjunto, as evidências indicam que as deficiências no monitoramento da PNAB decorrem, sobretudo, da ausência de uma política nacional de monitoramento e avaliação e de um processo sistematizado de avaliação. Somam-se a isso fatores estruturais dos sistemas e indicadores, como dependência de registros declaratórios e agregados, restrições à rastreabilidade individual, baixa integração entre sistemas, capacidades operacionais desiguais entre entes federativos, ausência de desagregação territorial e populacional das informações e limitações no desenho dos indicadores, inclusive reconhecidas pela SAPS/MS. A vinculação de indicadores a mecanismos de financiamento também pode induzir o cumprimento de metas formais em detrimento da mensuração dos resultados da política. Como consequência, reduzem-se a confiabilidade dos indicadores, a capacidade de aferir a realização e a continuidade do cuidado, o controle da qualidade dos dados e o uso das informações para gestão, além de aumentar o risco de distorções na avaliação de desempenho e na alocação de recursos, sem correspondência com a prestação efetiva dos serviços.

5.2. Integração dos dados, transparência e uso das informações

Este achado analisa em que medida os dados da PNAB estão integrados, organizados e disponíveis de forma a favorecer a transparência, o controle social e o uso das informações por gestores, pesquisadores e cidadãos. A análise considerou a PNAB, a Lei de Acesso à Informação, a Lei Complementar nº 141/2012, a Lei nº 8.080/1990, o Decreto nº 9.203/2017 e os referenciais do CMAP sobre governança, transparência e avaliação de políticas públicas.

Os instrumentos analisados indicam que o MS disponibiliza canais, sistemas, indicadores e bases públicas sobre a execução da APS, permitindo acompanhar parte dos resultados da PNAB e evidenciando a existência de mecanismos formais de transparência e monitoramento. Apesar disso, foram identificadas limitações de organização, integração e acessibilidade das informações, o que dificulta sua compreensão e reduz seu uso por gestores, pesquisadores, conselheiros e cidadãos.

O questionário aplicado aos 17 Cosems reforça esse diagnóstico: 71% relataram que os dados permanecem fragmentados em múltiplas plataformas de difícil integração, e 76% informaram que as informações dos sistemas oficiais da APS estão disponíveis, mas distribuídas em plataformas distintas ou em formatos técnicos que exigem capacitação específica. Quanto à consolidação das informações, 94% dos Cosems relataram dificuldades decorrentes da fragmentação dos sistemas, com necessidade de tratamento adicional ou inviabilidade prática para as equipes municipais. Essa fragmentação constitui barreira operacional concreta à consolidação, transparência e utilização das informações no âmbito municipal. As respostas qualitativas também apontam duplicidade de registros, alimentação simultânea de plataformas, ausência de interoperabilidade entre sistemas federais, estaduais e municipais, controles paralelos, instabilidade dos sistemas, inconsistências cadastrais e dificuldades de interpretação dos indicadores de financiamento.

Os Acórdãos TCU nº 309/2025-Plenário e nº 1207/2026-Plenário apontaram fragilidades de integração e de consolidação dos sistemas estruturantes da APS, com impacto sobre integridade, accountability, transparência e uso das informações para decisão informada por evidências. O Acórdão TCU nº 2077/2023-Plenário, por sua vez, estimou cerca de R$ 32 bilhões com limitações de accountability em 2020, associadas à omissão de RAG e à ausência de análise por conselhos de saúde. Estudo da ENAP/CMAP identificou limitações de padronização, disponibilidade e comparabilidade dos indicadores da APS, dificultando a consolidação e comunicação das informações.

A ampla disponibilização de dados da APS não se traduz, necessariamente, em comunicação acessível, orientada a diferentes públicos ou em transparência ativa efetiva. Apenas 24% dos Cosems consideraram as informações suficientemente compreensíveis para o controle social; 76% apontaram linguagem técnica, fragmentação dos dados e ausência de mecanismos adaptados a públicos não especializados. A OCDE e a Rede de Pesquisa em APS também apontam dificuldades de transformar dados em informação útil para decisão, compreensão pública e apropriação por gestores e sociedade.

A SAPS/MS reconheceu que a fragmentação entre SISAB, SCNES e e-Gestor decorre do desenvolvimento histórico de plataformas com finalidades específicas, sem padrões prévios de interoperabilidade, e da complexidade federativa. Embora mencione iniciativas como SIAPS, RNDS, HL7 FHIR, painéis de BI e APIs, elas são descritas como em desenvolvimento ou previstas, sem constituir solução operante para a dificuldade de consolidação relatada pelos Cosems. A CIABS/CNS descreveu a transparência da PNAB como fragmentada, técnica e pouco inteligível para conselheiros, usuários e movimentos sociais, acrescentando que deveria alcançar o processo decisório de revisão da política, incluindo cronograma, Análise de Impacto Regulatório (AIR), consulta pública e tramitação. O CONASS reforçou que a multiplicidade de sistemas só fortalece a gestão quando permite cruzamento de variáveis, interpretação territorial e apoio à decisão, sintetizando que disponibilidade de dados não equivale a inteligibilidade, governança ou capacidade decisória.

Conclui-se que as limitações de transparência decorrem da fragmentação e baixa interoperabilidade dos sistemas, da organização dos dados em formatos técnicos e dispersos, da insuficiente integração entre informação, financiamento, execução e

resultados e da ausência de estratégia integrada de comunicação e devolutiva ao controle social. Em síntese, embora a PNAB disponha de múltiplos sistemas e canais de dados, essas limitações dificultam a consolidação e compreensão integrada da política, reduzem a utilidade das informações para diferentes públicos, restringem o controle social e enfraquecem a transparência como instrumento de governança e *accountability*.

5.3. Identificação e priorização insuficientes de vulnerabilidades limitam o avanço da equidade na APS

Avaliou-se como são definidos e controlados os critérios de acesso às ações e serviços da PNAB, considerando os princípios de universalidade e equidade previstos na Constituição Federal, na Lei nº 8.080/1990 e nas diretrizes da PNAB sobre organização territorial da APS e responsabilidade sanitária das equipes.

As normas indicam que o acesso à APS é universal, territorializado e orientado pela responsabilidade sanitária das equipes sobre a população adscrita, sem critérios formais de elegibilidade individual. Na prática, porém, o acesso efetivo depende da existência de equipes no território, da vinculação cadastral da população, da capacidade de atendimento local e da existência de mecanismos para identificar e priorizar públicos em maior vulnerabilidade. Na ausência desses mecanismos, a promoção da equidade passa a depender da organização territorial e da capacidade de gestão dos entes federativos e das equipes locais.

a) Fragilidades na priorização do público-alvo

O Relatório Técnico do CMAP de 26.12.2025 apontou fragilidades nos parâmetros de adscrição populacional, indicando que a ampliação do número de pessoas vinculadas por equipe pode gerar sobrecarga e comprometer o acompanhamento longitudinal, inclusive de grupos vulneráveis. O documento também identificou inconsistências entre os parâmetros assistenciais da PNAB e as regras de financiamento da Portaria GM/MS nº 3.493/2024, especialmente quanto aos limites de população adscrita por equipe.

Evidências do TCU, da CGU e do Conasems convergem ao apontar limitações na caracterização do público-alvo e na priorização territorial. O Acórdão TCU nº 1.764/2025-Plenário identificou fragilidades no diagnóstico e na definição de populações prioritárias em políticas de provimento. A CGU (Relatório CGU nº 1558750), no Programa Brasil Sorridente, constatou fragilidade de busca ativa em 70% dos 60 municípios fiscalizados e barreiras organizacionais de agendamento relatadas por 12,3% dos usuários entrevistados. O Conasems, por sua vez, apontou ausência de sistemas capazes de identificar adequadamente necessidades sociais, econômicas e sanitárias de cada território, o que compromete a identificação de populações vulneráveis e a definição de estratégias de atendimento compatíveis com as diferentes realidades regionais.

b) Limitações da territorialização e do acesso efetivo

A pesquisa com os 17 Cosems estaduais reforça as limitações na operacionalização da equidade. Quanto à adscrição territorial, 65% dos respondentes relataram mecanismos formalmente implantados, porém com limitações operacionais; e 24% apontaram lacunas relevantes na definição das áreas adscritas. Em relação ao diagnóstico comunitário, 71% informaram realização irregular entre os municípios. Quanto ao alcance das ações da APS às populações mais vulneráveis, 88% avaliaram que ele ocorre apenas parcialmente. Além disso, 82% relataram baixa operacionalização, uso inconsistente ou reduzida formalização dos critérios de priorização, e 76% indicaram lacunas na cobertura territorial por ACS.

O levantamento documental abrangendo as Comissões Intergestores Regionais (CIR) das 27 unidades da federação, reforça esse diagnóstico: em 26 das 27 UF, populações vulneráveis — como ribeirinhos, indígenas, quilombolas, pessoas em situação de rua e privadas de liberdade — estão ausentes ou aparecem apenas marginalmente nas pautas regionais. O Pará foi o único contraexemplo substantivo, com priorização sistemática de ribeirinhos, tipologias específicas de equipes e formalização na Resolução CIB/PA nº 129/2021. Isso indica que as CIR, em geral, ainda não operam como instância efetiva de promoção da equidade na APS.

As respostas qualitativas dos Cosems indicam que a cobertura formal registrada nos sistemas nem sempre reflete o acesso efetivo. Foram relatadas barreiras territoriais e organizacionais, como dispersão geográfica, limitações logísticas, baixa disponibilidade de transporte sanitário, ausência de conectividade, rotatividade de profissionais, dificuldades de regulação, agendamento e filas, além de ações itinerantes ou episódicas sem garantia de continuidade do cuidado.

O TCU apontou limitações na definição dos critérios de rateio dos recursos federais e ausência de evidências suficientes para justificar as variáveis utilizadas no modelo de financiamento. O trabalho também concluiu que municípios com mais de 100 mil habitantes e localidades mais vulneráveis apresentaram piores resultados de cobertura e de desempenho, apesar de receberem proporcionalmente menos incentivos para implantação e manutenção das equipes de saúde, evidenciando limitações na capacidade do modelo de direcionar recursos e ações para populações com maiores necessidades de saúde.

O Relatório nº 1558139 da CGU (Programa Mais Médicos) analisou a alocação de profissionais com base em critérios de vulnerabilidade – Índice de Vulnerabilidade Social (IVS), indicando que, embora a política tenha ampliado a presença de médicos em áreas vulneráveis, não houve redução significativa das desigualdades regionais, evidenciando limitações na efetividade dos critérios de priorização adotados. Esse achado sugere que, ainda que os critérios de elegibilidade estejam formalmente definidos, sua aplicação não tem sido suficiente para garantir a adequada focalização da política, especialmente diante de fatores estruturais que afetam a fixação de profissionais e a capacidade de oferta de serviços nos territórios.

c) Fragilidades na identificação e acompanhamento de populações vulneráveis

Estudos institucionais, literatura e evidências obtidas junto aos Cosems indicam limitações do modelo de acesso da APS na identificação, cobertura e priorização de públicos vulneráveis. A OCDE aponta dificuldades de coordenação e acesso ordenado (OCDE, 2021); o Censo Nacional das UBS (BRASIL, 2025) indica heterogeneidade na estrutura e nos processos de trabalho; e a literatura recente (PEREIRA et al., 2024) mostra que o aumento do cadastramento não resultou necessariamente em melhoria do desempenho assistencial ou da qualidade do cuidado. A necessidade de estratégias específicas, como equipes de Consultório na Rua, evidencia que o modelo convencional da APS não garante, por si só, acesso universal efetivo a grupos historicamente excluídos (VILFORT, 2025).

O Censo Nacional das UBS de 2024 evidencia limitações concretas na territorialização e identificação de vulnerabilidades: 14,6% das UBS operam sem área de abrangência definida; apenas 59,9% utilizam critérios de vulnerabilidade para definição da população cadastrada; 48,6% realizam diagnóstico comunitário anual; e 48,9% garantem participação da comunidade nesse processo. Além disso, 38,5% das UBS possuem microáreas descobertas e a cobertura nacional de ACS é estimada em 66,94%, indicando lacunas na capacidade de cadastro, atualização e acompanhamento da população. A cobertura potencial da APS, calculada a partir de parâmetros máximos por equipe, pode, portanto, superestimar o acesso real ao não considerar cadastramento efetivo, acompanhamento longitudinal e barreiras territoriais.

Os questionários aplicados aos Cosems reforçam essas limitações. Embora a adscrição territorial seja percebida como formalmente implementada na maior parte dos municípios, os respondentes apontaram fragilidades relevantes na utilização sistemática de diagnóstico comunitário, na identificação de vulnerabilidades e na capacidade operacional das equipes para acompanhamento longitudinal da população.

Indicadores de financiamento, como o Índice de Equidade e Dimensionamento (IED), são construídos com variáveis agregadas em nível municipal, como IVS e porte populacional (Nota Técnica nº 122/2024-CGFAP/SAPS/MS, de 19.07.2024). Embora úteis para distribuição nacional de recursos, esses indicadores não captam adequadamente desigualdades intramunicipais, podendo ocultar vulnerabilidades em áreas periféricas, rurais, ribeirinhas, quilombolas ou socialmente vulneráveis situadas em municípios classificados em estratos mais favoráveis.

A SAPS/MS reconheceu a impossibilidade metodológica atual de estabelecer critérios nacionais para desigualdades intramunicipais e a inexistência de instrumentos padronizados para identificar vulnerabilidades nessa escala. Também admitiu que o IED opera em nível municipal e não capta integralmente desigualdades entre territórios adscritos a unidades de um mesmo município. Embora cite estratégias como eCR, eSFR, incentivo quilombola, CadÚnico e PSE, essas medidas mitigam, mas não suprem, a lacuna intramunicipal reconhecida.

A CIABS/CNS afirmou que os mecanismos atuais captam de forma insuficiente desigualdades intramunicipais, microterritoriais, raciais e socioambientais, e que dados agregados por município ocultam barreiras concretas de acesso. O Conselho defendeu que a equidade opere como critério concreto de planejamento e financiamento, com incorporação de dimensões como injustiça e racismo ambiental.

O CONASS corroborou o achado ao reconhecer que mecanismos baseados em agregados territoriais captam desigualdades entre unidades maiores, mas ocultam desigualdades intramunicipais, e que a universalidade formal não resolve, por si só, o desafio da equidade. Também registrou que qualquer indicador de equidade será insuficiente se não dialogar com análise territorial fina, adscrição populacional, estratificação de risco e cobertura real das equipes.

As limitações decorrem, principalmente, da ausência de critérios operacionais de elegibilidade individual e de equidade, da predominância da lógica territorial e de parâmetros agregados em escala municipal, da dependência de bases cadastrais com limitações de cobertura e atualização, da cobertura incompleta de ACS e microáreas descobertas, da baixa utilização de diagnóstico comunitário e da limitada granularidade dos indicadores, inclusive quanto a marcadores raciais e étnicos. A SAPS/MS reconhece essa lacuna estrutural, e o instrumento corretivo em desenvolvimento, baseado em IVS intramunicipal/Ipea, ainda é incipiente e de alcance limitado.

Como consequência, a PNAB enfrenta dificuldades para identificar e acompanhar grupos com maiores necessidades de saúde, reduzir desigualdades entre territórios e equipes e evitar o subatendimento de populações vulneráveis, especialmente em áreas com menor capacidade operacional. Embora estruturada sob os princípios da universalidade e da territorialização, a efetividade da equidade depende, na prática, da capacidade de gestão territorial dos entes federativos e das equipes locais, o que gera heterogeneidade na implementação da APS.

5.4. Fragilidades na coordenação da execução e na articulação interfederativa reduzem a efetividade da PNAB

Avaliou-se como está organizada a coordenação da execução da PNAB e em que medida os instrumentos normativos, institucionais e interfederativos favorecem a atuação articulada dos atores responsáveis por sua implementação.

A PNAB é executada em ambiente de governança interfederativa, com responsabilidades distribuídas entre União, estados e municípios, coordenação nacional atribuída à SAPS e execução local orientada por diretrizes federais (Decreto nº 11.798/2023; Portaria GM/MS nº 2.436/2017). Embora esse arranjo permita adaptação às realidades territoriais, foram identificadas limitações decorrentes da heterogeneidade das capacidades administrativas, técnicas e operacionais dos entes federativos e da ausência de mecanismos operacionais contínuos de coordenação, gerando assimetrias na implementação da política.

A pesquisa com os 17 Cosems estaduais reforça o diagnóstico: 71% avaliaram que Comissões Intergestores Bipartite e Regionais (CIB/CIR) tratam temas substantivos da PNAB apenas parcialmente ou raramente; 88% classificaram a coordenação tripartite como insuficiente, frágil ou inexistente; e 88% relataram atuação insuficiente, irregular ou pontual das Secretarias Estaduais de Saúde no apoio à implementação da APS nos municípios. A análise documental das instâncias de pactuação confirmou esse quadro: na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), o exame dos resumos executivos de 60 reuniões realizadas entre 2021 e 2025 identificou 50 itens de pauta aderentes à PNAB, mas com 14 informes sem encaminhamento e quatro conflitos registrados; nas 27 CIB, observou-se ausência generalizada de mecanismos formais de supervisão com retroalimentação; e, nas CIR, a APS foi marginal ou ausente em 26 das 27 UFs, inexistindo mecanismos formais de supervisão da PNAB com retroalimentação dos resultados. Esses elementos indicam que as instâncias formais de pactuação não têm operado como lócus efetivo de governança da PNAB.

As respostas qualitativas indicam insuficiência operacional e financeira para sustentar equipes e executar atribuições concentradas na APS, especialmente em áreas remotas, municípios de pequeno porte e territórios com dificuldade de fixação de profissionais. Embora existam normativos, instâncias interfederativas, mecanismos de financiamento e sistemas de monitoramento, esses instrumentos não se traduzem em arranjos contínuos e integrados de coordenação, com definição clara de responsabilidades, *accountability* e articulação entre planejamento, monitoramento e execução.

a) Fragilidades nos instrumentos de coordenação interfederativa

Observa-se dissociação entre arcabouço normativo e coordenação efetiva da APS. Embora o Planejamento Regional Integrado (PRI) esteja instituído, a não implementação do COAP (Decreto nº 7.508/2011) limita sua força vinculante e sua integração ao financiamento, resultando em pactuações pouco conectadas à execução. Evidências do TCU (Acórdão TCU nº 2776/2019-Plenário), IEPS/OPAS (2023) e Cosems apontam baixa efetividade das instâncias interfederativas, instabilidade regulatória e predominância de pactuações formais sem mecanismos estruturados de acompanhamento.

b) Limitações na capacidade de indução e de apoio federal

A capacidade de indução e apoio federal também apresenta limitações. Os Núcleos Estaduais do Ministério da Saúde (NEMS), instituídos pela Portaria nº 1.844, de 13.10.2016, têm efetividade reduzida por conflitos de função e baixa inserção nas instâncias interfederativas (Nota Técnica CONASS nº 06/2018 e Acórdão TCU nº 2776/2019-Plenário). Paralelamente, o cofinanciamento condicionado por desempenho (Portaria GM/MS nº 2.979/2019) apresenta atrasos em credenciamento, normas fragmentadas e vieses que afetam entes com menor capacidade informacional (auditorias CGU 2023-2024); e, no Programa Mais Médicos (Relatório CGU nº 1558139) permanece pendente desde 2013 a regulamentação da indenização para áreas de difícil fixação, prevista na Lei nº 13.958, de

18.12.2019, ampliando a dependência de estratégias locais para alocação territorial de profissionais.

A análise dos 95 municípios examinados evidenciou baixa materialização documental da coordenação interfederativa nos instrumentos municipais: o bloco de coordenação federativa apresentou desempenho crítico em 93 municípios (97,9%), sendo que 40 (42,1%) não apresentaram qualquer evidência de pactuações regionais, demandas às instâncias intergestores ou apoio técnico estadual. A média nacional do bloco foi de 11,7%, a menor entre os componentes avaliados, e 88% dos Cosems classificaram o apoio técnico das Secretarias Estaduais de Saúde como insuficiente, irregular, pontual ou ausente.

c) Fragilidades na articulação interfederativa e na execução

A manifestação do Conasems e evidências do TCU (Acórdão TCU nº 1207/2026-Plenário), CGU (Relatório nº 1558139 e Relatório nº 1558725) e Cosems indicam fragilidades na articulação interfederativa e na execução da PNAB. Foram apontadas dificuldades na implantação das redes de atenção - com fragmentação da assistência, pactuação do novo modelo de cofinanciamento, acompanhamento de atividades, gestão de credenciamentos, pagamentos e fluxos operacionais.

Também foram identificados desalinhamentos entre diretrizes federais e capacidades municipais -, corroborados pelos relatos qualitativos juntos aos Cosems: 82% apontaram dificuldades na operacionalização das diretrizes na realidade local, e 88% relataram compatibilidade apenas parcial entre responsabilidades atribuídas e capacidade efetiva de cumprimento. Esses fatores geram sobrecarga, exigências administrativas simultâneas, dependência de complementação municipal e uso de mecanismos informais de adaptação local.

d) Efeitos das limitações de coordenação na organização da rede assistencial

As limitações nos mecanismos de coordenação da PNAB repercutem na organização da rede assistencial e da continuidade do cuidado. O Censo Nacional das UBS de 2024 indicam implementação parcial desses mecanismos: 66,9% das unidades utilizam protocolos para acesso à atenção especializada; 56,9% registram usuários encaminhados; 34,8% possuem profissional responsável pela análise prévia; e apenas 34,3% monitoram tempos de espera. De forma convergente, o Acórdão TCU nº 2776/2019-Plenário registro, com base no PMAQ-AB (2º ciclo), que apenas 34% das equipes obtinham retorno de especialistas e 18,9% recebiam contrarreferência da maternidade. Em conjunto, os resultados indicam que as limitações na coordenação da execução da política apresentam repercussões também sobre a integração e a continuidade do cuidado.

A SAPS/MS confirmou a ausência de instância de coordenação nos níveis tático e operacional. Embora mencione mecanismos preexistentes, como CIT/CIB/CIR, apoio

institucional, IED e seminários nos 27 estados, não anunciou estrutura específica de coordenação. Quanto à harmonização normativa, remeteu a portarias de consolidação que antecedem alterações posteriores, especialmente a Portaria GM/MS nº 3.493/2024, mantendo a desatualização da PNAB; também não se manifestou sobre a não implementação do COAP.

A CIABS/CNS corroborou a fragmentação programática, normativa, operacional e interfederativa da coordenação, bem como a inexistência de mecanismo permanente capaz de traduzir pactuações em respostas territoriais. Também apontou dificuldades de integração entre APS, atenção especializada, vigilância, regulação e apoio diagnóstico, além da incorporação apartada de conteúdos estruturantes, como as eMulti. O CONASS, por sua vez, confirmou a fragilidade e heterogeneidade do elo estadual, associadas a diferentes capacidades técnicas, disponibilidade financeira e arranjos administrativos, e reconheceu que a execução plena das competências estaduais exige estrutura técnica regionalizada, integração interna das SES, sistemas de informação e financiamento estável. Também registrou que CIB e CIR perdem capacidade de indução quando restritas à homologação de repasses ou habilitações pontuais

Em síntese, as fragilidades de coordenação decorrem da ausência de articulação operacional estruturada, da fragmentação normativa, da heterogeneidade das capacidades federativas e do enfraquecimento dos instrumentos regionais de pactuação e acompanhamento, como o COAP. Como consequência, a PNAB apresenta execução desigual nos territórios, baixa padronização operacional, dificuldades de integração da rede assistencial e menor capacidade de resposta coordenada.

5.5. Comunicação fragmentada entre coordenação e implementação compromete o alinhamento da PNAB nos territórios

Avaliou-se em que medida os canais de comunicação existentes favorecem colaboração eficaz entre coordenadores e implementadores da PNAB, especialmente quanto à disseminação de diretrizes, orientação operacional, devolutiva institucional e retroalimentação entre os níveis de gestão.

Embora existam canais institucionais de comunicação e interação entre os atores da PNAB, sua efetividade é limitada pela fragmentação das iniciativas, ausência de padronização dos fluxos, baixa retroalimentação entre níveis de gestão e diferenças de capacidade institucional entre os entes federativos, o que compromete a circulação tempestiva de informações e o alinhamento operacional da política.

A pesquisa com os 17 Cosems estaduais reforça o diagnóstico: 82% avaliaram os canais entre Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais e municípios como irregulares ou com falhas relevantes; 82% relataram predominância de fluxos descendentes, com baixa retroalimentação; e 100% consideraram os normativos parcialmente adequados ou inadequados para orientar a implementação da APS nos territórios. O levantamento

documental das CIR nas 27 UFs também evidenciou descolamento entre o canal normativo e o canal real de disseminação: em 26 das 27 UF analisadas, portarias estruturantes editadas no ciclo 2023-2024, como as Portarias GM/MS nº 635/2023 e nº 3.493/2024, não foram identificadas como pauta deliberativa regional, sendo a única exceção registrada no estado do Mato Grosso (CIR Centro Norte, Portaria GM/MS nº 10.169, de 19.01.2026). A disseminação ocorreu predominantemente por articulação entre MS, Secretarias Estaduais, municípios e notas orientativas dos Cosems, indicando uso de canais paralelos aos previstos no desenho normativo.

As evidências qualitativas dos Cosems e gestores municipais indicam fluxos de comunicação heterogêneos e com importantes limitações operacionais, especialmente em territórios com baixa conectividade, dispersão geográfica e menor capacidade técnica. Foram relatados atrasos na circulação de informações, dificuldades de acesso a suporte técnico e instabilidade normativa decorrente de alterações frequentes de portarias, normas sem orientações operacionais consolidadas e múltiplas versões de notas técnicas.

Os normativos preveem instâncias de interação e pactuação interfederativa, mas não definem diretrizes específicas para padronização dos canais, responsabilidades comunicacionais e retroalimentação entre formuladores e implementadores. Essa lacuna limita a institucionalização de fluxos bidirecionais e contínuos de comunicação no âmbito da PNAB.

CMAP, Conasems, Cosems e gestores municipais apontam fragilidades na articulação entre equipes, pontos da rede e níveis de gestão. Foram identificadas baixa realização de atividades compartilhadas entre eMulti e equipes da APS, fragmentação de programas, multiplicidade de iniciativas e distanciamento entre diretrizes nacionais e capacidades locais. Esses achados reforçam que as limitações comunicacionais se articulam às fragilidades de coordenação interfederativa tratadas no achado anterior.

A OCDE ressalta que o aprimoramento do uso, integração e análise de dados em saúde constitui condição necessária para melhoria do desempenho do sistema, indicando insuficiência dos fluxos informacionais atuais para subsidiar adequadamente a gestão e a coordenação do cuidado (OCDE, 2021). A pesquisa com os Cosems estaduais evidenciou que a comunicação da PNAB é prejudicada por fluxos verticais e operacionais, baixa circulação bidirecional de informações, fragmentação dos sistemas, multiplicidade de plataformas, baixa interoperabilidade e alimentação paralela de bases, fatores esses que dificultam a consolidação das informações e a coordenação contínua da política.

Auditorias da CGU em programas correlatos à APS (Relatório nº 1558750 da CGU - Programa Brasil Sorridente) reforçam as fragilidades operacionais de comunicação entre gestores e usuários. No Brasil Sorridente, foram identificadas falhas de comunicação em cerca de 80% dos municípios analisados, especialmente na gestão de filas, acesso à atenção especializada e ausência de protocolos claros de referência e contrarreferência. No Programa Mais Médicos, a CGU (Relatório nº 1558139) apontou necessidade de aprimorar mecanismos de comunicação e supervisão, indicando interações insuficientemente estruturadas entre os atores para apoiar adequadamente a implementação da política.

Como indicado pelos dados do Censo Nacional das UBS de 2024, a baixa convergência na adoção de práticas de coordenação assistencial sugere que os fluxos de orientação não produzem padrões homogêneos de implementação. De forma convergente, 82% dos Cosems relataram que as diretrizes federais chegam aos municípios com lacunas de tradução para a prática local ou apenas parcialmente, enquanto apenas 18% avaliaram que chegam de forma clara e acompanhadas de orientações operacionais suficientes.

Em relação às mudanças introduzidas pela Portaria GM/MS nº 3.493/2024 (novo modelo de cofinanciamento federal da APS), 71% dos respondentes (12/17) relataram ciência apenas parcial por parte dos municípios, seja em razão de dúvidas relevantes de interpretação (65%), seja porque apenas parte dos municípios possui conhecimento das alterações (6%).

A análise de 95 PMS e RAG municipais reforça o padrão de comunicação fragmentada: apenas 19 municípios (20%) registraram implantação de telessaúde, telemedicina ou capacitação digital da APS, enquanto 60 (63%) declararam ausência desses instrumentos. Além disso, em 43 PMS (45%) não foi identificada cascata normativa verificável, indicando perda de conteúdo normativo entre diretrizes nacionais e metas locais mensuráveis.

Os resultados indicam baixa densidade tecnológica e perda de conteúdo normativo no fluxo entre coordenadores federais e implementadores municipais, comprometendo o alinhamento operacional da PNAB nos territórios.

A literatura reforça que a informação em saúde é central para o planejamento e a coordenação do cuidado, mas sua utilização ainda não está plenamente institucionalizada no SUS (VILASBÔAS et al., 2024). Estudos indicam que os canais interfederativos existem e são usados sobretudo para operacionalização de instrumentos vinculados ao financiamento e monitoramento da APS, mas têm capacidade limitada de promover colaboração efetiva, integração do cuidado e coordenação contínua (GIOVANELLA et al., 2020; CONASS, 2023; SOUZA et al., 2025).

A SAPS/MS afirmou dispor de Plano de Comunicação Social abrangendo a PNAB, mas descreveu produtos e canais predominantemente descendentes — atendimentos de imprensa, newsletter SAPS Informa, conteúdos publicados e webinários —, e não uma arquitetura formal com fluxos ascendentes específicos da PNAB. A própria Secretaria reconheceu a inexistência de fluxo único, padronizado e contínuo de retroalimentação interfederativa e tratou o fortalecimento dos canais ascendentes como agenda em desenvolvimento. A manifestação também não enfrentou a institucionalização do papel informal do Conasems como “tradutor” das diretrizes.

A CIABS/CNS reforçou que a deficiência se concentra nos canais de retorno e na retroalimentação interfederativa. Por sua vez, o CONASS afirmou que a comunicação da PNAB não deve se limitar à transmissão vertical de atos normativos, devendo ocorrer de forma bidirecional, com melhor tradução das normas federais em linguagem operacional e com mecanismos sistemáticos de retroalimentação das experiências locais aos processos decisórios nacionais, tanto na relação MS–estados (normas sem tempo adequado de

pactuação e sem materiais interpretativos) quanto na relação estados–municípios (ausência de estruturas regionalizadas e canais formais).

Em síntese, a comunicação da PNAB permanece fragmentada e predominantemente descendente, sem fluxo contínuo de retroalimentação entre formuladores, coordenadores e implementadores. Essa limitação dificulta a tradução das diretrizes nacionais em práticas operacionais, reduz o alinhamento entre os níveis de gestão e compromete a resposta conjunta a problemas de implementação.

5.6. Análise e monitoramento de indicadores selecionados

A análise dos indicadores da PNAB acompanhados no PPA evidencia que o monitoramento federal está estruturado predominantemente em torno da dimensão da indução e do financiamento da política. Os indicadores concentram-se no universo de equipes e unidades que integram o circuito de cofinanciamento do Ministério da Saúde, incidindo prioritariamente sobre elementos passíveis de validação administrativa, como credenciamento, homologação, pagamento e envio de produção.

Dessa forma, os indicadores captam com maior precisão a dimensão institucional da política, com baixa sensibilidade às práticas assistenciais desenvolvidas nos territórios.

A análise das séries históricas, combinada às informações qualitativas obtidas em entrevistas com gestores e em questionários aplicados, permitiu identificar padrões de evolução dos indicadores e evidenciar a influência de fatores metodológicos e administrativos em suas trajetórias.

A análise integrada dos indicadores e das entrevistas revela que o monitoramento da PNAB está fortemente associado à lógica administrativa e financeira da política. As variações observadas nas séries refletem, em grande medida, mudanças nos critérios de financiamento, credenciamento, homologação e envio de produção, além de alterações metodológicas.

As entrevistas indicam que esse padrão é inerente ao sistema de monitoramento adotado, no qual os indicadores estão vinculados ao fluxo de financiamento federal e à validação das equipes e serviços.

Observa-se também variação na relação entre metas e execução, com ajustes ao longo do tempo e, em alguns casos, definição de metas que não seguem diretamente a trajetória das séries observadas.

As tabelas a seguir resumem tendências e evidências observadas a partir da análise dos indicadores selecionados:

Quadro 15 - *Indicadores de cobertura*

Indicador	Tendência	Evidência
Cobertura populacional estimada da Atenção Primária à Saúde (8871)	Estável	Limites estruturais de expansão
Cobertura populacional estimada de atenção integral à saúde das populações em situação de rua e privadas de liberdade (9031)	Crescente	Indução direcionada a populações específicas
Cobertura populacional estimada de saúde bucal (9043)	Queda metodológica	Revisão do método de cálculo

O indicador “Cobertura populacional estimada da Atenção Primária à Saúde” (8871) apresenta comportamento estável, permanecendo próximo de 70% ao longo do período analisado. Segundo os gestores entrevistados, esse padrão reflete limites estruturais à expansão, associados à capacidade dos municípios de implantar e manter equipes, bem como à disponibilidade de profissionais.

O indicador “Cobertura populacional estimada de atenção integral à saúde das populações em situação de rua e privadas de liberdade” (9031) apresenta trajetória crescente. As entrevistas indicam que esse comportamento está associado à indução federal de equipes específicas e à priorização dessas populações, embora o crescimento observado seja inferior ao ritmo de elevação das metas.

O indicador “Cobertura populacional estimada de saúde bucal” (9043) apresenta redução de patamar entre 2024 e 2025. Conforme apontado nas entrevistas, essa variação decorre principalmente de mudança metodológica, que passou a considerar apenas equipes cofinanciadas e com produção registrada, além de novos parâmetros de vinculação populacional.

Quadro 16 - *Indicadores de recursos humanos*

Indicador	Tendência	Evidência
Número de equipes de Atenção Primária (eAP) implantadas com cofinanciamento pelo Ministério da Saúde (9804)	Estável	Papel complementar
Número de equipes Multiprofissionais (eMulti) implantadas com cofinanciamento pelo Ministério da Saúde (10440)	Forte expansão	Adesão municipal
Número de equipes de Saúde Bucal (eSB) implantadas com cofinanciamento pelo Ministério da Saúde (9097)	Crescimento gradual	Dependência municipal
Número de equipes de Atenção Primária Prisional (eAPP) implantadas com cofinanciamento pelo Ministério da Saúde (9824)	Crescimento lento	Dificuldades operacionais
Número de equipes de Consultório na Rua (eCR) implantadas com cofinanciamento pelo Ministério da Saúde (9823)	Instável	Limitações estruturais
Número de vagas ocupadas nos programas de provimento médico da Atenção Primária à Saúde (10486)	Alto desempenho	Política consolidada
Número de eMulti com custeio adicional para a oferta de atendimento remoto nas Unidades Básicas de Saúde (12693)	Baixo	Barreiras tecnológicas

A dimensão de recursos humanos apresenta trajetórias diferenciadas entre as modalidades de equipes. O indicador “Número de equipes Multiprofissionais (eMulti) implantadas com

cofinanciamento pelo Ministério da Saúde" (10440) apresenta forte expansão. Segundo os gestores, esse desempenho está associado à recente institucionalização da estratégia, à disponibilidade orçamentária e à adaptação dos municípios.

O indicador "Número de equipes de Atenção Primária (eAP) implantadas com cofinanciamento pelo Ministério da Saúde" (9804) mostra estabilidade ao longo da série. As entrevistas indicam que essas equipes possuem caráter complementar no modelo da APS, cuja prioridade permanece centrada na Estratégia Saúde da Família.

O indicador "Número de equipes de Saúde Bucal (eSB) implantadas com cofinanciamento pelo Ministério da Saúde" (9097) apresenta crescimento gradual, com aproximação das metas após sua revisão. Os gestores destacam a dependência do financiamento municipal para sua expansão.

Os indicadores "Número de equipes de Atenção Primária Prisional (eAPP) implantadas com cofinanciamento pelo Ministério da Saúde" (9824) e "Número de equipes de Consultório na Rua (eCR) implantadas com cofinanciamento pelo Ministério da Saúde" (9823) apresentam crescimento lento e comportamento instável, refletindo dificuldades operacionais, especialmente na fixação de profissionais.

O indicador "Número de vagas ocupadas nos programas de provimento médico da Atenção Primária à Saúde" (104686) apresenta desempenho elevado e consistente.

O indicador "Número de eMulti com custeio adicional para a oferta de atendimento remoto nas Unidades Básicas de Saúde" (12693) apresenta baixa execução e alta volatilidade, sendo associado, nas entrevistas, a dificuldades tecnológicas e operacionais.

Quadro 17 - *Indicadores de infraestrutura*

Indicador	Tendência	Evidência
Número de Unidades Básicas de Saúde (UBS) reformadas (9872)	Crescimento contínuo	Execução consolidada
Número de Unidades Básicas de Saúde (UBS) estruturadas com investimento em obras, equipamentos e materiais (9866)	Expansão + estabilização	Ciclo de investimento
Número de Unidades Básicas de Saúde (UBS) estruturadas com equipamentos de informática (9874)	Estagnação	Saturação do ciclo inicial
Número de Unidades Básicas de Saúde (UBS) ampliadas com salas de vacinas (9877)	Crescimento	Execução descentralizada
Número de Unidades Básicas de Saúde Fluvial (UBSF) implantadas com cofinanciamento pelo Ministério da Saúde (9811)	Estável	Restrição logística
Número de polos do Programa Academia da Saúde credenciados pelo Ministério da Saúde (10759)	Queda	Descredenciamento
Número de Unidades Odontológicas Móveis (UOM) implantadas com cofinanciamento pelo Ministério da Saúde (9086)	Baixo	Limitações materiais

Os indicadores de infraestrutura refletem a dinâmica de execução descentralizada e os ciclos de investimento. O indicador “Número de Unidades Básicas de Saúde (UBS) reformadas” (9872) apresenta crescimento contínuo, com superação das metas.

O indicador “Número de Unidades Básicas de Saúde (UBS) estruturadas com investimento em obras, equipamentos e materiais” (9866) e o indicador “Número de Unidades Básicas de Saúde (UBS) estruturadas com equipamentos de informática” (9874) apresentam expansão inicial seguida de estabilização, associada ao caráter cumulativo e à concentração temporal dos investimentos.

O indicador “Número de Unidades Básicas de Saúde (UBS) ampliadas com salas de vacinas” (9877) mostra crescimento consistente, dependente da execução de obras pelos entes federativos.

O indicador “Número de Unidades Básicas de Saúde Fluvial (UBSF) implantadas com cofinanciamento pelo Ministério da Saúde” (9811) e o indicador “Número de Unidades Odontológicas Móveis (UOM) implantadas com cofinanciamento pelo Ministério da Saúde” (9086) apresentam limitações associadas à disponibilidade e à manutenção de estruturas físicas.

O indicador “Número de polos do Programa Academia da Saúde credenciados pelo Ministério da Saúde” (10759) apresenta trajetória de redução em parte do período, associada a descredenciamentos e restrições orçamentárias.

Quadro 18 - *Outros indicadores*

Indicador	Tendência	Evidência
Número de municípios com Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD) implantados com cofinanciamento do Ministério da Saúde (9099)	Queda	Exigência de produção
Número de Serviços de Especialidades em Saúde Bucal (Sesb) implantados com cofinanciamento pelo Ministério da Saúde (9088)	Crescimento	Expansão recente
Número de pessoas que menstruam contempladas no Programa de Proteção, Promoção da Saúde e Dignidade Menstrual (9829)	Baixo	Barreiras de acesso

O indicador “Número de municípios com Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD) implantados com cofinanciamento do Ministério da Saúde” (9099) apresenta queda significativa em 2025. Conforme relatado nas entrevistas, essa variação está associada à retomada da exigência de envio de produção, indicando que o indicador captura a permanência no financiamento e não apenas a existência dos serviços.

O indicador “Número de Serviços de Especialidades em Saúde Bucal (Sesb) implantados com cofinanciamento pelo Ministério da Saúde” (9088) apresenta crescimento relevante, com defasagem temporal entre habilitação normativa e execução financeira.

O indicador “Número de pessoas que menstruam e se encontram em condições de precariedade menstrual contempladas no Programa de Proteção, Promoção da Saúde e Dignidade Menstrual” (9829) apresenta desempenho inferior às metas ao longo do período. Segundo os gestores, fatores como necessidade de articulação intersetorial, barreiras de acesso e dependência de instrumentos digitais influenciam esse resultado.

6. Governança

Esta seção analisa a governança da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) a partir de sete dimensões complementares: supervisão da política, mecanismos de pactuação e processo decisório, uso do monitoramento e da análise de economicidade para aprimoramento, disseminação das diretrizes, prestação de contas, participação social e gestão de riscos. O objetivo é verificar em que medida os arranjos institucionais existentes favorecem coordenação, responsabilização, transparência, aprendizagem, controle social e capacidade de resposta da política.

A análise considerou normas estruturantes do SUS e da governança pública, incluindo a Constituição Federal de 1988, a Lei nº 8.080/1990, a Lei nº 8.142/1990, a Lei Complementar nº 141/2012, o Decreto nº 7.508/2011, o Decreto nº 9.203/2017, a Portaria de Consolidação nº 2/2017, Anexo XXII, e, quando aplicável, normas específicas sobre gestão de riscos, prestação de contas, planejamento e participação social. Também foram considerados referenciais de avaliação e governança de políticas públicas, especialmente os referenciais do CMAP.

Foram examinados instrumentos normativos, documentos de planejamento e prestação de contas, registros administrativos, atas e pautas de instâncias interfederativas, dados de sistemas oficiais, análises de RAG e PMS municipais[45], questionários e manifestações qualitativas de Cosems estaduais, além de manifestações institucionais da SAPS/MS, da CIABS/CNS e do CONASS. A seção também utiliza evidências de auditorias e estudos do TCU, CGU, CMAP, OCDE, Rede de Pesquisa em APS e demais referências mencionadas nos achados.

6.1. Supervisão da PNAB carente de maior integração entre os atores responsáveis pela política

A supervisão da PNAB ocorre em ambiente institucional formalmente estruturado, com participação de diferentes atores e instâncias de gestão e pactuação do SUS. Contudo, foram identificadas limitações na articulação entre os responsáveis pela condução da política, associadas à ausência de instância institucionalizada, contínua e integrada de supervisão, à baixa formalização de rotinas permanentes de interação e à indefinição operacional das responsabilidades de acompanhamento.

Os resultados da pesquisa aplicada aos 17 Cosems estaduais convergem com esse diagnóstico: 88% classificaram a coordenação tripartite da APS como insuficiente, frágil ou inexistente; 88% relataram atuação insuficiente, irregular ou pontual das Secretarias Estaduais de Saúde no apoio aos municípios; e 71% informaram que as instâncias interfederativas tratam temas substantivos da PNAB apenas parcialmente ou de forma

[45] A Memória Técnica de Seleção Amostral está disponível no Apêndice I

esporádica. A análise documental das CIR das 27 unidades da federação (UFs) também apontou opacidade e fragilidade no acompanhamento regional da política.

a) Estrutura institucional da supervisão da PNAB

O Decreto nº 11.798/2023 atribui à SAPS/MS competências de coordenação, monitoramento, avaliação e articulação interfederativa da APS. Contudo, não foram identificadas instâncias permanentes de supervisão compartilhada, rotinas estruturadas de interação contínua ou mecanismos operacionais padronizados para coordenar a supervisão da PNAB.

b) Limitações da supervisão compartilhada e da delimitação de responsabilidades

A Portaria nº 2.436/2017 define responsabilidades compartilhadas entre União, estados e municípios no planejamento, financiamento, monitoramento, avaliação e coordenação da Atenção Básica. Contudo, embora atribua ao Ministério da Saúde a definição de diretrizes e o acompanhamento da política e aos municípios o monitoramento da utilização de recursos e a avaliação da APS, a norma não detalha instâncias de supervisão conjunta, rotinas sistemáticas de interação, gestão de conflitos, tratamento de restrições operacionais ou acompanhamento contínuo entre os níveis da política, o que limita a efetividade da governança interfederativa da APS.

Os questionários aplicados aos 17 Cosems estaduais reforçam essa fragilidade: 88% dos respondentes relataram competências formalmente definidas, mas com falhas de execução, sobreposições, conflitos ou lacunas de responsabilidade; e 47% avaliaram a participação dos Cosems e CIB estaduais nas decisões nacionais sobre a PNAB como limitada ou predominantemente formal. As evidências qualitativas também indicam baixa institucionalização de mecanismos permanentes de acompanhamento técnico e apoio interfederativo, especialmente em territórios com menor capacidade institucional e operacional.

c) Fragilidades operacionais da coordenação e do acompanhamento da política

O Relatório Técnico consolidado do CMAP, de 26.12.2025, identificou fragilidades na operacionalização dos princípios da PNAB, especialmente na coordenação do cuidado, articulação da rede assistencial, organização das equipes, parâmetros populacionais e integração entre pontos de atenção. No mesmo sentido, a análise do CNS sobre o RAG Gestão e as metas do PNS de 2024 concluiu que o objetivo de fortalecimento da APS foi apenas parcialmente atingido, indicando necessidade de medidas corretivas.

A análise de 95 RAG e PMS municipais também evidencia fragilidade na continuidade da gestão e do planejamento da APS: entre 2022 e 2025, 42 municípios (44%) tiveram troca de

secretário municipal de saúde; 81 (85%) ainda não haviam iniciado a elaboração do PMS 2026-2029; apenas dois possuíam plano aprovado no DigiSUS; e sete informaram processo formal de elaboração.

d) Evidências institucionais de fragilidades na governança e supervisão

Evidências da CGU e do TCU reforçam a fragilidade da supervisão. O Relatório CGU nº 1558139, sobre o Programa Mais Médicos, concluiu que, embora existam estruturas formais de supervisão, elas apresentam limitações de efetividade, especialmente no acompanhamento de resultados e na redução de desigualdades regionais.

O Acórdão TCU nº 309/2025-Plenário documentou paralisação de instâncias estratégicas de governança do Ministério da Saúde, qualificando a situação como fragilidade relevante de governança institucional. Acórdãos anteriores também apontam padrão persistente de fragilidade no planejamento estratégico e na fundamentação de reformulações da APS: o Acórdão TCU nº 2776/2019-Plenário identificou ausência de justificativas técnicas suficientes na revisão da PNAB de 2017; o Acórdão TCU nº 309/2025-Plenário apontou a não publicação do PEI 2024–2027; e o Acórdão TCU nº 1207/2026-Plenário registrou descompasso entre o crescimento projetado dos gastos federais com APS e estimativas estruturadas de sustentabilidade do novo modelo de cofinanciamento.

e) Evidências da literatura e diagnósticos estruturais

A literatura reforça que, embora a governança da APS no SUS esteja apoiada em arranjo interfederativo formalmente reconhecido, persistem ineficiências estruturais, fragilidades na supervisão e baixa institucionalização de mecanismos sistemáticos e integrados de monitoramento e avaliação (OCDE, 2021; VILASBÔAS et al., 2024).

A SAPS/MS contestou a qualificação de fragmentação, sustentando que a diversidade de instâncias decorre do desenho federativo e da repartição compartilhada de responsabilidades. Contudo, reconheceu como “permanente desafio” a elaboração de mecanismos sistemáticos e integrados de supervisão e revisão, e remeteu o posicionamento sobre o esvaziamento das CIR à Secretaria-Executiva, o que reforça a ausência de coordenação integrada da PNAB no nível regional.

A CIABS/CNS corroborou a ausência de governança integradora ao afirmar que a política é acompanhada por múltiplos atores, sistemas e instâncias, mas sem arranjo permanente e pactuado que articule formulação, execução, monitoramento, financiamento, prestação de contas e devolutiva. O Conselho também relatou ser acionado sobretudo ao final dos processos e apontou que a expansão das emendas parlamentares compromete a supervisão técnica e o planejamento ascendente.

O CONASS declarou não dispor de dados analíticos ou avaliação específica sobre a supervisão da PNAB nos estados, nem de diagnóstico nacional atualizado sobre o

esvaziamento das CIR, confirmando a ausência de mecanismo de avaliação sistêmica do elo estadual e regional. O Conselho propôs modelo de supervisão regionalizada, com coordenações estaduais de APS articuladas a núcleos regionais de apoio e financiamento federal específico.

Em síntese, embora a PNAB disponha de arranjo institucional formalmente estruturado para supervisão, persistem fragilidades decorrentes da ausência de instância institucionalizada, contínua e integrada de articulação, coordenação e supervisão; da indefinição prática de responsabilidades entre os entes federativos; da baixa formalização de fluxos decisórios e rotinas de interação; das limitações no uso de informações para gestão; e do esvaziamento das instâncias regionais de pactuação. Como consequência, a supervisão da PNAB não ocorre de forma plenamente coordenada e integrada, comprometendo o acompanhamento sistemático da implementação da APS e reduzindo a efetividade da coordenação interfederativa.

6.2. Mecanismos de pactuação com oportunidades de evolução na tradução das deliberações em ações de implementação

Avaliou-se como está organizado o processo decisório da PNAB e em que medida os mecanismos de pactuação e responsabilização favorecem a tradução das deliberações em ações de implementação, acompanhamento e ajuste da política.

A PNAB possui base normativa que define competências e responsabilidades dos atores do SUS, especialmente na Lei nº 8.080/1990, Lei nº 8.142/1990, Decreto nº 7.508/2011 e Portaria nº 2.436/2017, contribuindo para orientar a tomada de decisão e a organização das ações de saúde.

a) Fragilidades na governança e no uso de evidências no processo decisório

Não obstante a existência da base normativa para o processo decisório da PNAB, evidências do TCU indicam fragilidades na governança, na utilização de evidências e na fundamentação de reformulações da APS. O Acórdão TCU nº 1207/2026-Plenário apontou ausência de avaliações sistemáticas, inexistência de avaliações ex post, fragilidades na caracterização dos problemas públicos e limitações na utilização de evidências para formulação e revisão do modelo de cofinanciamento. De forma complementar, o Acórdão TCU nº 1764/2025-Plenário registrou ausência de comprovação empírica suficiente para justificar intervenção em políticas de provimento e ausência de análise estruturada de alternativas, enquanto o Acórdão TCU nº 1207/2026-Plenário identificou que a AIR da Portaria GM/MS nº 3.493/2024 não incorporou explicitamente os efeitos da pandemia de COVID-19 sobre os dados utilizados.

b) Limitações na operacionalização das instâncias interfederativas de pactuação

A pesquisa com os 17 Cosems estaduais reforça as limitações da pactuação: 100% avaliaram os normativos da APS como parcialmente adequados ou inadequados para orientar a implementação; 88% classificaram a coordenação tripartite como insuficiente, frágil ou inexistente; e 71% relataram que as instâncias interfederativas tratam temas substantivos da PNAB apenas parcialmente ou de forma esporádica.

A análise dos resumos executivos de 60 reuniões da CIT realizadas entre 2021 e 2025 evidenciou limitações na operacionalização do processo decisório formalmente estabelecido.: 50 itens de pauta eram aderentes à PNAB, dos quais 28% foram registrados como informes sem encaminhamento, além de quatro conflitos formalmente registrados em ata. Nas CIB, foram identificados padrões de esvaziamento deliberativo, como uso recorrente de “ad referendum”, exemplificado pela homologação em bloco de 46 resoluções oriundas de seis CIR em reunião extraordinária da CIB/RO de 2025 e pela adoção desse mecanismo como padrão decisório em Roraima.

c) Fragmentação normativa e indefinição operacional das competências

O Relatório Técnico do CMAP de 23.12.2025 identificou coexistência de diferentes normas e instrumentos regulatórios sem atualização completa do marco principal da PNAB, gerando ambiguidades interpretativas. Embora o Decreto nº 11.798/2023 defina a SAPS como instância central de formulação, coordenação e avaliação da política e a Portaria nº 2.436/2017 distribua competências entre as esferas de governo, ambos apresentam baixo detalhamento operacional quanto a fluxos decisórios, critérios de priorização e mecanismos de responsabilização.

A pesquisa com os 17 Cosems reforça essa limitação: 47% relataram competências formalmente definidas, porém com dúvidas de interpretação, sobreposições ou lacunas que geram confusão entre gestores.

d) Influências externas e fatores condicionantes do processo decisório

Observam-se influências externas ao planejamento técnico da política, especialmente relacionadas à alocação de recursos por emendas parlamentares, cuja distribuição, segundo manifestação do Conasems, ocorre em diversos casos sem considerar critérios técnicos relacionados às necessidades dos territórios.

O Relatório CGU nº 1558139 (Programa Mais Médicos) também identificou padrão consistente com concentração decisória na SAPS, ao registrar que a Portaria GM/MS nº 5.422, de 02.10.2024, foi elaborada internamente pela Secretaria e submetida à CIT apenas para aprovação formal.

e) Desalinhamento entre formulação normativa e implementação local

As evidências qualitativas indicam dificuldades na tradução operacional das decisões pactuadas para diferentes contextos territoriais, especialmente em municípios de pequeno porte e regiões remotas.

A análise de 95 instrumentos municipais de planejamento (PMS) reforça esse diagnóstico. Em 43 dos 95 PMS analisados (45%) não foi identificada cascata normativa verificável, enquanto 81 municípios (85%) ainda não haviam iniciado a elaboração do PMS 2026–2029 em maio de 2026.

Essas evidências indicam que as diretrizes da PNAB, embora formalmente estabelecidas, não se convertem de forma uniforme em instrumentos operacionalizáveis no nível local, comprometendo o alinhamento da implementação da política nos territórios.

A SAPS/MS refutou a publicação de portarias estruturantes antes da pactuação, distinguindo a pactuação do conteúdo estruturante da edição posterior de atos complementares de natureza operacional, ressalva pertinente quanto à Portaria GM/MS nº 3.493/2024. Contudo, a manifestação não afastou as evidências quanto às limitações de transparência, participação e uso sistemático de evidências na formulação e revisão de instrumentos estruturantes da APS. Quanto à concentração da iniciativa regulatória e às assimetrias do processo decisório tripartite, remeteu parte da discussão à Secretaria-Executiva, sem alterar as conclusões da auditoria.

A CIABS/CNS afirmou que o gestor federal adota como prática recorrente alterar normas, portarias e modelos de indução da APS e apenas posteriormente submetê-los ao Conselho em formato de apresentação ou validação, reduzindo sua função deliberativa. O Conselho qualificou o caso Previne Brasil como expressão de padrão recorrente e registrou não ter identificado consulta prévia, substantiva e deliberativa na elaboração das Portarias GM/MS nº 3.493/2024 e nº 635/2023.

O CONASS registrou participar dos debates por meio do GT APS e da Câmara Técnica de Atenção Primária, mas não afirmou que suas posições sejam efetivamente incorporadas às decisões finais. Também destacou que a distância entre pactuação e implementação ocorre quando decisões interfederativas não são acompanhadas de financiamento, orientações técnicas, sistemas de monitoramento e períodos de adaptação, propondo consulta prévia aos estados, prazo adequado para análise de minutas, avaliação de impacto operacional e federativo e períodos de transição.

Em síntese, embora a PNAB disponha de base normativa robusta e competências formalmente definidas, persistem limitações relevantes na operacionalização do processo decisório. A fragmentação normativa, a concentração da iniciativa regulatória no nível federal, a participação tardia do controle social, a dependência de pactuação interfederativa, a baixa clareza de regras de financiamento, a limitada formalização do papel das Secretarias Estaduais de Saúde e a existência de circuitos decisórios paralelos, como emendas parlamentares, dificultam a tradução uniforme das diretrizes da APS em ações operacionais. Como consequência, há desalinhamento entre competências normativas e implementação,

assimetrias na definição de prioridades e redução da coerência, tempestividade e efetividade da PNAB.

6.3. Monitoramento e análise de economicidade subutilizados como instrumentos de aprimoramento da PNAB

Avaliou-se em que medida os instrumentos de monitoramento e avaliação da PNAB são utilizados para retroalimentar decisões, revisar prioridades, avaliar alternativas de gestão e incorporar critérios de eficiência, efetividade, economicidade e custo-efetividade.

Embora existam mecanismos institucionais de acompanhamento e produção de informações sobre a PNAB, foram identificadas limitações na utilização sistemática dessas evidências para revisão de prioridades, avaliação de alternativas e aprimoramento contínuo da política. Não se observam rotinas estruturadas, periodicidade definida, metodologias padronizadas ou ciclos regulares que integrem monitoramento, avaliação, decisão e ajuste, nem práticas consolidadas de análise de economicidade.

Diagnóstico convergente foi produzido pelo TCU na Auditoria Operacional sobre o financiamento federal da Atenção Primária à Saúde (Acórdão TCU nº 1207/2026-Plenário), que identificou ausência de avaliações sistemáticas e periódicas, inexistência de avaliações ex post sobre o Programa Previne Brasil e fragilidades na utilização das evidências produzidas para subsidiar decisões relacionadas à continuidade, revisão ou substituição do modelo de financiamento da APS. O TCU também apontou que o novo modelo de cofinanciamento federal não possuía planos formalizados de monitoramento e de avaliação nem indicadores estruturados para acompanhamento de seus objetivos, evidenciando limitações relevantes na capacidade institucional de retroalimentação, supervisão e aprimoramento contínuo da política.

A pesquisa com os 17 Cosems estaduais reforça o diagnóstico: 88% relataram que os resultados do monitoramento são discutidos apenas ocasionalmente e sem periodicidade definida, enquanto apenas 12% indicaram uso sistemático dos dados para retroalimentação da gestão e revisão de estratégias. A análise das CIR das 27 UFs também evidenciou desconexão entre sistemas oficiais de monitoramento e instâncias regionais de pactuação: em nenhuma UF foi documentado uso de SISAB, e-Gestor AB ou SCNES como insumo deliberativo nas pautas regionais. Relatos qualitativos indicam uso predominantemente operacional e burocrático das informações, associado ao financiamento e à alimentação obrigatória de sistemas, com limitações de capacidade técnica, insuficiência de equipes, rotatividade e dificuldades de análise e interpretação dos dados.

a) Estrutura institucional e limitações na utilização do monitoramento

O Decreto nº 11.798/2023 atribui à SAPS competência para monitorar e avaliar as ações de APS, incluindo o acompanhamento da implementação e dos resultados da política. Essa atribuição fundamenta a existência de mecanismos de supervisão voltados ao

aprimoramento contínuo, apoiados em sistemas de informação e indicadores de desempenho. Contudo, o normativo não explicita periodicidade, metodologias ou critérios para avaliação de eficiência e economicidade, o que pode limitar a capacidade institucional de promover ajustes baseados em evidências de custo-efetividade.

b) Delimitação normativa e lacunas metodológicas

A PNAB prevê responsabilidade de acompanhamento, avaliação e uso de dados pelos entes federativos e define a APS como coordenadora do cuidado, implicando acompanhamento contínuo dos usuários e dos resultados assistenciais. Embora o modelo pressuponha o uso de sistemas de informação e indicadores para monitoramento e melhoria, a portaria não explicita metodologias padronizadas de avaliação, periodicidade obrigatória ou instrumentos de análise de economicidade, o que limita a capacidade de aprimoramento baseado em evidências.

c) Evidências institucionais de baixa utilização das informações

Evidências do CMAP (Relatório Técnico do CMAP de 26.12.2025), Conasems e Cosems indicam que as informações produzidas pelo monitoramento são pouco utilizadas para orientar ajustes na PNAB. As limitações decorrem de fragilidades estruturais da política, dificuldades nos sistemas de informação, ausência de instrumentos para análise territorial e estratificação de riscos, inconsistências entre bases, baixa capacidade analítica local e inexistência de rotinas estruturadas de revisão.

d) Evidências de controle e supervisão

Auditorias da CGU (Relatório nº 1558750 e Relatório nº 1558139) em programas correlatos à APS reforçam a baixa institucionalização do ciclo avaliativo na SAPS. No Brasil Sorridente, foram identificadas limitações no uso dos dados para planejamento e melhoria da política, ausência de vinculação entre metas, qualidade e financiamento, fragilidades no monitoramento de resultados finalísticos e falhas no canal de feedback entre MS e municípios sobre glosas e correções. No Programa Mais Médicos, a CGU recomendou aprimorar a avaliação de efetividade e registrou a não elaboração do relatório anual de efetividade previsto em lei. Em conjunto, esses achados indicam que o monitoramento existente não tem sido plenamente utilizado para retroalimentar políticas, orientar decisões estratégicas ou cumprir exigências legais de avaliação periódica.

e) Evidências da literatura e empíricas

A OCDE (OCDE, 2021) e a Rede de Pesquisa em APS (VILASBÔAS et al., 2024) apontam insuficiências no uso, integração e análise de dados para subsidiar decisões, bem como baixa institucionalização do monitoramento e da avaliação no SUS.

O Censo Nacional das UBS de 2024 representa avanço na produção de diagnóstico sobre estrutura, processos de trabalho e oferta de serviços da APS, mas não foram identificadas evidências de sua integração a rotinas sistemáticas de revisão de diretrizes, reorientação da execução ou ajuste de prioridades. A análise de 95 RAG e PMS municipais reforça essa lacuna: 96% dos municípios não apresentaram análise de ICSAP, 93% não compararam equipes cadastradas com produção registrada e mais de 70% dos RAG apresentaram desvios de metas sem análise de causas ou medidas corretivas.

A dimensão de economicidade também apresenta fragilidades. O TCU identificou ausência de indicadores de custo-efetividade e limitações na mensuração do impacto sanitário do Programa Mais Médicos, apesar de mais de R$ 20,2 bilhões empenhados entre 2018 e 2024. O Acórdão TCU nº 2776/2019-Plenário já apontava a natureza protocolar da supervisão do MS sobre a PNAB, com baixa demonstração da efetividade das providências adotadas.

f) Influência de fatores externos na capacidade de aprimoramento

A crescente participação de emendas parlamentares no financiamento da APS também dificulta o aprimoramento da PNAB, ao reduzir a previsibilidade do financiamento e fragilizar a vinculação entre planejamento, execução, monitoramento, metas e prioridades técnicas. Relatos dos Cosems indicam baixa articulação entre planejamento, monitoramento e definição de prioridades, especialmente quando o financiamento depende de instrumentos externos à lógica técnica da APS.

A SAPS/MS apresentou iniciativas para fortalecer o monitoramento e a avaliação da APS e reconheceu limitações de capacidade técnica dos entes federativos, qualidade dos registros e mensuração de atributos centrais da APS. Contudo, não demonstrou a existência de modelo estruturado que relacione recursos, produtos, resultados e impactos, nem de mecanismos permanentes de uso dessas informações para retroalimentar a gestão. Ainda reconhece que a capacidade de análise de economicidade ainda depende do ACT com o Ipea, em validação.

A CIABS/CNS corroborou a baixa capacidade de converter monitoramento em decisão, providência e correção de rumos, além de apontar lacuna entre informação, recomendação e decisão. Também afirmou que a extinção do PMAQ deixou vazio na avaliação externa e na escuta sistemática do usuário, sem substituto equivalente, e que o financiamento não deve ser predominantemente político, reforçando a ausência de fundamentação sistemática em custo-efetividade.

O CONASS reconheceu não dispor de elementos concretos para avaliar sistematicamente como recomendações de auditorias e ações de controle são incorporadas pelos estados e convertidas em mudanças na gestão da APS. Embora mencione disseminação às SES por

ofícios, Câmaras Técnicas e Planificação da Atenção à Saúde com ciclo PDSA, ressalta que esses mecanismos não permitem aferir plenamente o grau de implementação.

Em síntese, embora a PNAB disponha de mecanismos de monitoramento e produção de informações, essas evidências são pouco utilizadas para revisar prioridades, avaliar alternativas e aprimorar continuamente a política. As limitações decorrem da ausência de rotinas estruturadas de monitoramento e avaliação integradas ao processo decisório, da inexistência de práticas consolidadas de análise de alternativas, economicidade e custo-efetividade, da fragilidade dos mecanismos de retroalimentação entre informação, avaliação e decisão e da ausência de instrumento substituto ao PMAQ-AB capaz de suprir lacunas de avaliação externa e escuta do usuário. A baixa integração entre monitoramento, decisão e ajuste reduz a capacidade institucional de retroalimentação da APS e limita a incorporação de critérios de eficiência, efetividade e economicidade na condução da política.

6.4. Disseminação das diretrizes com espaço para ampliar o alinhamento entre os níveis de implementação da PNAB

Avaliou-se como diretrizes, prioridades e metas da PNAB são disseminadas entre os níveis de implementação e em que medida os instrumentos existentes favorecem compreensão, internalização e alinhamento operacional nos territórios.

A PNAB possui diretrizes e orientações formalizadas para instruir a atuação dos atores responsáveis pela política. Contudo, foram identificadas limitações na disseminação e compreensão dessas diretrizes, associadas à ausência de cadeia estruturada de comunicação, à predominância de instrumentos normativos e à insuficiência de mecanismos de verificação da internalização das orientações.

A pesquisa com os 17 Cosems estaduais reforça o diagnóstico: 100% avaliaram os normativos da política como parcialmente adequados ou inadequados para orientar a implementação local, enquanto 82% relataram fluxos comunicacionais descendentes, com baixa retroalimentação. O levantamento nas 27 UFs também evidenciou que, em 26 UFs, portarias estruturantes do ciclo PNAB 2023–2024, especialmente as Portarias GM/MS nº 635/2023 e nº 3.493/2024, não foram identificadas como pauta das CIR.

As evidências qualitativas indicam disseminação desigual das diretrizes, especialmente em municípios com baixa conectividade, capacidade técnica reduzida e dificuldades logísticas. A compreensão e operacionalização das normas frequentemente dependem de adaptações locais, apoio informal entre gestores e atuação dos Cosems como instância intermediadora, além de haver relatos de normas publicadas sem orientações operacionais consolidadas e dificuldades de suporte técnico pelos canais federais.

a) Estrutura institucional de disseminação e suas limitações

A SAPS/MS possui competência formal para formular e disseminar diretrizes nacionais da AP, conforme o Decreto nº 11.798/2023. Contudo, o decreto não detalha os instrumentos de disseminação, os canais a serem utilizados nem mecanismos de verificação da internalização das diretrizes, o que pode resultar em variações na implementação e comprometer a coesão da política.

b) Delimitação normativa e lacunas operacionais

A Portaria nº 2.436/2017 prevê que as diretrizes da APS orientem a atuação dos entes federativos e sejam incorporadas aos planos de saúde, orientando a atuação dos serviços em todo o território nacional, como territorialização, coordenação do cuidado e participação social, o que favorece o alinhamento normativo da política. Apesar disso, a portaria não detalha estratégias de disseminação, capacitação ou verificação da internalização dessas diretrizes dos serviços na prática, o que pode resultar em implementação heterogênea.

c) Cadeia de disseminação e limitações na comunicação

Embora existam instrumentos normativos e canais institucionais para disseminação das diretrizes da PNAB, não se observa uma cadeia estruturada e padronizada de comunicação entre os diferentes níveis de implementação, desde o nível federal até as equipes de saúde. A disseminação ocorre de forma heterogênea, com predominância de instrumentos normativos e operacionais, sem mecanismos sistemáticos de verificação da compreensão e internalização das diretrizes, o que resulta em alinhamento predominantemente operacional e limita a coesão e a uniformidade da implementação da política.

d) Evidências institucionais de desarticulação normativa

O Relatório Técnico do CMAP apontou que mudanças recentes em normas operacionais, especialmente sobre financiamento e organização das equipes, não foram acompanhadas de atualização correspondente das diretrizes estruturantes da PNAB. De forma convergente, o Relatório CGU nº 1558725 indicou que a fragmentação normativa e a linguagem pouco clara dificultam a disseminação e compreensão das diretrizes pelos entes subnacionais.

Evidências dos atores institucionais e empíricas

Conasems e Cosems destacam desafios relacionados à qualificação das equipes, compreensão dos princípios da APS, necessidade de educação permanente e apoio institucional para assegurar maior alinhamento entre diretrizes nacionais e implementação local.

Estudo institucional indica elevada capacidade de disseminação de diretrizes no âmbito da APS, com ampla capilaridade e difusão nacional, conforme evidenciado pelo Censo Nacional das UBS (BRASIL, 2025). Contudo, persistem desafios relacionados à equidade, qualidade e integralidade do cuidado, indicando que a implementação das diretrizes ocorre de forma desigual.

A Rede de Pesquisa em APS reforça que a consolidação da política depende de educação permanente, monitoramento e avaliação contínua, evidenciando dificuldades na incorporação substantiva das diretrizes no cotidiano dos serviços (VILASBÔAS et al., 2024).

e) Evidências da literatura e impacto na implementação

Estudos apontam dissociação entre diretrizes nacionais e práticas locais, com predomínio de uma lógica gerencial orientada a metas, limitações na educação permanente e dificuldades na tradução das diretrizes em práticas assistenciais integradas, afetando a coesão e a efetividade da política (GIOVANELLA et al., 2020; CONASS, 2023; FIOCRUZ, 2025; SOUZA et al., 2025).

Essas limitações na disseminação e na compreensão das diretrizes resultam em interpretações heterogêneas entre os diferentes níveis de gestão, com impactos diretos na execução da política. Observa-se, nesse contexto, implementação desigual das diretrizes nos territórios, desalinhamento entre os atores envolvidos e perda de coerência na condução da política, evidenciando que a comunicação existente não é suficiente para assegurar coesão e alinhamento na implementação da PNAB.

A SAPS/MS reconheceu a multiplicidade normativa, a sobreposição de dispositivos e o aumento da complexidade operacional, informando que o Comitê de Atualização e Consolidação Normativa ainda está “em discussão”. Os instrumentos de apoio citados, como notas técnicas, guias, FAQ e nota técnica conjunta tripartite sobre a Portaria nº 3.493/2024, não configuram cadeia estruturada e padronizada de disseminação com verificação da internalização das diretrizes.

A CIABS/CNS corroborou a falha de disseminação ao apontar linguagem excessivamente técnica, fragmentação normativa, baixa tradução operacional e sobrecarga informacional decorrente da multiplicidade de programas, indicadores e sistemas. O Conselho propôs estratégia nacional de disseminação de diretrizes.

O CONASS também reconheceu que a complexidade e multiplicidade dos normativos são desafio real, especialmente quando a publicação não é acompanhada de guias orientadores, definição clara de responsabilidades e períodos adequados de adaptação. Indicou como formatos mais efetivos notas técnicas interpretativas, guias operacionais, matrizes de responsabilidades, webconferências e oficinas regionais.

Em síntese, embora a PNAB disponha de diretrizes formalmente estruturadas e instrumentos institucionais para sua disseminação, persistem limitações decorrentes da

ausência de cadeia estruturada e padronizada de comunicação, da predominância de instrumentos normativos e fluxos descendentes, da limitada participação das instâncias regionais, da fragmentação e instabilidade normativa, da linguagem excessivamente técnica e da insuficiência de mecanismos de capacitação e verificação da internalização das diretrizes. Como consequência, a disseminação ocorre de forma heterogênea, com interpretações distintas entre níveis de gestão, implementação desigual nos territórios, desalinhamento entre atores e perda de coesão na condução da PNAB.

6.5. Prestação de contas da PNAB com desafios relacionados à qualidade, tempestividade e utilização das informações

Avaliou-se como ocorre a prestação de contas da PNAB e em que medida os instrumentos de planejamento, gestão e transparência permitem acompanhar a execução, subsidiar o controle social e retroalimentar a gestão da política.

A prestação de contas da PNAB ocorre por instrumentos formais do SUS, especialmente Relatórios Quadrimestrais de Prestação de Contas, RAG, Conselhos de Saúde, Portal da Transparência, Transferegov, FNS e painéis públicos como SISAB e InvestSUS. O RAG é o principal instrumento de prestação de contas da gestão do SUS e deve demonstrar o cumprimento das metas, a execução física e financeira das ações e os resultados alcançados, subsidiando gestores, Conselhos de Saúde e órgãos de controle.

Apesar da ampla utilização dos instrumentos formais de prestação de contas no SUS, foram identificadas limitações relevantes relacionadas à tempestividade, qualidade, integração, inteligibilidade e utilização das informações produzidas, reduzindo a efetividade dos mecanismos de accountability, transparência e retroalimentação da gestão da PNAB.

O informe sobre a situação de entrega dos Relatórios de Gestão de 2018 a 2024, apresentado na 2ª Reunião Ordinária da CIT de 26.02.2026, indica ampla utilização do RAG, mas com pendências relevantes. No ciclo de 2024, sete relatórios estaduais permaneciam em análise pelos Conselhos de Saúde e três não haviam sido encaminhados; no âmbito municipal, de 5.568 municípios, 663 relatórios estavam em análise e 304 ainda não haviam sido enviados, comprometendo a tempestividade da prestação de contas e do controle social.

O TCU também registrou estimativa elaborada pela AudTCE, com base em informações do MS, segundo a qual omissões de prestação de contas e ausência de análise dos RAG pelos Conselhos de Saúde poderiam representar impacto potencial superior a R$ 32 bilhões em recursos transferidos no exercício de 2020 (Acórdão TCU nº 2077/2023-Plenário, §§ 62–65).

a) Fragilidades estruturais dos mecanismos de prestação de contas e *accountability*

O Acórdão TCU nº 2077/2023-Plenário evidenciou fragilidades estruturais na prestação de contas das transferências do SUS, incluindo baixa análise efetiva das prestações de contas,

ausência de informações sistematizadas sobre aplicação dos recursos, baixa recuperação administrativa e ausência de instauração tempestiva de tomadas de contas especiais.

O mesmo acórdão apontou limitações de tempestividade, rastreabilidade e utilização das informações do RAG, além da inexistência de mecanismos adequados para extração automatizada e individualizada de informações, identificação tempestiva de entes omissos e mapeamento de transferências com irregularidades. De forma complementar, o Acórdão TCU nº 1207/2026-Plenário qualificou a inexistência de monitoramento estruturado dos gastos municipais e estaduais com APS como afronta à Lei Complementar nº 141/2012 e à Lei nº 8.080/1990.

b) Evidências empíricas da utilização predominantemente formal dos instrumentos de gestão

A análise de 95 RAG e PMS evidenciou utilização predominantemente formal dos instrumentos de gestão: 96% dos RAG apresentavam preenchimento protocolar, 53% possuíam irregularidades temporais nas prestações de contas e mais de 70% continham desvios de metas sem análise de causas ou medidas corretivas, além de inconsistências entre informações financeiras, metas e registros de execução.

Também foram identificadas divergências entre informações sobre emendas parlamentares nos RAG e dados federais de repasse. Em 48 dos 95 municípios, havia emendas com execução declarada de 0% no RAG apesar de desembolsos já realizados pelo FNS, envolvendo cerca de R$ 245,9 milhões informados na seção 9.5 dos instrumentos analisados. Os Cosems reforçam o achado: 76% relataram elaboração dos RAG predominantemente voltada ao cumprimento formal ou com utilidade gerencial variável, enquanto apenas 24% os avaliaram como instrumentos efetivos para gestão.

Relatórios da CGU (“Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental 854/DF – Dez municípios mais beneficiados por emendas parlamentares, considerando critério populacional (2020–2023)” e “Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental 854/DF – Municípios mais beneficiados por emendas parlamentares, considerando critério populacional (2020–2023)”) sobre municípios beneficiados por emendas parlamentares identificaram ausência de menção ou detalhamento desses recursos em PMS, PAS ou RAG submetidos aos Conselhos Municipais de Saúde, comprometendo o controle social. A literatura (FUGINAMI, 2019; NEVES et al., 2025) também aponta uso predominantemente formal dos instrumentos de gestão do SUS, baixa integração entre Plano de Saúde, PAS e RAG e falhas de completude, consistência e fidedignidade das informações.

c) Limitações operacionais na utilização das informações e no controle social

A pesquisa com os 17 Cosems evidencia limitações no uso das informações para gestão e controle social: 71% avaliaram que os dados apresentam inconsistências e uso gerencial apenas parcial; 88% relataram que os resultados do monitoramento são discutidos apenas

ocasionalmente; e apenas 12% indicaram utilização sistemática para retroalimentação da gestão. Quanto ao controle social, apenas 24% consideraram os dados da APS suficientemente compreensíveis, enquanto 41% os avaliaram como excessivamente técnicos ou de difícil interpretação.

Relatos qualitativos indicam que fragmentação das bases, baixa integração entre plataformas, inconsistências cadastrais e necessidade de interpretação técnica especializada dificultam a utilização dos dados por Conselhos de Saúde e demais instâncias de controle.

Estudo sobre os instrumentos de gestão e o controle social indica baixa aprovação desses documentos pelos Conselhos de Saúde e participação limitada na análise das informações produzidas, além de restrições na transparência e na disponibilização de dados em portais institucionais. Essas limitações comprometem a efetividade do controle social e enfraquecem o papel da prestação de contas como instrumento de responsabilização e apoio à tomada de decisão (SILVA et al., 2025).

Acórdãos do TCU documentam fragilidades no ciclo administrativo de tratamento de irregularidades das transferências federais ao SUS. O Acórdão TCU nº 2077/2023-Plenário identificou que o FNS havia instaurado apenas 35 processos de Tomada de Contas Especial (TCE) por omissão, dos quais 28 referentes a convênios e nenhum relacionado à omissão de RAG no fluxo Fundo a Fundo Automático, modalidade que concentra mais de 80% das transferências do MS a estados e municípios. O Tribunal também registrou estoque aproximado de 7.000 processos pendentes de devolução na SAPS, dos quais cerca de 2.000 possuíam TCE instaurada, além de risco de prescrição após a Resolução TCU nº 344, de 11.10.2022. Adicionalmente, o Acórdão TCU nº 744-Plenário, de 02.04.2025, registrou que o MS respondeu a questionamento com aproximadamente 40 dias de atraso e sem apresentar as informações solicitadas, caracterizando fragilidades na prestação de informações ao controle externo. Esses elementos indicam que as limitações na prestação de contas da PNAB não decorrem apenas de fragilidades dos instrumentos municipais, mas também de descontinuidades no tratamento administrativo das irregularidades pelo próprio MS.

d) Evidências institucionais e acadêmicas convergentes

OCDE, Rede de Pesquisa em APS e evidências qualitativas dos Cosems convergem ao apontar que os instrumentos de gestão da APS ainda são utilizados de forma predominantemente formal, com baixa capacidade de orientar decisões, melhorar desempenho, institucionalizar monitoramento e retroalimentar a gestão (OCDE, 2021; VILASBÔAS et al., 2024).

A SAPS/MS reconheceu limitações na integração entre planejamento, execução e resultados, dificuldades de séries comparáveis e desafios para transformar os instrumentos formais em insumos gerenciais consistentes. Os dados de evolução de equipes cofinanciadas (50.804 em 2023 para 54.725 em 2025) e de repasses (de R$ 11,86 bilhões para R$ 15,5 bilhões) apresentados pelo Ministério referem-se a insumos e produtos, e não a resultados, ilustrando precisamente a deficiência apontada, a baixa vinculação entre recursos e resultados efetivos.

A CIABS/CNS corroborou a baixa inteligibilidade das informações e a insuficiência de transparência para controle social efetivo. O CONASS reconheceu limitações para avaliar sistematicamente a qualidade da prestação de contas da APS nos estados e municípios, reforçando a necessidade de maior integração entre sistemas, análise regionalizada e uso gerencial das informações.

Em síntese, embora a PNAB disponha de instrumentos formais de prestação de contas, como RAG, relatórios quadrimestrais e mecanismos de transparência ativa, persistem limitações de tempestividade, qualidade, integração, rastreabilidade, inteligibilidade e uso das informações. Essas limitações decorrem da utilização predominantemente formal dos instrumentos de gestão, da baixa integração entre planejamento, execução e resultados, da limitada capacidade analítica dos Conselhos de Saúde, da influência de emendas parlamentares desvinculadas do planejamento ascendente e da insuficiente transparência sobre recursos extraordinários. Como consequência, a prestação de contas tem baixa capacidade de subsidiar decisões, controle social, avaliação de resultados e retroalimentação da gestão.

6.6. Participação social com espaço para maior incorporação da experiência dos usuários na gestão da PNAB

Avaliaram-se os canais de participação social e escuta dos usuários relacionados à PNAB, com foco na capacidade desses mecanismos de influenciar decisões, qualificar o controle social e retroalimentar a gestão da APS.

A PNAB prevê mecanismos institucionais de participação social e manifestação dos usuários, em consonância com o modelo de governança do SUS. Contudo, a efetividade desses canais depende da capacidade de mobilização, representatividade, sistematização das contribuições e incorporação das demandas aos processos decisórios.

A pesquisa com os 17 Cosems estaduais aponta fragilidades relevantes: 94% relataram Conselhos Locais de Saúde ausentes ou presentes apenas em poucas UBS; 88% avaliaram que Conselhos Municipais de Saúde têm atuação predominantemente formal, limitada ou pouco relevante; e 94% indicaram canais de participação dos usuários ausentes, pouco estruturados, pouco utilizados ou sem integração à gestão.

A análise de 95 RAG e PMS e as evidências qualitativas reforçam o diagnóstico de participação predominantemente formal, com limitações na mobilização dos usuários, na utilização das informações da APS, na devolutiva às contribuições recebidas e na incorporação dessas manifestações às decisões de gestão.

a) Conselhos e Conferências da Saúde

Estudos acadêmicos indicam que a efetividade dos Conselhos e Conferências de Saúde é limitada por fragilidades de representatividade, mobilização social, capacitação dos conselheiros, autonomia institucional e incorporação das demandas da população. A literatura aponta distanciamento entre representantes e representados, baixa prestação de contas, reduzido interesse comunitário, fragilização de entidades representativas, influência político-institucional, desconhecimento das funções pelos conselheiros e predominância do agente público nos processos decisórios, fatores que reduzem o protagonismo social e a capacidade de influência desses canais sobre a política (BARROS et al., 2024; BARROS et al., 2025; SOUZA, 2025; RODRIGUES et al., 2025).

O Relatório CGU nº 1558750, sobre o Programa Brasil Sorridente, reforça a baixa efetividade deliberativa dos Conselhos de Saúde em temas substantivos da APS. Embora os Conselhos estejam formalmente constituídos na maioria dos municípios fiscalizados, a análise das atas dos 60 municípios indicou que apenas 4,91% das reuniões registraram pauta específica relacionada à política analisada, e somente 9,83% dos conselheiros entrevistados perceberam estímulo institucional efetivo à participação nas instâncias deliberativas.

O Censo Nacional das UBS de 2024 também evidencia fragilidade do controle social local: apenas 36,3% das unidades possuem Conselho Local de Saúde ativo, o que significa que 63,7% não contam com esse mecanismo. Apesar de o controle social ser pilar histórico do SUS, os dados indicam baixa institucionalização da participação social no território, inclusive no contexto da Estratégia Saúde da Família.

A pesquisa com os 17 Cosems estaduais reforça esse diagnóstico: 94% relataram que os Conselhos Locais de Saúde estão ausentes ou presentes apenas em poucas UBS, enquanto 88% avaliaram que os Conselhos Municipais de Saúde possuem atuação predominantemente formal, limitada ou pouco relevante para a gestão da APS.

Quanto à realização de Conferência Municipal de Saúde no período 2022–2025, apenas 27 municípios (28%) registraram sua ocorrência, enquanto 28 (29%) informaram sua não realização e 40 RAG não trataram do tema. Essas evidências indicam efetividade limitada dos mecanismos de participação social previstos na Lei nº 8.142/1990, especialmente quanto à mobilização periódica das instâncias deliberativas do SUS.

O Acórdão TCU nº 2077/2023-Plenário apontou fragilidades no papel dos Conselhos de Saúde na análise das prestações de contas do SUS, registrando que a inexistência de prazo legal para emissão de parecer conclusivo sobre os RAG contribuía para o acúmulo de prestações pendentes, com cerca de 26% dos RAG estaduais e 10% dos municipais aguardando apreciação pelos Conselhos. Além disso, acórdãos do TCU registram limitações na influência de atores formalmente legitimados sobre decisões estruturantes da PNAB, como no caso da revisão da PNAB de 2017, em que recomendação do CNS para adiar a deliberação não foi acolhida.

b) Ouvidoria-Geral do Sistema Único de Saúde (OuvSUS)

A Ouvidoria-Geral do Sistema Único de Saúde (OuvSUS) constitui canal institucional de participação social entre usuários e gestão do SUS, com fundamento na Lei nº 13.460/2017, na Lei nº 12.527/2011 e no Decreto nº 9.492/2018. Por meio da Central OuvSUS 136, Fala.BR, atendimento presencial e demais canais articulados à rede de ouvidorias estaduais e municipais, recebe manifestações como reclamações, solicitações, denúncias, sugestões e elogios.

O Relatório Anual de Gestão da OuvSUS de 2024 registrou 618.727 manifestações no Sistema Nacional de Ouvidorias do SUS, considerando as três esferas de gestão, além de mais de 4,29 milhões de manifestações entre 2015 e 2023. Os registros concentram-se em canais telefônicos (30%) e presenciais (cerca de 20%), incluindo telefones de ouvidorias estaduais e municipais, Central OuvSUS 136 e atendimento presencial.

Embora o relatório da OuvSUS indique iniciativas para aprimorar bases analíticas, infraestrutura tecnológica e ferramentas de análise, também reconhece desafios de integração e consolidação das bases das diferentes ouvidorias, padronização dos registros, qualificação das informações e ampliação do uso estratégico das manifestações como insumo para gestão e decisão.

O Acórdão TCU nº 744/2025-Plenário reforça limitações na efetividade dos canais de escuta do usuário. A auditoria identificou que 56% dos usuários estavam insatisfeitos com os serviços prestados pelas ouvidorias federais, 59% das manifestações não eram resolvidas e apenas 27% eram efetivamente solucionadas. Além disso, apenas 1,8% das manifestações registradas no Fala.BR estavam associadas a serviços públicos específicos, dificultando seu uso para gestão e melhoria dos serviços.

A pesquisa com os 17 Cosems estaduais reforça o diagnóstico: 94% relataram canais de participação dos usuários pouco estruturados, pouco utilizados, sem integração à gestão ou ausentes na maioria dos municípios, enquanto apenas 6% indicaram canais estruturados com uso efetivo para retroalimentação. Além disso, 88% avaliaram que manifestações de usuários — incluindo Ouvidoria, Conselhos Locais e audiências públicas — têm influência parcial, limitada ou inexistente sobre as decisões da APS, e apenas 12% apontaram influência relevante e documentada.

c) Avaliação da experiência do usuário na APS

No âmbito da APS, o PMAQ-AB, instituído pela Portaria nº 1.654/2011, estruturou entre 2011 e 2019 um modelo nacional de avaliação externa com instrumentos padronizados de coleta da percepção dos usuários, permitindo mensurar a experiência do usuário e vinculá-la ao desempenho das equipes e a incentivos financeiros.

Com sua descontinuidade a partir de 2019, no contexto do Programa Previne Brasil, deixou de existir instrumento nacional estruturado capaz de assegurar coleta contínua, padronizada e integrada de informações sobre a experiência do usuário na APS. O Acórdão TCU nº 744/2025-Plenário reforça essa lacuna ao apontar que avaliações de satisfação dos usuários,

quando existentes, não são utilizadas de forma sistemática como insumo para melhoria dos serviços.

Dados do Censo Nacional das UBS de 2024 indicam que apenas 36,5% das unidades realizam pesquisas de satisfação dos usuários, evidenciando limitação da própria coleta de informações no nível operacional. Além disso, 82% dos Cosems avaliaram que as manifestações dos usuários influenciam apenas parcialmente ou pouco as decisões de gestão da APS, enquanto somente 12% indicaram influência relevante e documentada.

d) Canais digitais e a estratégia de transformação do SUS

No contexto da transformação digital do SUS, plataformas como o Meu SUS Digital, integrado à RNDS, ampliam o acesso à informação e a interação com o usuário ao longo da jornada assistencial. Contudo, essas iniciativas ainda não configuram sistema nacional estruturado e contínuo de avaliação da experiência do usuário, nem há evidências de uso sistemático dos dados gerados para subsidiar a gestão.

O Acórdão TCU nº 744/2025-Plenário reforça esse diagnóstico ao identificar limitações na integração entre sistemas digitais de avaliação e ouvidoria, ausência de organização estruturada das informações geradas e baixa utilização das avaliações de satisfação para melhoria dos serviços. O Tribunal também constatou que apenas 4% dos serviços públicos digitais preencheram o autodiagnóstico previsto para avaliação de qualidade, evidenciando baixa institucionalização de mecanismos de avaliação e gestão da qualidade nos canais digitais.

Dados do Censo Nacional das UBS de 2024 indicam que a comunicação com usuários já se encontra amplamente difundida no nível operacional, com uso de WhatsApp (78,5%), ligações telefônicas (73,6%), sites institucionais (48,2%) e comunicação impressa (44,2%). Contudo, esses canais permanecem predominantemente operacionais e informais, sem estruturação como mecanismos de escuta qualificada integrados aos sistemas institucionais de gestão e aprimoramento da política.

Em conjunto, as evidências indicam que a PNAB dispõe de instâncias formais de participação, canais de manifestação, instrumentos digitais e meios operacionais de comunicação com usuários. Contudo, esses mecanismos ainda apresentam baixa integração à gestão, limitada sistematização das contribuições e insuficiente capacidade de transformar manifestações, avaliações de satisfação e interações digitais em decisões, devolutivas e aprimoramentos da política.

A SAPS/MS reconheceu a institucionalização heterogênea dos espaços participativos e a persistência de lacuna na escuta sistematizada dos usuários desde o encerramento do PMAQ-AB. Quanto às 618.727 manifestações da Ouvidoria do SUS em 2024, a Secretaria descreveu respostas individuais aos cidadãos e afirmou que a análise das demandas “pode subsidiar” o monitoramento, formulação que não demonstra uso sistemático das manifestações para gestão e aprimoramento da APS. O mecanismo de satisfação vinculado à

Portaria GM/MS nº 3.493/2024 e ao Meu SUS Digital configura bonificação para indução de participação, e não instrumento estruturado de avaliação da experiência do usuário, além de estar sujeito a barreiras de acesso digital reconhecidas pela própria SAPS/MS. Embora haja exemplos de uso de dados em produtos específicos, não foram apresentadas evidências de incorporação sistemática das manifestações no ciclo decisório regular da PNAB.

A CIABS/CNS afirmou que o problema central não é apenas a existência de canais de escuta, mas a ausência de sistematização, resposta pública e incorporação das contribuições, inclusive do próprio controle social. Segundo o Conselho, conferências, ouvidorias, consultas, conselhos locais e conselhos municipais não geram matriz pública de contribuições acolhidas, parcialmente acolhidas ou recusadas, caracterizando falha de *accountability* participativa. Como encaminhamento, propõe matriz pública de acompanhamento das contribuições.

O CONASS declarou não dispor de informações sistematizadas sobre experiências estaduais em que contribuições de Conselhos de Saúde ou Ouvidorias tenham sido formalmente incorporadas à coordenação estadual da PNAB, nem de avaliações sobre os efeitos da descontinuidade de instrumentos de escuta do usuário ou de iniciativas digitais no planejamento estadual da APS. Embora mencione experiências pontuais, como ouvidorias estaduais, pesquisas de satisfação, conselhos e conferências, reconhece que são heterogêneas e não configuram modelo nacional articulado.

Em síntese, embora a PNAB disponha de canais formais de participação social, como Conselhos de Saúde, Conferências, Ouvidoria e instrumentos digitais de interação com usuários, persistem limitações na efetividade desses mecanismos como instrumentos de controle social, escuta qualificada e retroalimentação da gestão. As fragilidades decorrem da ausência de avaliação nacional contínua da experiência do usuário desde o PMAQ-AB, da baixa mobilização social, das limitações de representatividade e capacitação dos Conselhos, da assimetria de informações frente aos gestores, da burocratização dos processos participativos, do uso pouco sistematizado das manifestações de usuários e da insuficiência de mecanismos de incorporação e devolutiva das contribuições. Como consequência, usuários e instâncias de controle social têm baixa influência sobre os processos decisórios da APS, reduzindo a transparência, a *accountability* participativa e a capacidade de aprimoramento contínuo da PNAB.

6.7. Gestão de riscos em desenvolvimento na governança da PNAB

Avaliou-se como está organizada a gestão de riscos na condução da PNAB, considerando a existência de processo formal de identificação, avaliação, tratamento, monitoramento e definição de responsáveis, nos termos do art. 17 do Decreto nº 9.203/2017, da Instrução Normativa Conjunta MP/CGU nº 1/2016 e das diretrizes institucionais de gestão de riscos do Ministério da Saúde, incluindo a Portaria GM/MS nº 1.185/2021 e, quando cabível, a Portaria GM/MS nº 10.220/2026.

Embora existam mecanismos institucionais de planejamento e acompanhamento capazes de identificar desafios da PNAB, não foi evidenciado processo formal e estruturado de gestão de riscos específico da política. A SAPS/MS reconheceu que a política institucional de gestão de riscos do MS não possui desdobramento específico para a PNAB, prevalecendo abordagem predominantemente reativa, sem identificação, avaliação, tratamento, monitoramento e definição de responsáveis de forma sistemática.

Evidências institucionais indicam riscos relevantes não tratados de forma estruturada na PNAB. O Conasems apontou subfinanciamento histórico da APS, instabilidade do modelo de financiamento federal e crescente pressão sobre os orçamentos municipais; o CNS alertou para o aumento da participação de emendas parlamentares e seus efeitos sobre a previsibilidade e estabilidade do financiamento.

Esses elementos convergem com achados do TCU sobre fragilidades institucionais do MS. Os Acórdãos TCU nº 2.463/2022 e nº 1207/2026 apontaram ausência de planejamento estratégico, fragilidades de governança, monitoramento e avaliação da APS. O Acórdão TCU nº 1764/2025 identificou que o Programa Mais Médicos não foi incluído no Plano de Gestão de Riscos do MS para o ciclo 2022–2024, enquanto os Acórdãos TCU nº 2776/2019 e nº 2077/2023 registraram riscos programáticos, financeiros e estratégicos, como descumprimento de metas do PPA relacionadas à APS e risco de prescrição em tomada de contas especial.

A pesquisa com os 17 Cosems estaduais reforça a ausência de gestão estruturada de riscos: 94% relataram identificação parcial, informal ou inexistente dos riscos da PNAB, sem mecanismos estruturados de acompanhamento, e 94% indicaram ações de mitigação parciais, pontuais ou inexistentes; apenas 6% apontaram processos sistemáticos ou ações estruturadas e documentadas. Quanto aos principais riscos para a sustentabilidade da política, 53% indicaram instabilidade ou insuficiência do financiamento federal, 29% apontaram déficit e rotatividade de profissionais e 18% destacaram insuficiência da capacidade técnica e administrativa municipal.

As emendas parlamentares aparecem como risco relevante à condução da PNAB: 65% dos Cosems avaliaram que sua crescente participação compromete o planejamento da política. Relatos qualitativos indicam que recursos extraordinários e discricionários reduzem a previsibilidade do financiamento, dificultam o planejamento de médio prazo e ampliam a dependência de fluxos não estruturais. Também foram identificados riscos operacionais recorrentes, como conectividade limitada, fragmentação dos sistemas de informação, rotatividade profissional, sobrecarga das equipes, instabilidade normativa e dificuldades de operacionalização das diretrizes federais em contextos heterogêneos.

A ausência de gestão estruturada de riscos também foi observada nas instâncias interfederativas e locais. Nas 27 CIB, inexistem, na maior parte das UFs, instrumentos formalizados de identificação, avaliação e tratamento de riscos da PNAB, sendo a Resolução CIB/RS nº 200/2022 a única iniciativa formal identificada. Nas CIR, não foi localizada, em nenhuma das 27 UFs, inclusão da gestão de riscos da PNAB nas pautas deliberativas.

No âmbito municipal, a análise de 95 RAG e PMS identificou risco fiscal relacionado à execução de emendas parlamentares sem tratamento formal: em 48 municípios, havia emendas com execução declarada de 0% no RAG apesar de valores já desembolsados pelo FNS, envolvendo cerca de R$ 245,9 milhões. Também não foi identificada, em nenhum dos 95 PMS, previsão de mecanismos estruturados para identificação, monitoramento ou tratamento desse risco financeiro.

A SAPS/MS informou que o Plano de Gestão de Riscos do Ministério, previsto na Portaria GM/MS nº 10.220/2026, prioriza objetos por criticidade, materialidade e relevância e que, no âmbito da Secretaria, o objeto priorizado é o Programa de Financiamento da APS. Contudo, declarou que a incorporação da gestão de riscos à condução da PNAB está "em processo de fortalecimento institucional", sem desdobramento estruturado e específico para a política. Embora reconheça riscos críticos — como heterogeneidade da capacidade instalada, rotatividade, qualidade dos registros, sustentabilidade do financiamento, integração em rede e implementação local —, esse rol não equivale a processo formal de identificação, avaliação, tratamento e monitoramento com responsáveis definidos.

A CIABS/CNS confirmou a ausência de matriz permanente de riscos da PNAB, com classificação de gravidade, responsáveis, prazos, medidas de mitigação, alertas e devolutivas. Segundo o Conselho, os riscos são identificados politicamente, mas não traduzidos em instrumento formal, mantendo a gestão em lógica reativa. Como solução, propõe matriz nacional de riscos articulada à APS-vigilância e a riscos climáticos.

O CONASS declarou não dispor de informações, levantamentos ou bases que permitam identificar sistematicamente políticas formais de gestão de riscos da PNAB nas Secretarias Estaduais de Saúde, nem mapear processos estaduais de identificação, monitoramento e mitigação. Também identificou riscos estruturais, como fragmentação da rede, baixa integração entre APS e atenção especializada, fragilidades dos sistemas de informação, desigualdades territoriais e financiamento inadequado, recomendando matrizes estaduais e regionais de riscos, indicadores de alerta precoce e painéis de vulnerabilidade.

Em síntese, os riscos relacionados à PNAB são reconhecidos em diagnósticos institucionais, manifestações dos implementadores e instrumentos de acompanhamento, mas permanecem identificados de forma fragmentada, sem mecanismos sistemáticos de avaliação, priorização, tratamento, monitoramento e definição de responsáveis. As limitações decorrem da ausência de priorização específica da PNAB na gestão de riscos, da fragmentação das informações, da limitada capacidade institucional para análise e mitigação e da baixa efetividade das instâncias de governança. Como consequência, riscos financeiros, programáticos, operacionais e estratégicos permanecem sem tratamento sistemático, reduzindo a capacidade de antecipação de problemas e comprometendo a sustentabilidade, a continuidade e os resultados da política.

7. Resultados

Esta seção busca avaliar os resultados da PNAB, com foco na evolução recente dos indicadores associados à sua implementação e nos desfechos observados em saúde. A análise toma como referência a dinâmica da cobertura da atenção primária, a ampliação da capacidade instalada e, sobretudo, a evolução da ICSAP, utilizadas como proxy relevante da efetividade da política.

7.1. Base de Dados

Os dados utilizados neste estudo são provenientes do DATASUS, sistema de informação do Ministério da Saúde responsável pela coleta, processamento e disponibilização de dados do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil.

Os dados são organizados em diferentes sistemas de informação, como o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) e o Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), cada um com unidade de análise e finalidade específica. Em geral, cada registro representa um evento de saúde (óbito, nascimento ou internação), contendo variáveis demográficas, clínicas e geográficas.

O Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) reúne dados sobre a produção de serviços ambulatoriais realizados, inclui registros de procedimentos como consultas médicas, exames, terapias e procedimentos de alta complexidade, sendo amplamente utilizada para fins administrativos, especialmente no processamento e pagamento dos serviços prestados.

Dentro do DATASUS, os dados do SIA são organizados em diferentes subsistemas, destacando-se o Boletim de Produção Ambulatorial (BPA), que registra procedimentos de menor complexidade, e a Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade (APAC), que contempla procedimentos especializados e de maior custo. A unidade de análise corresponde ao procedimento realizado, e não ao indivíduo, o que implica que um mesmo paciente pode estar associado a múltiplos registros ao longo do tempo.

As bases incluem informações demográficas, clínicas e financeiras, permitindo análises sobre a utilização dos serviços de saúde, perfil dos atendimentos e distribuição da oferta assistencial.

Considerando os objetivos do estudo, optou-se por restringir a análise aos dados do BPA, no âmbito do SIA/SUS. Tal escolha se justifica pelo fato de o BPA concentrar os registros de procedimentos ambulatoriais de baixa e média complexidade, que caracterizam a maior parte das ações desenvolvidas na Atenção Primária à Saúde, conforme definida pela PNAB.

Como estratégia de avaliação de resultados, foram utilizados indicadores de ICSAP, os quais representam hospitalizações potencialmente evitáveis mediante uma Atenção Primária à Saúde efetiva.

Para a construção dos indicadores de ICSAP, foi utilizada uma base composta por 39.004.099 registros de internações extraídos do SIH/SUS, em que cada registro corresponde a uma Autorização de Internação Hospitalar (AIH) no período de 2008 a 2025. Todos os anos apresentaram informações para os 12 meses, exceto 2025, que não continha registros referentes ao mês de dezembro.

As variáveis monetárias foram deflacionadas para valores de 2025 utilizando o Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), obtido no repositório IPEAdata, com base nos índices referentes ao mês de dezembro de cada ano. A população utilizada nos cálculos das taxas foi extraída do mesmo repositório, com base em dados do IBGE.

Após o processamento, a base de ICSAP continha 22 variáveis, com ausência relevante de registros apenas na variável CID_MORTE. Essa variável apresentou 16.102.733 (41,28%) valores ausentes (NA), os quais não decorrem de falhas de preenchimento, mas correspondem, em grande medida, a internações que não evoluíram para óbito.

Observou-se, entretanto, alteração no padrão de preenchimento dessa variável ao longo da série histórica. Entre 2008 e 2014, os casos que não evoluíram para óbito apresentavam valor ausente (NA), enquanto os episódios de óbito continham código CID válido. A partir de 2015, todos os registros passaram a apresentar o código “0000 (ignorado)” na variável CID_MORTE, independentemente da ocorrência de óbito. Em razão dessa mudança, a variável não permite a identificação das causas de morte a partir de 2015, motivo pelo qual as análises relacionadas a esse tema foram restritas ao período de 2008 a 2014.

A variável RACA_COR não apresentou valores ausentes, porém inclui a categoria “ignorado/não informado”, o que pode introduzir vieses nas análises sob a ótica racial.

Ao considerar os dados do Boletim de Produção Ambulatorial (BPA), referente aos atendimentos de atenção primária, apresenta-se abaixo uma tabela construída apontando o nível de preenchimento de campos cruciais para este estudo, baseando-se em uma amostra de tamanho significativo (1,5 bilhão de observações).

Tabela 12 - *Porcentagem de Preenchimento dos Campos (%)*

Ano	nsexo	nraca	ncid	nval
2008	0.03	0.02	0.01	2.37
2009	0.04	0.02	0.02	1.61
2010	0.10	0.05	0.05	0.00
2011	0.15	0.07	0.05	0.00
2012	0.25	0.17	0.09	0.00
2013	0.84	0.63	0.27	0.00
2014	3.44	2.57	0.79	0.00
2015	4.22	3.01	1.09	0.00
2016	10.08	9.11	0.89	0.00
2017	32.58	31.26	1.69	0.00
2018	29.15	27.15	1.91	0.00
2019	24.65	22.00	1.79	0.00
2020	39.45	35.24	3.08	0.00
2021	57.91	51.98	4.73	0.01
2022	64.84	59.24	5.85	0.03
2023	70.60	70.10	6.32	0.02
2024	74.21	74.21	7.39	0.01
2025	77.86	77.86	8.75	0.00
Total	29.79	28.58	2.80	0.18

Fonte: dados do DATASUS. Elaboração própria autores.

Como um primeiro apontamento, observa-se uma grande heterogeneidade na quantidade de informações disponíveis entre os campos analisados ao longo dos anos.

No entanto, quando se analisam as variáveis específicas — como sexo (nsexo), raça/cor (nraca), diagnóstico (ncid) e valor do atendimento (nval) — verifica-se que a proporção de preenchimento é significativamente inferior ao total de observações, sobretudo nos anos iniciais da série histórica. Em 2008, somente cerca de 0,03% dos registros contêm informação de sexo, e 0,02% possuem informação de raça/cor.

Ao longo do tempo, observa-se uma melhora progressiva na completude das variáveis, especialmente a partir de 2013–2014, com crescimento mais acentuado entre 2016 e 2025.

Em relação ao campo de diagnóstico (ncid), embora também haja crescimento ao longo do tempo, sua cobertura permanece relativamente menor quando comparada às variáveis demográficas, atingindo cerca de 9% de preenchimento em 2025.

O campo de valor do atendimento (nval) apresenta ausência de informação até 2016 e baixa cobertura mesmo nos anos mais recentes. Isso sugere limitações importantes no uso dessa variável para análises financeiras ao longo de toda a série histórica.

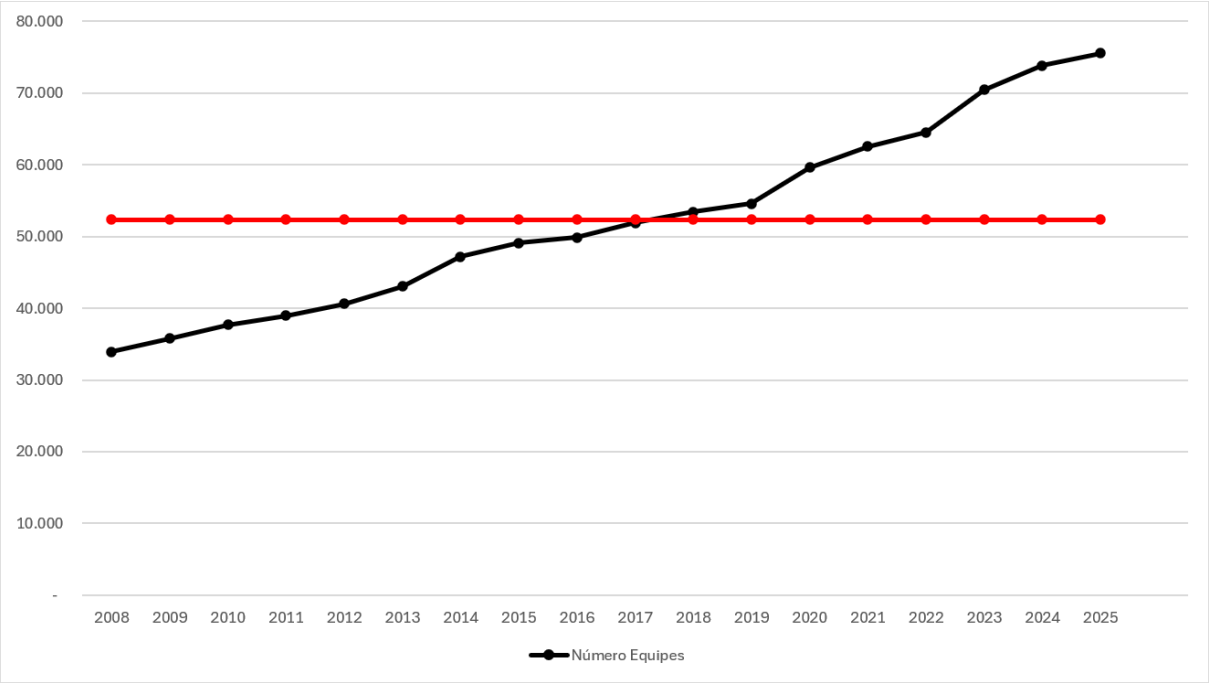
De forma geral, os dados evidenciam que a completude das variáveis do SIA/SUS evolui significativamente ao longo do tempo, mas de maneira desigual entre os campos. Esse aspecto é fundamental para a interpretação dos resultados, pois indica que análises que utilizam variáveis como sexo, raça ou diagnóstico devem considerar possíveis vieses decorrentes da baixa qualidade dos registros nos anos iniciais.

7.2. Equipes de saúde e indicadores relacionados às condições sensíveis à Atenção Primária

O número de equipes de saúde da Atenção Primária foi considerado uma proxy da capacidade instalada da APS, já que estas estruturas operacionais definem e organizam o funcionamento do primeiro nível de atenção à saúde. O quantitativo de equipes se correlaciona ao número de UBS, ao número de profissionais (médicos, enfermeiros, ACS, nutricionistas, fisioterapeutas e outros, inclusive fora da área da saúde) e à oferta dos serviços e bens de saúde no âmbito da APS.

Ao longo do período de 2008 a 2025, o quantitativo de equipes apresentou movimento crescente e contínuo no país, partindo da casa dos 30 mil e alcançando o pico superior a 75 mil equipes em 2025, valor superior à média da série.

Gráfico 11 - *Evolução do número de equipes de saúde da Atenção Primária, de 2008 a 2025*



Fonte: Ministério da Saúde, Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Foram consideradas todas as modalidades de equipes de saúde, exceto as equipes de saúde bucal (modalidades I e II) e as equipes multiprofissionais da Atenção Especializada da Saúde Mental por não estarem diretamente relacionadas às ICSAP

Esse crescimento reflete os sucessivos esforços de expansão e consolidação da cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF), como o principal modelo de organização da APS no Brasil e como um dos pilares estruturantes do SUS. A trajetória ascendente das diversas modalidades de equipe da Atenção primária está ligada às transformações institucionais promovidas pelas diferentes versões da PNAB. A partir da PNAB de 2006, a ESF passou a ser oficialmente a estratégia prioritária de reorganização da APS no país. Essa diretriz estimulou a expansão do número de equipes, a ampliação da cobertura e o fortalecimento das ações territoriais e comunitárias. O processo foi acompanhado pela interiorização da APS, permitindo que populações de municípios pequenos, áreas rurais e regiões historicamente desassistidas passassem a ter maior acesso aos serviços e bens oferecidos pelo SUS.

Importa ressaltar que o número de equipes foi considerado apenas uma proxy da oferta de APS, não captando, entretanto, sua efetividade concreta.

Outros indicadores analisados neste trabalho reforçam a leitura do avanço da APS em conjunto com a expansão das equipes. O Programa Mais Médicos, ao atuar diretamente sobre a disponibilidade de profissionais, fortaleceu a capacidade de provisão local de serviços e favoreceu a continuidade do cuidado. Evidências empíricas indicam que a ampliação da oferta de médicos está associada à redução das internações por condições

sensíveis à atenção primária, especialmente em municípios com menor capacidade instalada e maior vulnerabilidade social[46].

Adicionalmente, os indicadores de cobertura, recursos humanos e infraestrutura analisados no âmbito do monitoramento da PNAB apontam, em conjunto, para um processo contínuo de expansão e difusão territorial da atenção primária, ainda que marcado por trajetórias heterogêneas entre modalidades e por limitações operacionais que afetam o ritmo de crescimento de determinadas ações e serviços.

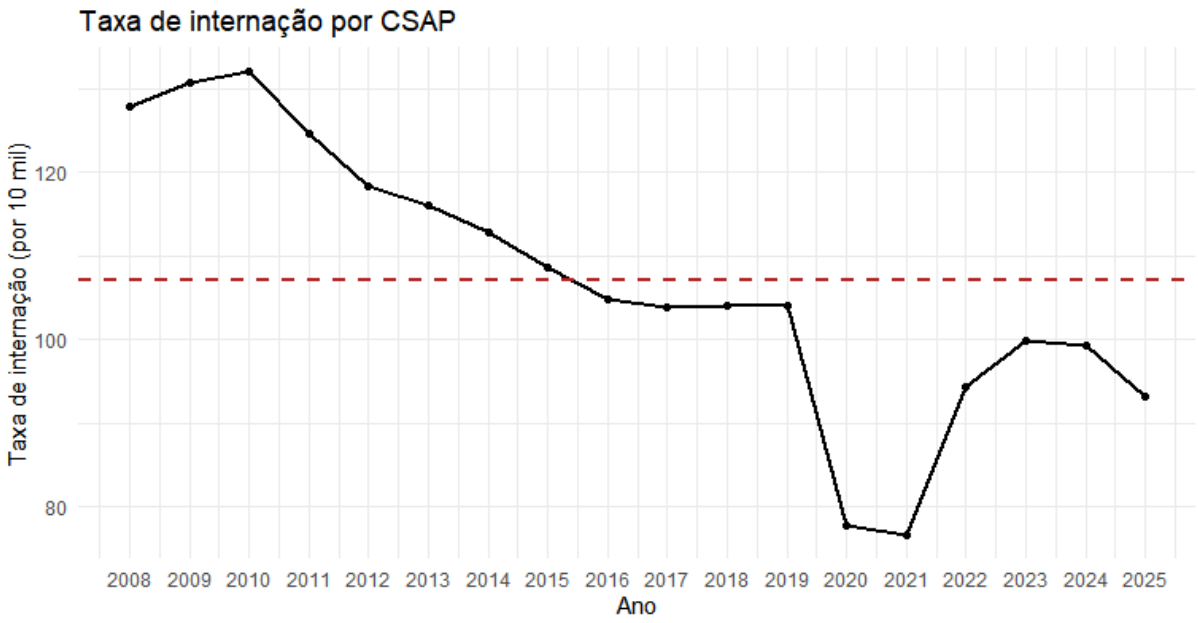
Por outro lado, os desfechos investigados nessa avaliação foram os relacionados às ICSAP, como suas causas, tempo de duração, custos das internações e mortalidade.

As ICSAP, em relação à população do país e em relação às internações totais, apresentam tendência de queda ao longo da série histórica. Em 2008, início do período analisado, as ICSAP correspondiam a quase 2.400.000, perfazendo aproximadamente 25% das internações hospitalares do país. A partir de 2019, esses indicadores passaram a se situar abaixo das respectivas médias da série. No período correspondente à pandemia de COVID-19, de 2020 a 2022, observa-se uma queda acentuada, fora do padrão da série temporal, de modo que algumas hipóteses podem ser levantadas: possíveis alterações nas formas de registro das ICSAP, redução de leitos para condições não relacionadas à COVID-19 e menor procura espontânea por serviços hospitalares em razão das medidas de isolamento social.

Embora não seja possível estabelecer relações associativas a partir da análise descritiva, as variáveis “número de equipes” e “número de ICSAP” apresentam tendências inversas ao longo do período: enquanto a cobertura da APS se ampliou progressivamente, as internações por condições sensíveis apresentaram movimento de retração gradativa.

[46] RIBEIRO et al, 2026.

Gráfico 12 - *Evolução da taxa de internação populacional por CSAP, de 2008 a 2025 (por 10 mil hab.)*

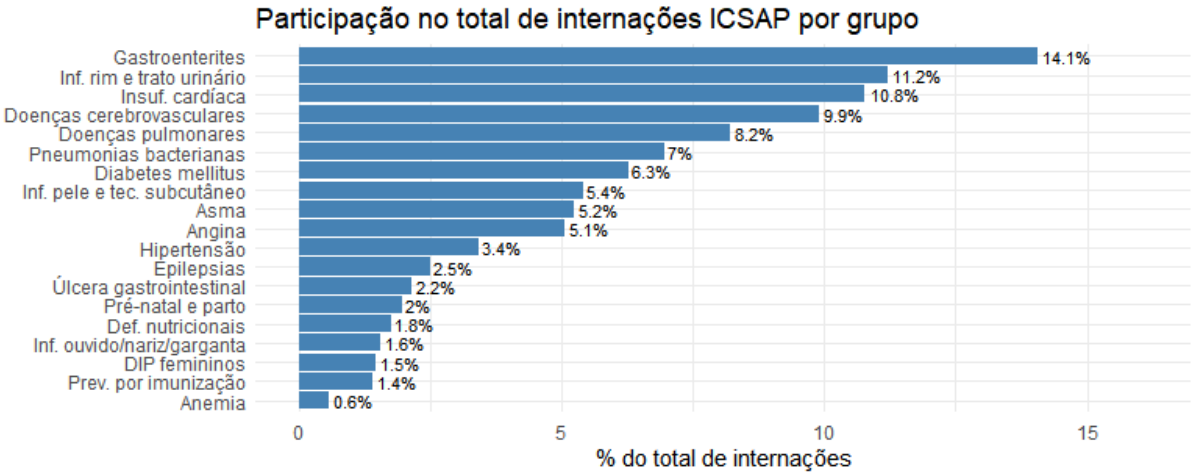


Fonte: SIH/SUS e IPEA Data/ IBGE.

7.3. Causas de internação por condições sensíveis à Atenção Primária à Saúde

A qualificação das ICSAPS pelas suas causas permite identificar as doenças que mais contribuem para o volume das internações, ou seja, quais condições respondem pela maior parcela das internações classificadas como sensíveis à atenção primária. Em toda a série temporal, as gastroenterites foram o grupo de doença mais frequente dentre as internações.

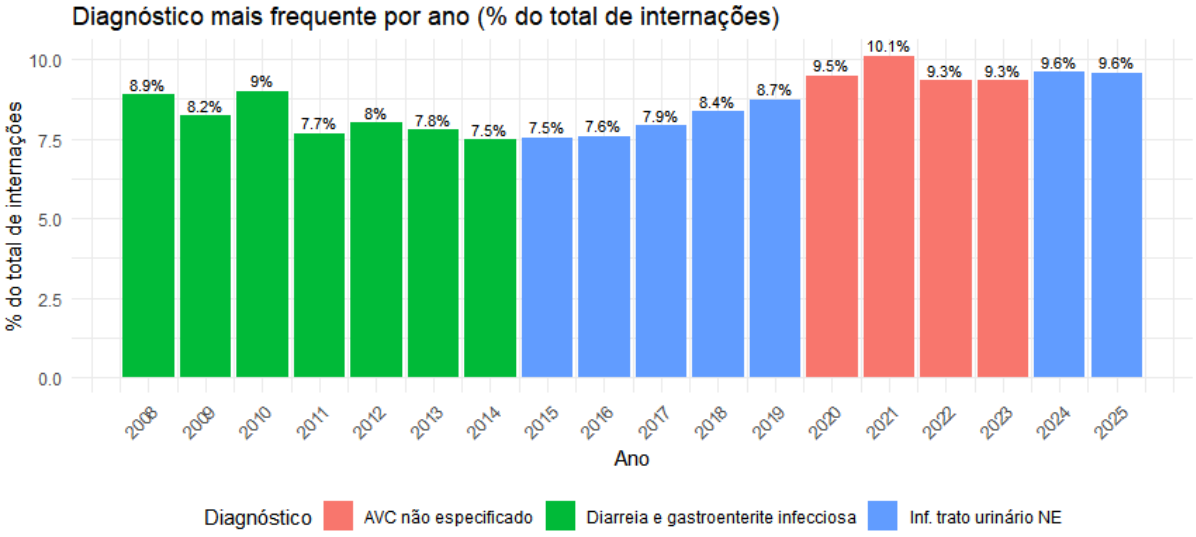
Gráfico 13 - *Principais causas de ICSAP por grupo de doenças*



Fonte: SIH/SUS

Quando desagregadas, as três causas mais frequentes de internação foram infecção do trato urinário não- especificada (ITU NE, 7,19%), acidente vascular cerebral não-especificado (AVC NE, 6,9%) e a diarreia/ gastroenterite de origem infecciosa (6,44%). A predominância dessas três doenças se intercala durante o período em análise, conforme Gráfico 14.

Gráfico 14- *Evolução da causa mais frequente de internação, de 2008 a 2025*



Fonte: SIH/SUS

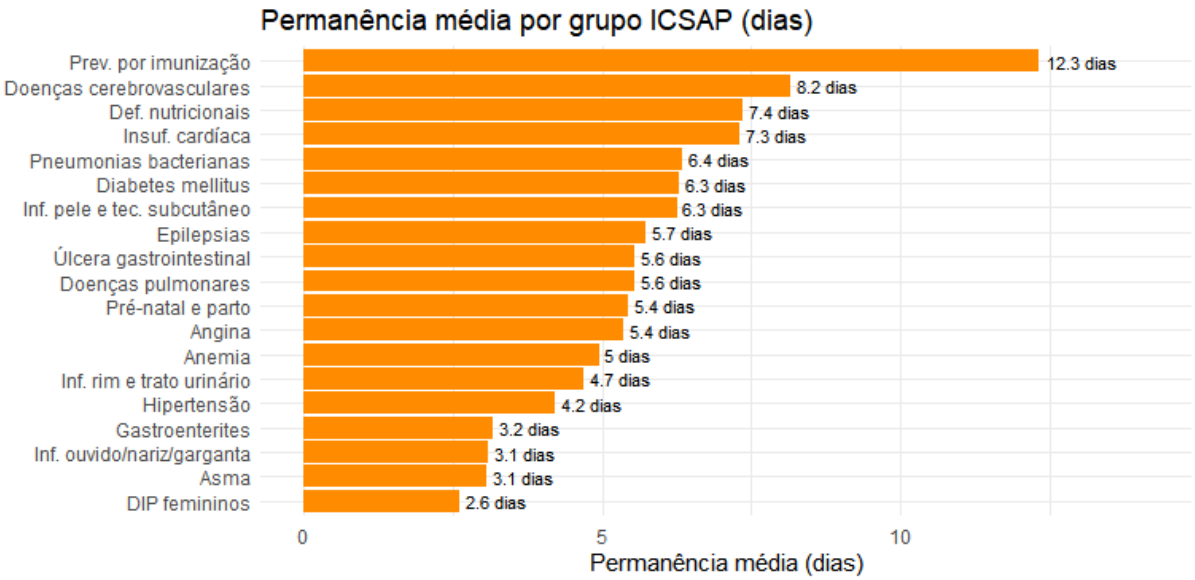
Desde 2015, diarreia e gastroenterite infecciosa, doenças relacionadas à carência de saneamento básico, mas de fácil controle pela APS, não aparecem como causa de internação mais frequente, indicando maior resolutibilidade desta condição.

7.4. Período de duração das CSAP

As ICSAP correspondem, em tese, a condições de menor complexidade clínica que não demandariam períodos prolongados de hospitalização.

O grupo de doenças "preveníveis por imunização" registra a maior permanência média entre os grupos analisados. Trata-se de doenças de baixa incidência (tétano, difteria e coqueluche) cujas ocorrências, quando não prevenidas pela vacinação, podem exigir períodos mais longos de hospitalização. A tuberculose, também imunoprevenível, apresenta dinâmica similar em razão da necessidade de antibioticoterapia prolongada e isolamento físico. As doenças cerebrovasculares, incluindo o AVC, e as deficiências nutricionais, que expressam sobretudo casos de desnutrição, também demandam internações mais longas (Gráfico 15).

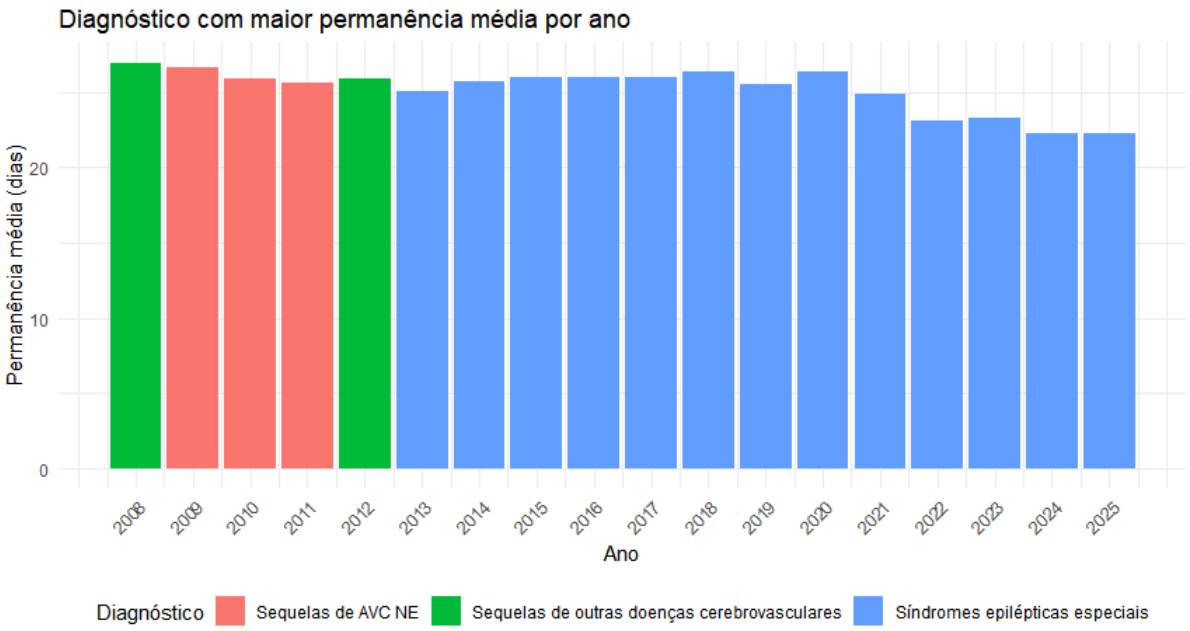
Gráfico 15 - *Período de médio de duração, em dias, das ICSAP por grupo de doenças, de 2008 a 2025*



Fonte: SIH/SUS

Ao desagregar as doenças de seus grupos, as doenças neurológicas surgem como as que mais demandam tempo de hospitalização.

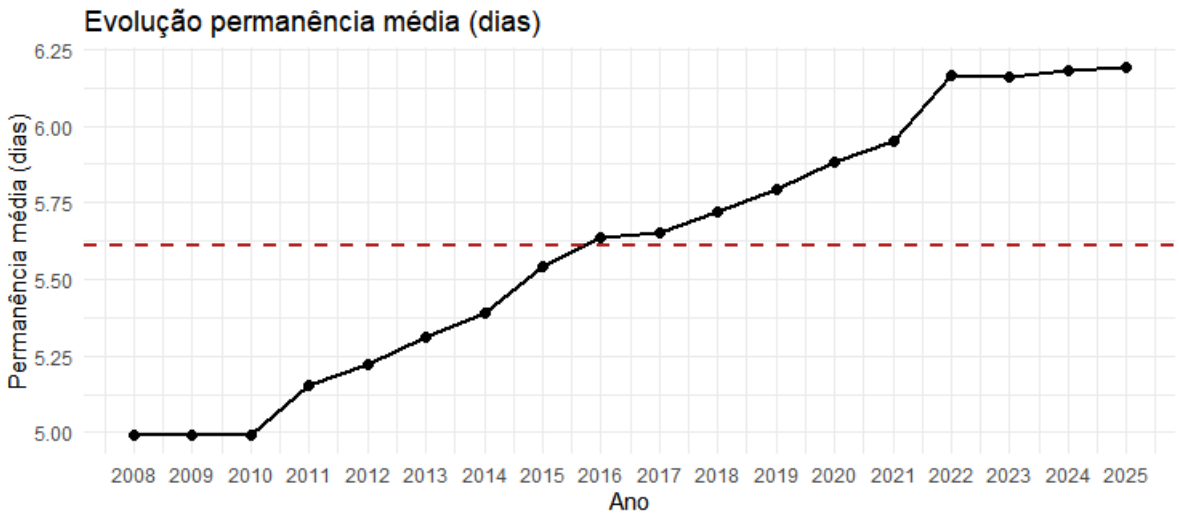
Gráfico 16 - *Doença com maior tempo médio de permanência, por ano, de 2008 a 2025*



Fonte: SIH/SUS. Foram consideradas as doenças mais frequentes, com pelo menos 100 internações por ano.

Em relação à evolução do tempo médio de internação, observa-se que sua duração vem aumentando gradativamente, estacionando no valor máximo de aproximadamente 6 dias, contra a média de 5 dias observada no início da série (Gráfico 17).

Gráfico 17 - *Evolução do período médio de duração, em dias, das ICSAP, de 2008 a 2025*



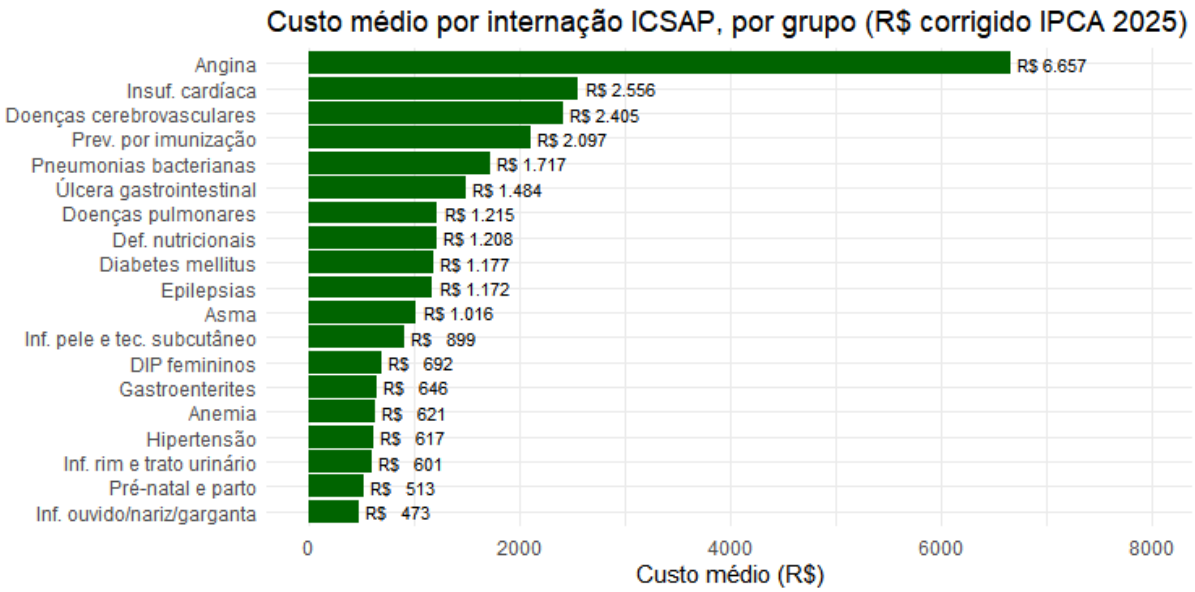
Fonte: SIH/SUS

Dois mecanismos podem ajudar na compreensão do aumento do tempo de permanência média, possivelmente de forma simultânea. Primeiro, a mudança no perfil dos casos: com a ampliação da resolutividade da APS, os casos mais simples tendem a ser resolvidos no primeiro nível de atenção, de modo que os casos que chegam ao hospital são mais complexos e demandam internações mais longas. Segundo, a transição epidemiológica e o envelhecimento populacional: o peso relativo das doenças crônicas descompensadas, como insuficiência cardíaca e AVC, cresce em relação às condições agudas de resolução rápida, como diarreia e pneumonias simples.

7.5. Custo das ICSAP

O custo das ICSAP está mais associado ao seu diagnóstico principal do que ao tempo de permanência. Doenças cardíacas e cerebrovasculares, por exemplo, geram os maiores custos médios, enquanto as doenças preveníveis por imunização, apesar de exigirem maior tempo de hospitalização, apresentam custos médios aproximadamente três vezes inferiores.

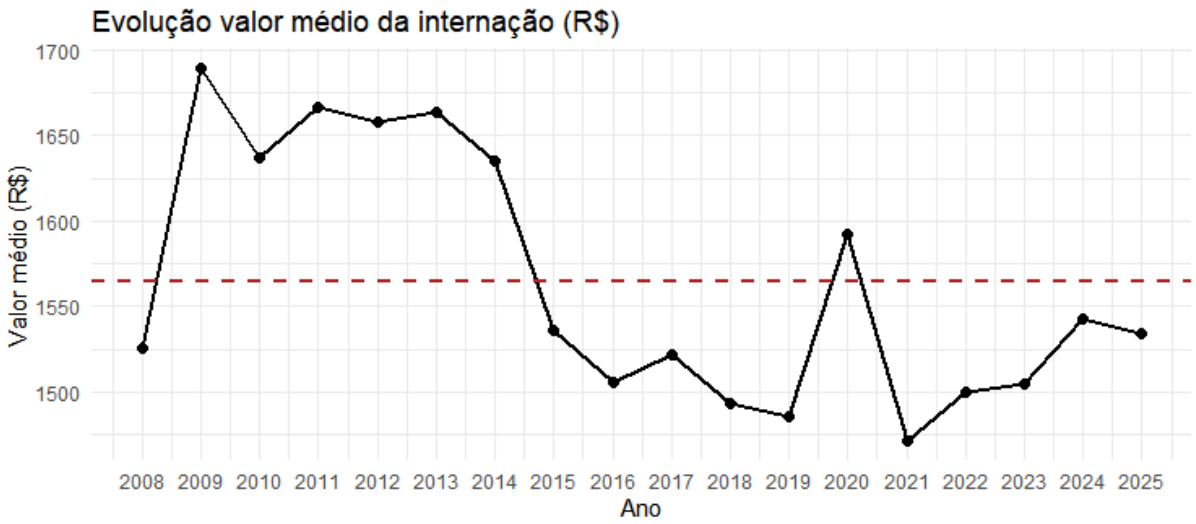
Gráfico 18 - *Custo médio por internação, segundo grupo de CSAP*



Fonte: SIH/SUS. Os valores monetários foram atualizados para preços de 2025.

O custo médio das ICSAP, em valores atualizados para 2025, foi de R$ 1.564,60 e apresentou oscilações relevantes ao longo da série. As quedas observadas em 2014 e 2015 demandam verificação quanto às hipóteses explicativas. O pico registrado em 2020, seguido de queda, é consistente com o impacto da pandemia de COVID-19. O crescimento observado a partir de 2022 pode refletir a recomposição da demanda reprimida durante a pandemia e o agravamento do perfil clínico dos pacientes após período de menor acesso aos cuidados de rotina.

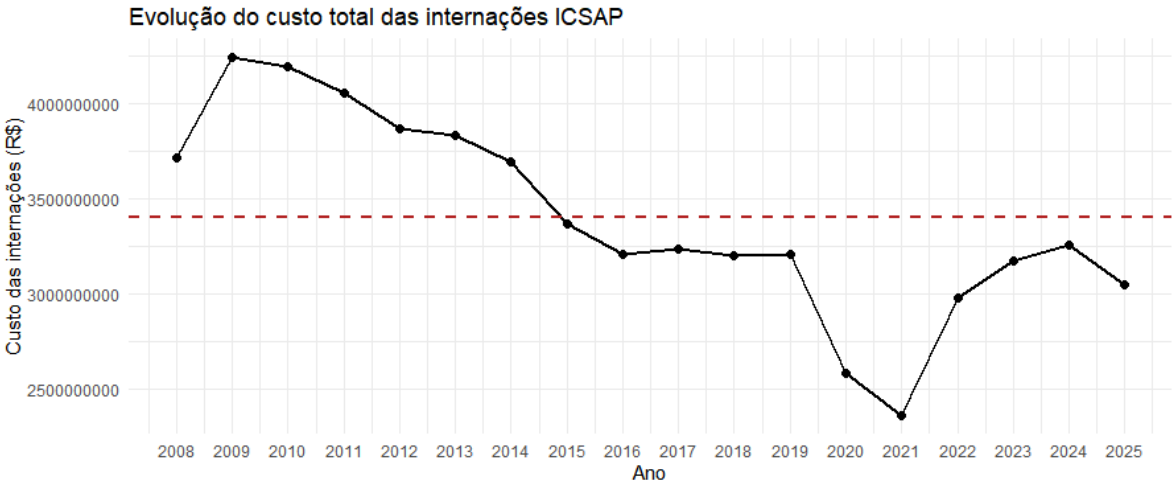
Gráfico 19 - *Evolução do custo médio das ICSAP, em Reais (R$), de 2008 a 2025*



Fonte: SIH/SUS. Os valores monetários foram atualizados para preços de 2025.

A análise conjunta dos indicadores de custo revela um padrão ambivalente. O custo total das ICSAP apresentou tendência de queda ao longo do período, em linha com a redução do número de internações. No entanto, o custo médio por internação oscila com tendência de alta e a permanência média cresce de forma consistente. Esses resultados podem sugerir que os casos que chegam ao hospital são progressivamente mais graves e complexos: demandam internações mais longas e geram maiores custos unitários. Em conjunto, os indicadores podem indicar que, ainda que a APS possa estar evitando um número crescente de internações, persiste lacuna no manejo precoce das condições de maior complexidade clínica.

Gráfico 20 – *Evolução do custo total das ICSAP, em Reais (R$), de 2008 a 2025*



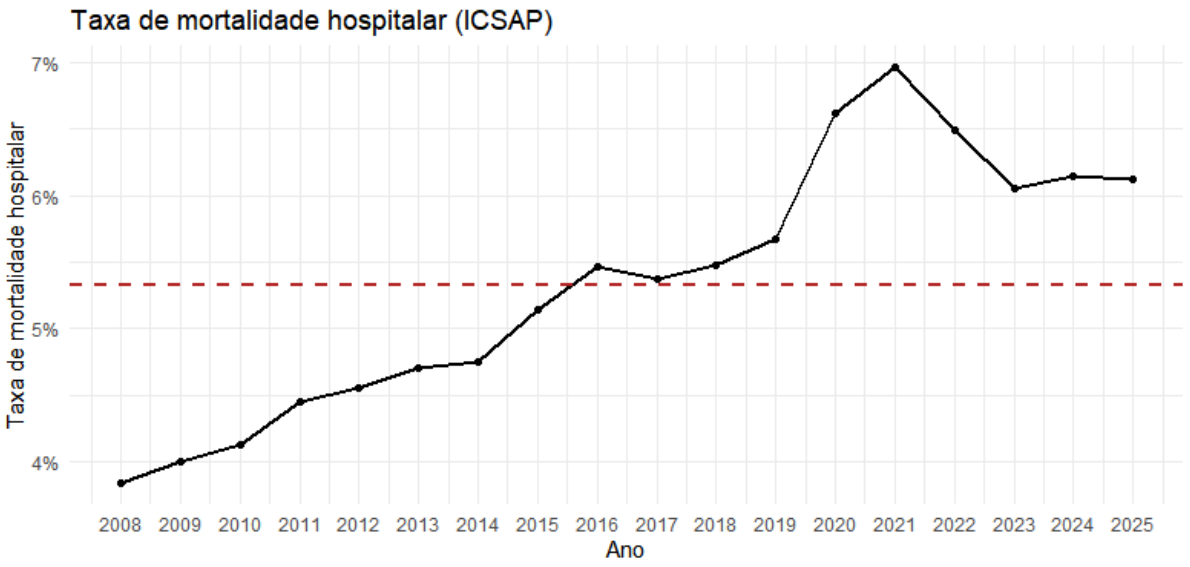
Fonte: SIH/SUS. Considerou-se como custo de cada internação a soma referentes aos valores dos serviços hospitalares e serviços profissionais. Os valores monetários foram atualizados para preços de 2025.

7.6. Mortalidade CSAP

a) Mortalidade Hospitalar

A mortalidade hospitalar por CSAP expressa a proporção de óbitos entre os pacientes internados por condições sensíveis à atenção primária. Trata-se de um indicador que traz informações sobre a APS, mas também sobre a assistência hospitalar.

Gráfico 21 - *Evolução da mortalidade hospitalar por CSAP*

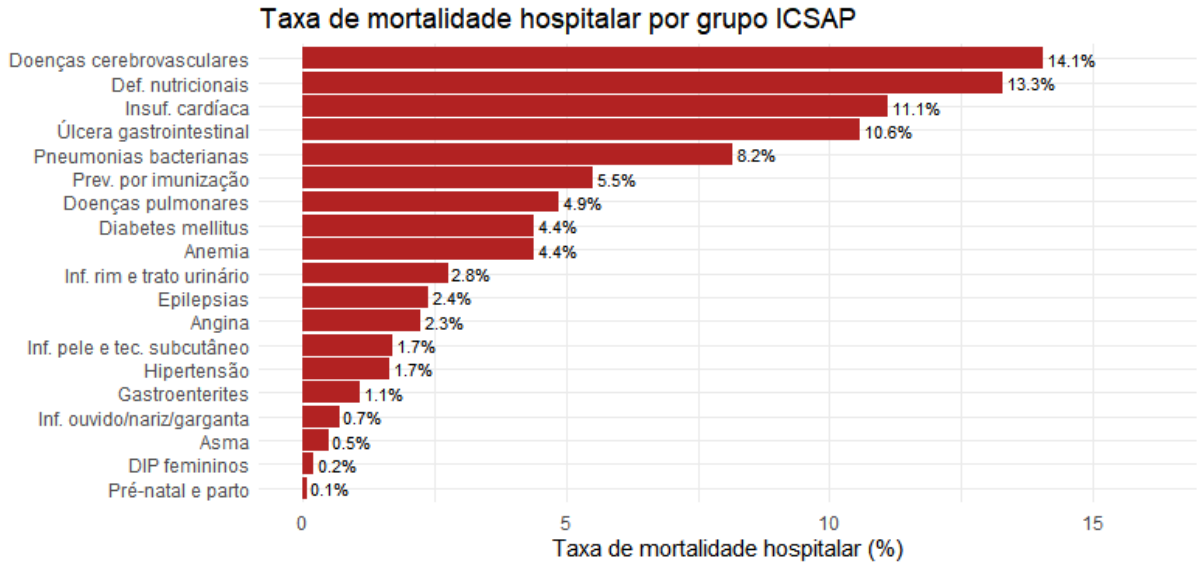


Fonte: SIH/SUS.

A mortalidade hospitalar por CSAP apresentou crescimento ao longo de quase toda a série histórica, com queda apenas nos anos mais recentes. Essa tendência aparentemente paradoxal – redução das internações por condições sensíveis concomitante ao aumento das mortes hospitalares por essas mesmas condições – poderia ser explicada pelas causas das mortes. No entanto, esta análise é comprometida por problemas de qualidade dos registros. Na série histórica completa, o código "ignorado" responde por 64,2% das causas de morte e, a partir de 2015, todas as mortes passaram a ser registradas com o código CID-10 "0000", inviabilizando a análise a partir desse ano. Antes de 2015, as principais causas identificadas foram: acidente vascular cerebral não especificado (AVE NE, 4,74%) e insuficiência cardíaca não especificada (IC NE, 2,55%), condições que respondem às intervenções da APS, especialmente no controle de hipertensão arterial e outros fatores de risco cardiovascular.

Em razão das limitações descritas, as análises de mortalidade nesta seção baseiam-se na taxa de mortalidade hospitalar e na distribuição dos óbitos precoces. O diagnóstico de internação não foi utilizado como proxy para causa de morte uma vez que registra a condição que motivou a admissão hospitalar e não necessariamente a condição determinante do óbito.

Gráfico 22 - *Taxa de mortalidade hospitalar, segundo grupo de CSAP*



Fonte: SIH/SUS.

b) Mortalidade Hospitalar Precoce

A mortalidade hospitalar precoce por CSAP, definida como o óbito ocorrido nas primeiras 48 horas de internação, pode funcionar como sinalizador de acesso tardio e gravidade na admissão, sem atribuição exclusiva à APS. Elevada taxa de mortalidade precoce pode sinalizar que os pacientes chegam ao ambiente hospitalar já em estado crítico, o que pode sugerir falhas no acesso ou na resolutividade da APS, contudo, não podem ser descartados outros fatores, como serviços de urgência, transporte, atenção hospitalar e fatores clínicos.

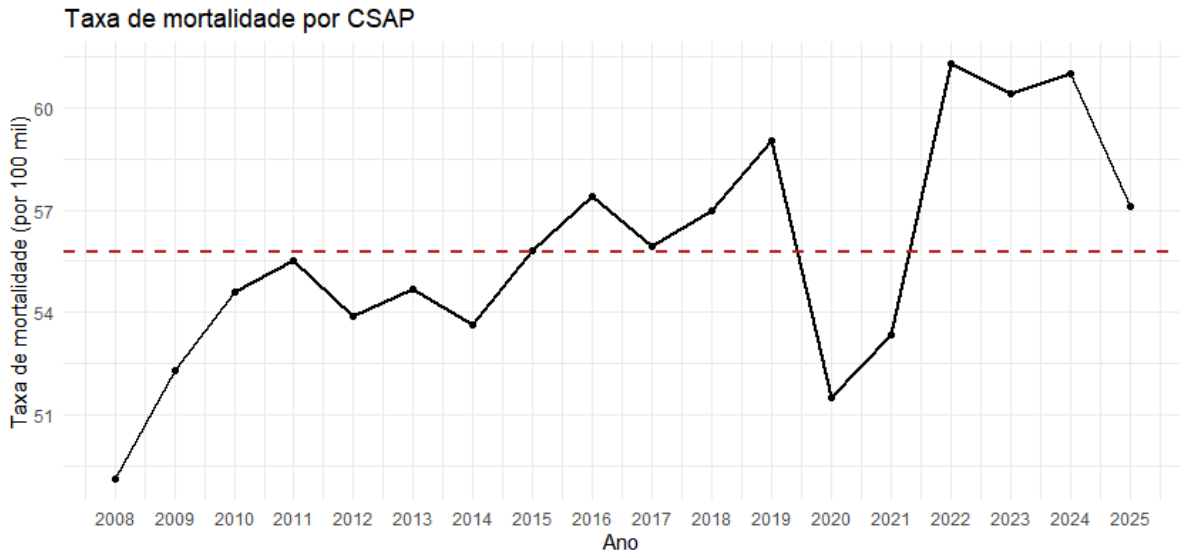
No período analisado, esses óbitos representaram 20% do total de mortes hospitalares por ICSAP. Aqui, os dados também devem ser interpretados com cautela, dado o problema de qualidade dos registros de causa de morte no SIH/SUS que compromete a análise a partir de 2015.

c) Mortalidade Hospitalar Populacional

A mortalidade populacional por CSAP constitui outro indicador de efetividade da APS sobre os desfechos de saúde da população. Diferentemente da mortalidade hospitalar, que em alguma medida capta a qualidade da atenção hospitalar, a mortalidade populacional reflete a capacidade do sistema de saúde, e em especial da APS, de prevenir agravamentos e óbitos por condições manejáveis no nível primário.

Este indicador revela uma trajetória oscilante, porém com tendência crescente ao longo do período de 2008 a 2025. Esse resultado, interpretado em conjunto com a mortalidade hospitalar, reforça a hipótese de que os casos que chegam ao hospital são progressivamente mais graves, com maior risco de óbito.

Gráfico 23 - *Evolução da mortalidade populacional por CSAP*



Fonte: SIFponteH/SUS e IBGE/ IPEA Data

7.7. Apontamentos Parciais

A análise da série histórica das ICSAP no período 2008–2025 revela padrão temporal compatível com melhora de alguns desfechos, sujeito a explicações concorrentes. O número de internações e o custo total das hospitalizações apresentaram tendência de queda, o que pode sugerir aprimoramento progressivo na atenção primária, possivelmente na resolução de condições que, sem manejo ambulatorial adequado, resultariam em hospitalização. Por outro lado, quatro indicadores sinalizam lacunas que persistem: o custo médio por internação oscila com tendência de alta; a permanência média cresce de forma consistente; a taxa de mortalidade hospitalar apresenta trajetória ascendente e elevada proporção de óbitos precoces.

Em conjunto, os resultados sugerem persistentes desafios no manejo precoce das condições de maior complexidade clínica, cujas consequências se manifestam na gravidade dos casos hospitalares e, nos extremos, no óbito, embora a APS esteja evitando número crescente de internações evitáveis.

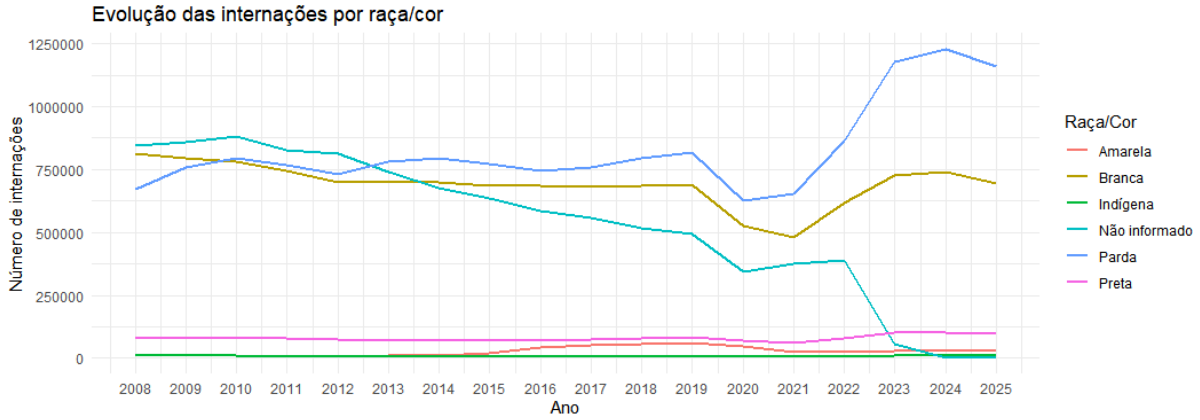
7.8. Análise por Raça / Cor

a) Internações por CSAP

A análise das ICSAP segundo raça/cor requer ressalva metodológica. Ao longo da série histórica, a categoria "raça/cor não informada" representou aproximadamente 40% dos registros nos anos iniciais, com redução abrupta a partir de 2022 e valores próximos de zero em 2024. Esse comportamento reflete, possivelmente, a melhora no preenchimento do

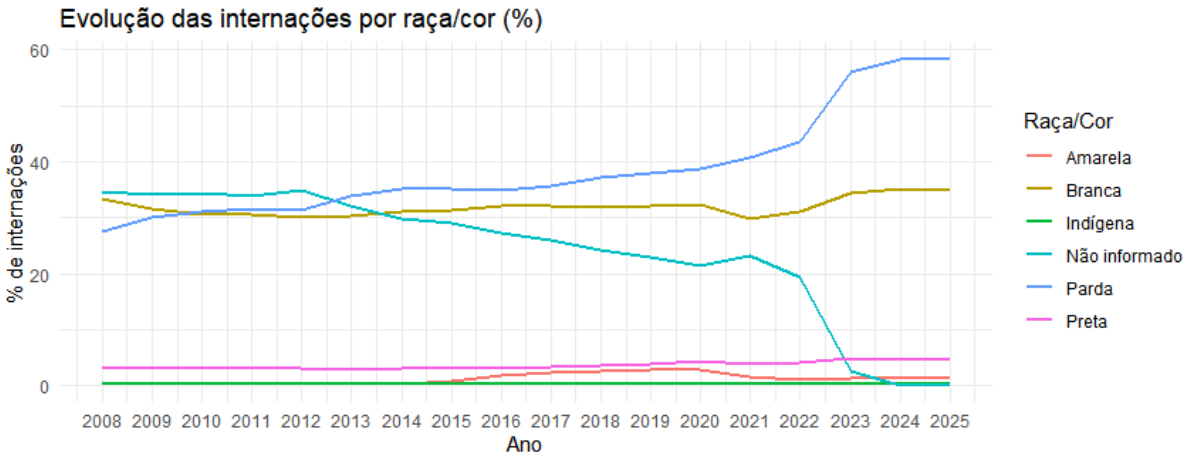
campo raça/cor no SIH/SUS após a Portaria MS nº 344/2017, que tornou obrigatório o preenchimento por autodeclaração nos sistemas de informação em saúde[6]. Com a melhora dos registros, a distribuição das ICSAP revela a população negra (pretos e pardos) respondendo por aproximadamente 60% das internações e brancos por cerca de 30%.

Gráfico 24 - *Evolução do número de ICSAP por raça/cor, de 2008 a 2025*



Fonte: SIH/SUS

Gráfico 25 - *Evolução da proporção de ICSAP em relação às internações totais por raça/cor, de 2008 a 2025*



Fonte: SIH/SUS

A interpretação adequada desses dados requer a ponderação pelo tamanho de cada grupo populacional. Os dados mais recentes do Censo trazem que a população brasileira é composta por 55,51% de negros (pretos e pardos), 43,46% de brancos e 1,03% de outros grupos. É importante acrescentar ainda que a proporção de negros vem aumentando desde o Censo 2000

Tabela 13 - *Composição racial da população total do Brasil*

Ano	% Negra (P+P)	% Branca	% Outros	Total
2000	44,68	53,77	1,55	**100**
2010	50,73	47,72	1,55	**100**
2022	55,51	43,46	1,03	**100**

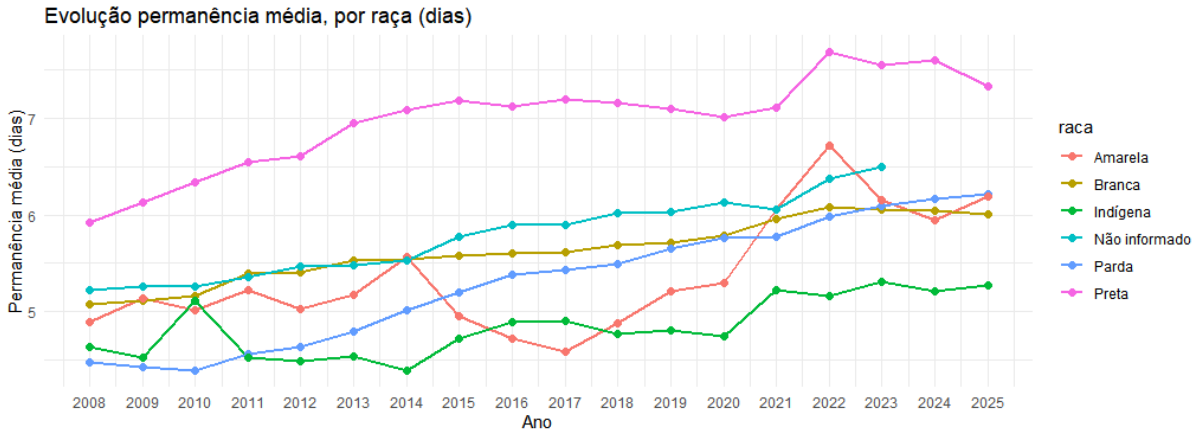
Fonte: IBGE- IPEA Data

Considerando os períodos mais recentes da série, a população negra está sobrerrepresentada nas ICSAP em relação ao seu peso populacional, enquanto brancos estão sub-representados. Essas diferenças podem indicar desigualdades raciais no acesso e na qualidade da APS, embora a inconsistência dos dados anteriores a 2022 imponha cautela na interpretação dos anos iniciais da série. No que tange à população indígena, adiciona-se à limitação o pequeno volume de internações e a sua inclusão na categoria "outros" pelo IBGE.

A análise dos diagnósticos de internação por raça/cor revela perfis epidemiológicos distintos, com implicações diretas para a APS. Entre a população preta, o diagnóstico mais frequente é o AVC NE, condição grave, de longa recuperação e associada à hipertensão arterial não controlada, sugerindo que a APS não está conseguindo controlar adequadamente os fatores de risco cardiovasculares nesse grupo. Entre brancos, o diagnóstico mais frequente é a Infecção do Trato Urinário (ITU), condição de menor complexidade, com boa resposta ao

tratamento e menor tempo de internação. Entre pardos e indígenas, o diagnóstico principal é diarreia e gastroenterite infecciosa, doença associada a precariedades de saneamento básico, de acesso à água potável e de condições de moradia. Para esses grupos, os determinantes das internações extrapolam a capacidade resolutiva da APS, envolvendo fatores socioeconômicos e estruturais.

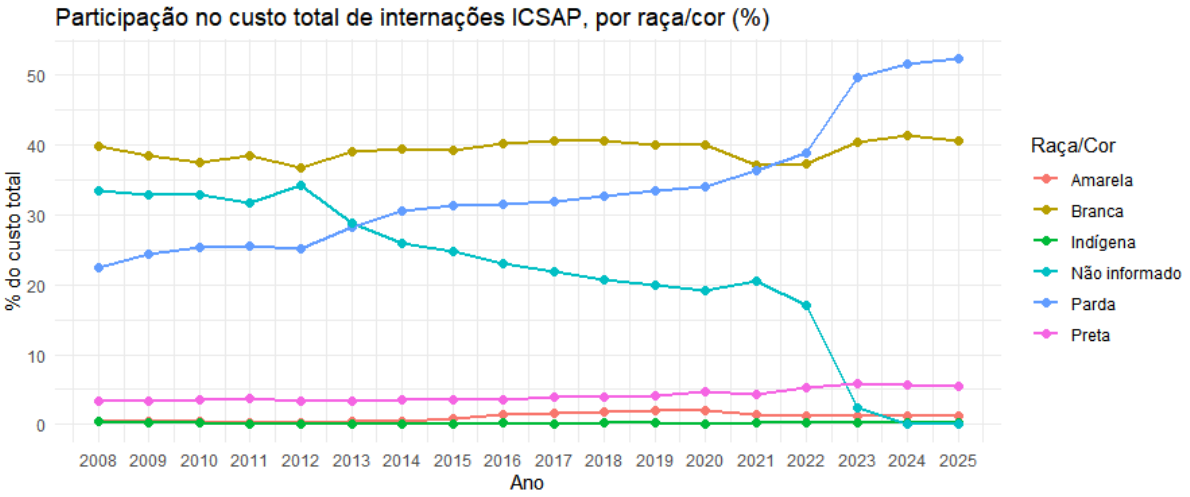
Gráfico 26 - *Evolução da permanência média (em dias), das ICSAP, segundo raça/cor, de 2008 a 2025*



Fonte: SIH/SUS

A análise dos custos das ICSAP segundo raça/cor apresenta duas dimensões complementares cujas interpretações podem sinalizar desigualdades. Em relação à participação no custo total, brancos respondiam pela maior fatia até 2022, resultado que reflete, em parte, o subregistro de raça/cor: com aproximadamente 40% das internações classificadas como "não informado" nos anos iniciais, a participação real da população negra estava sendo subestimada. Com a melhora do preenchimento a partir de 2022, pardos passam a responder por mais de 50% do custo total em 2025. Somando pardos e pretos, a população negra responde por aproximadamente 55% do custo total das internações ICSAP — proporção que coincide com sua participação na população brasileira segundo o Censo 2022 (55,51%). Em contraste, brancos, que representam 43,46% da população, respondem por cerca de 30% dos custos totais, refletindo menor volume de internações e condições menos graves.

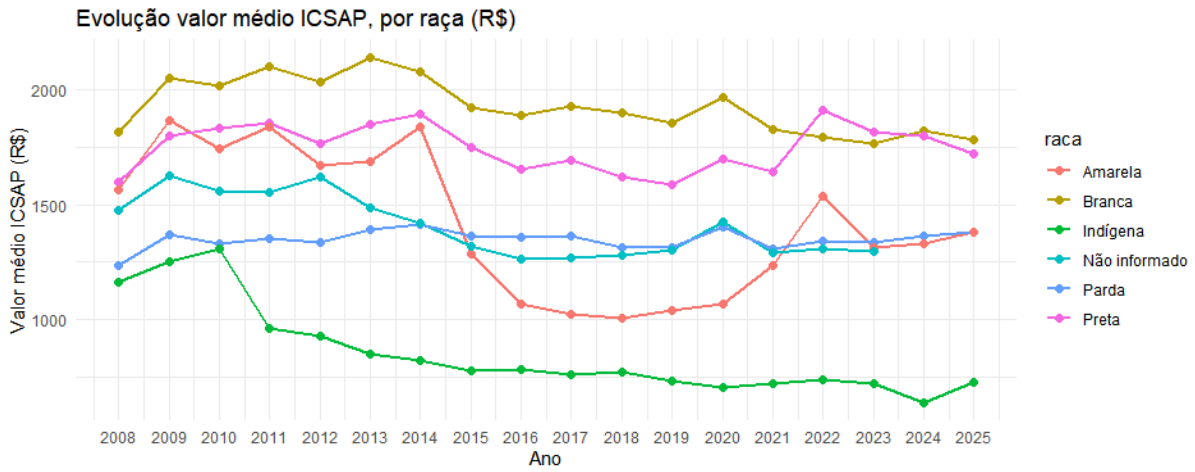
Gráfico 27 - *Evolução da participação no custo total das ICSAP, segundo raça/cor, de 2008 a 2025*



Fonte: SIH/SUS. Os valores monetários foram atualizados para preços de 2025

Já na dimensão do custo médio por internação, o padrão se inverte: brancos apresentam o maior custo médio, seguidos por pretos, apesar destes internarem principalmente por AVC. Brancos internam principalmente por ITU, condição de menor complexidade. Esse achado pode sugerir uma dupla desvantagem da população preta: maior gravidade nas internações, mas estas apresentam valores mais baixos. Contudo, para evidência confiável, seriam necessários ajustes por diagnóstico, gravidade, idade, procedimento e hospital, por exemplo.

Gráfico 28 - *Evolução do custo médio das ICSAP, em Reais (R$), por raça/cor, de 2008 a 2025*

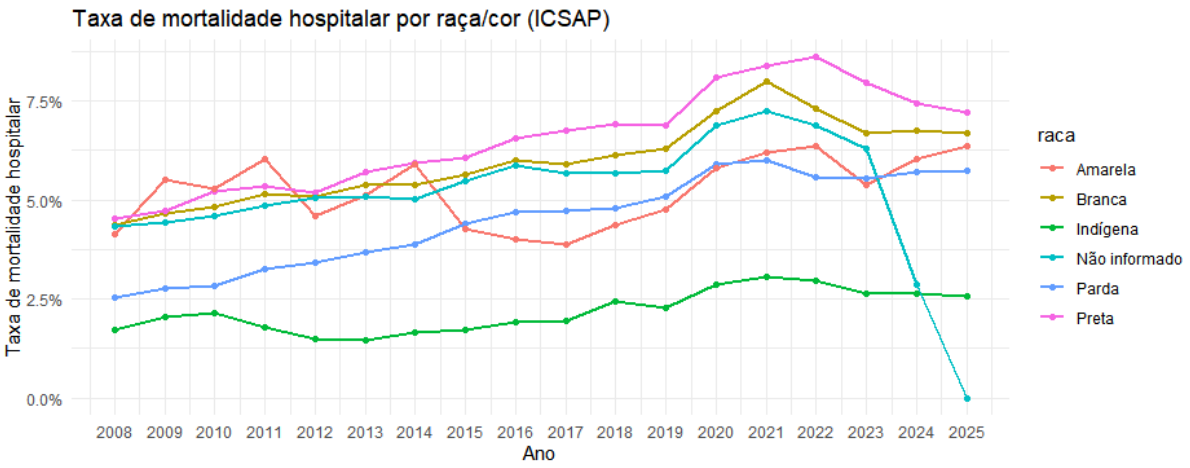


Fonte: SIH/SUS. Os valores monetários foram atualizados para preços de 2025

b) Mortalidade Hospitalar

A análise da mortalidade hospitalar por raça/cor revela desigualdades estruturais. A população preta, embora represente parcela minoritária da população negra, apresenta a maior taxa de mortalidade hospitalar ao longo de toda a série, seguida pela população branca, que encolheu de 53,77% em 2000 para 43,46% em 2022. A população parda, maior componente da população negra, apresenta trajetória crescente de mortalidade hospitalar. A população indígena exibe comportamento instável, com picos recorrentes e queda expressiva entre 2015 e 2019, seguida de retomada de crescimento, resultado que deve ser interpretado com cautela dado o pequeno volume de internações desse grupo no SIH.

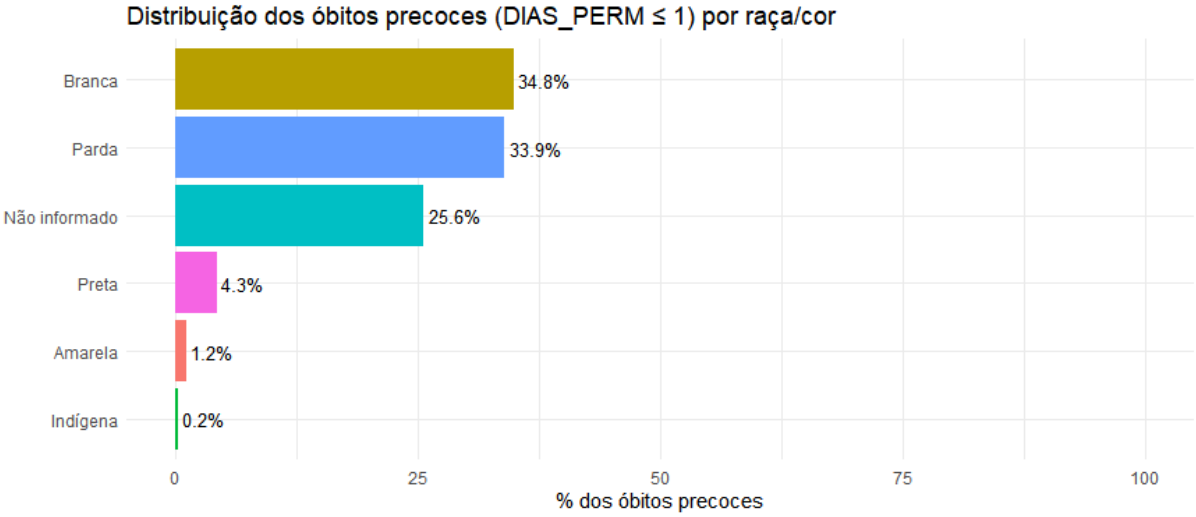
Gráfico 29 - *Evolução da mortalidade hospitalar por CSAP, segundo raça/cor, de 2008 a 2025*



Fonte: SIH/SUS. Número de mortes em 2024 foi de 1 e 0 em 2025 para categoria “Não informado”.

Em relação aos óbitos precoces para todo o período estudado, brancos respondem por 34%, pardos por 33%, não informado por 25,6%, pretos por 4,3% e indígenas por 0,2%. A elevada proporção de registros sem informação de raça/cor limita a análise da distribuição racial dos óbitos precoces e comparações com a composição racial da população.

Gráfico 30 - *Distribuição dos óbitos precoces por CSAP, segundo raça/cor (%).*



Fonte: SIH/SUS.

O exame das causas das mortes segundo a raça/cor está sujeito às mesmas questões apontadas anteriormente: a ausência de registros a partir de 2015. De todo modo, até 2014, o AVC NE figura como a principal causa de morte em todas as raças/cores, exceto na

população indígena, na qual o diagnóstico mais frequente foi a parada cardiorrespiratória. Considerando toda a série, o AVC NE é a segunda causa de morte hospitalar por ICSAP.

A análise da taxa de mortalidade populacional por ICSAP desagregada por raça/cor, sexo e porte municipal não foi possível nesta avaliação em razão da ausência de dados populacionais estratificados segundo as mesmas categorias utilizadas pelo SIH/SUS.

7.9. Análises segundo Sexo

a) Internações por CSAP

A análise das ICSAP segundo sexo, contextualizada com a composição demográfica da população brasileira, revela uma tendência de convergência entre os grupos ao longo do período. Historicamente mulheres, representam a maioria da população – 51,48% pelo Censo de 2022.

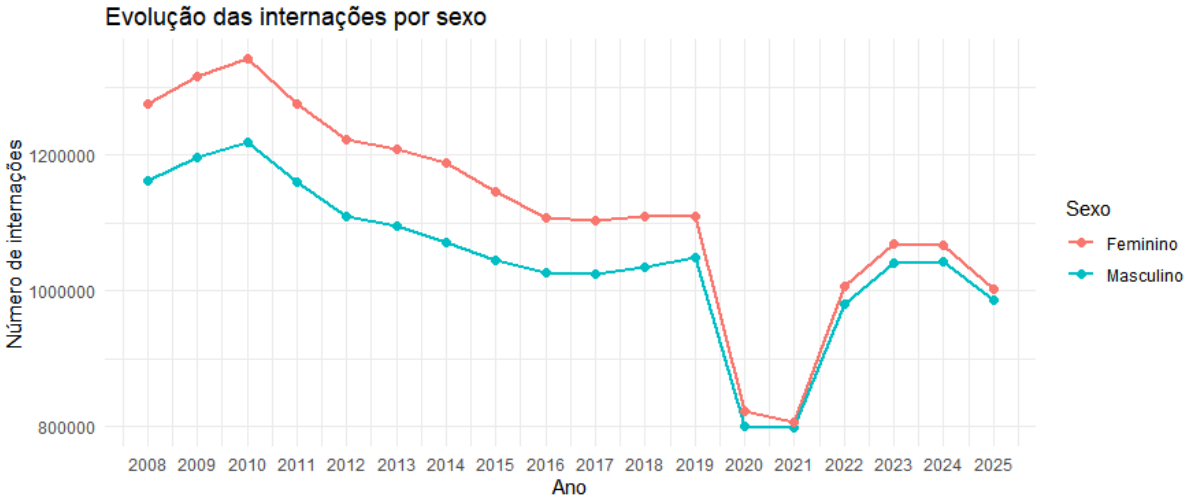
Tabela 14 - *Composição da população total do Brasil, segundo sexo*

Ano	% Fem	% Mas	Total
2000	50,78	49,22	100,00
2010	51,03	48,97	100,00
2022	51,48	48,52	100,00

Fonte: IBGE/ IPEA Data

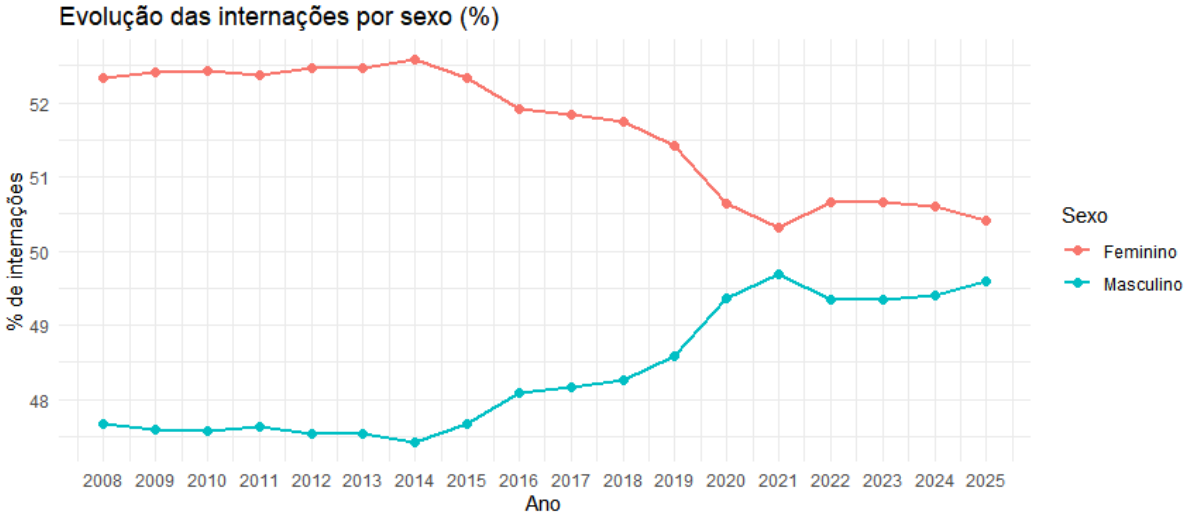
No início da série, mulheres respondiam por aproximadamente 52% das ICSAP, proporção ligeiramente superior à sua participação populacional, sugerindo discreta sobrerrepresentação deste grupo nas hospitalizações. Ao final do período, essa participação recuou para cerca de 50,5%, enquanto a participação masculina cresceu de 47,5% para 49,5%, movimento que aproxima a distribuição das internações à distribuição populacional, mas com sentidos opostos: redução da sobrerrepresentação feminina e ampliação da masculina.

Gráfico 31 - *Evolução do número de ICSAP por sexo, de 2008 a 2025*



Fonte: SIH/SUS

Gráfico 32 - *Evolução da proporção das ICSAP por sexo, de 2008 a 2025*

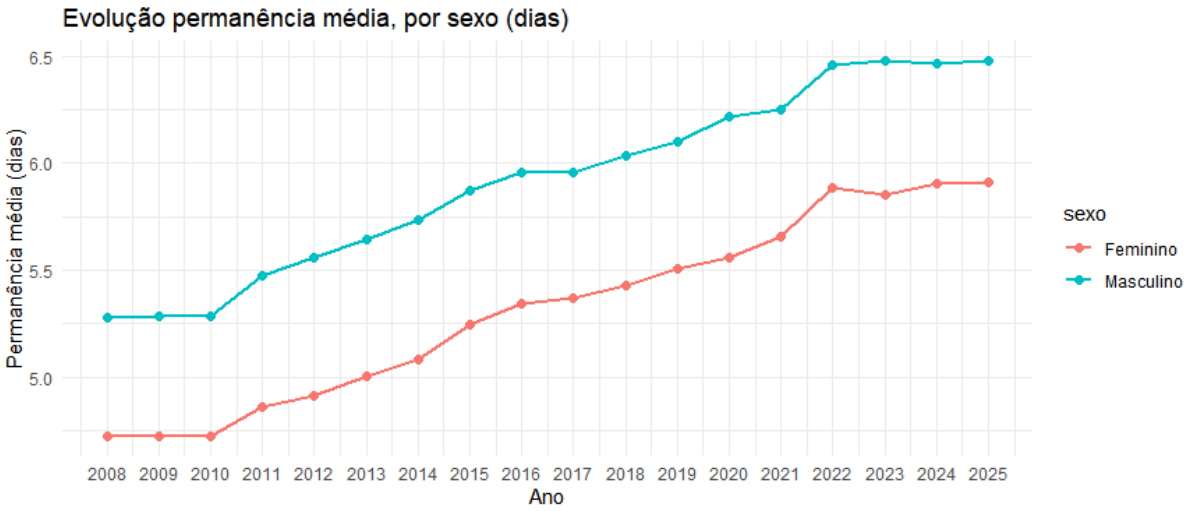


Fonte: SIH/SUS

A permanência média por sexo apresenta trajetória crescente para ambos os grupos ao longo do período, refletindo o padrão geral já identificado. Homens registram internações mais longas do que mulheres em todos os anos analisados, resultado coerente com os diagnósticos mais frequentes de cada grupo. O AVC, principal causa de internação masculina, exige período mais prolongado de hospitalização, enquanto ITU, predominante entre mulheres, responde rapidamente ao tratamento e resulta em altas mais precoces. O perfil das internações reforça a interpretação de que homens chegam ao hospital com condições de maior gravidade e complexidade, possivelmente reflexo do menor acesso ou menor adesão ao cuidado primário contínuo. O crescimento da permanência média em ambos os sexos ao longo do tempo é consistente com o fenômeno descrito anteriormente: à

medida que a atenção primária evita as internações mais simples, os casos de hospitalização são mais graves e demandam internações mais longas.

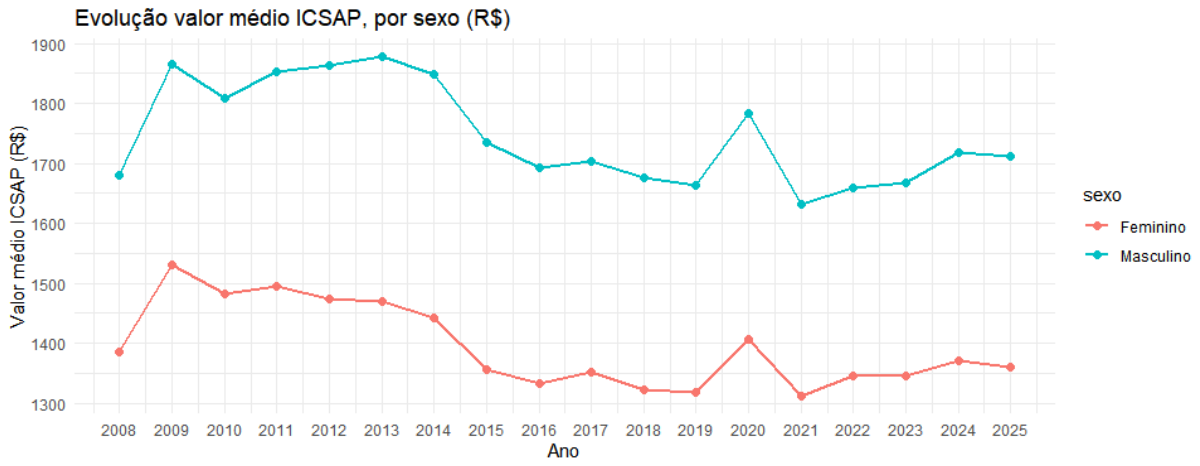
Gráfico 33 *- Evolução do período médio, em dias, das ICSAP, segundo sexo, de 2008 a 2025*



Fonte: SIH/SUS

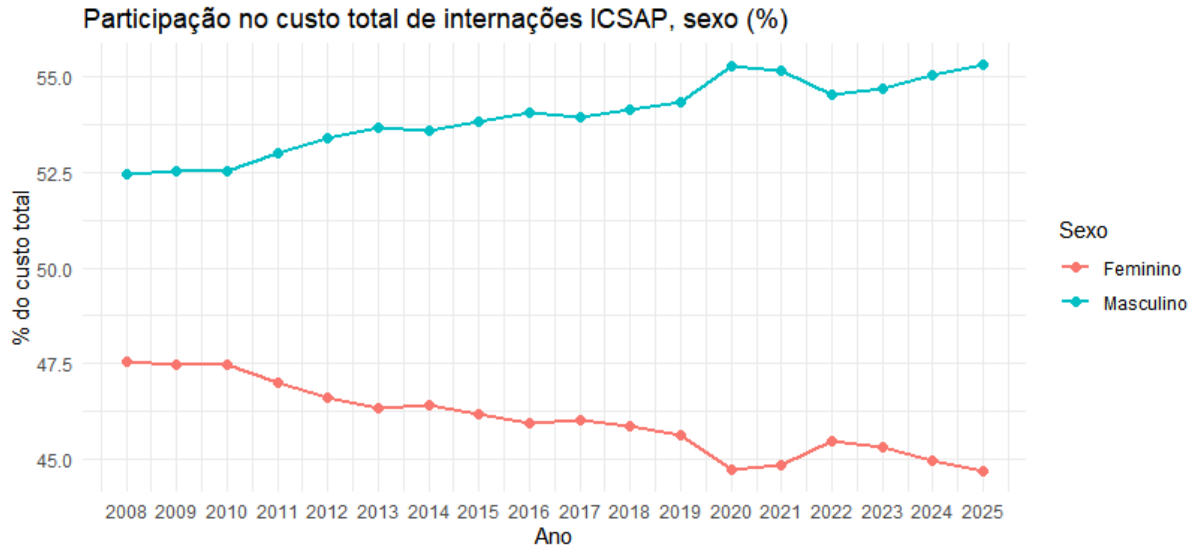
O custo das internações ICSAP por sexo apresenta dois padrões complementares que se explicam mutuamente. Homens registram o maior custo médio por internação ao longo de toda a série, resultado convergente com o diagnóstico mais frequente, o AVC. Ainda, respondem pela maior participação no custo total das internações, contribuindo entre 52,5% e 55%, enquanto mulheres respondem por 45% a 47,5%, apesar do maior volume de internações femininas ao longo de todo o período.

Gráfico 34 - *Evolução do custo médio das ICSAP, em Reais (R$), sexo, de 2008 a 2025*



Fonte: SIH/SUS

Gráfico 35 - *Evolução da participação no custo total das ICSAP segundo sexo, de 2008 a 2025*

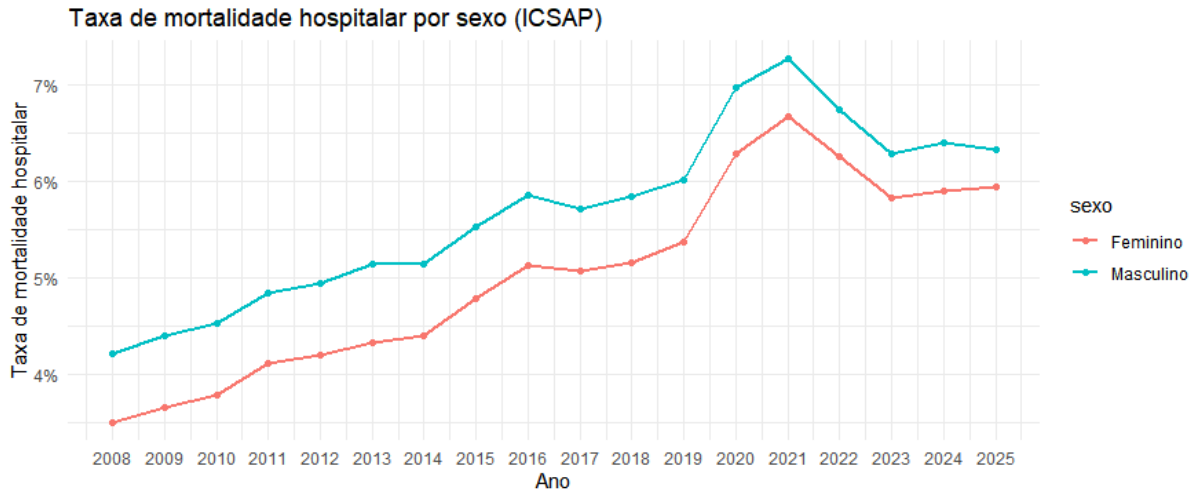


Fonte: SIH/SUS

b) Mortalidade Hospitalar

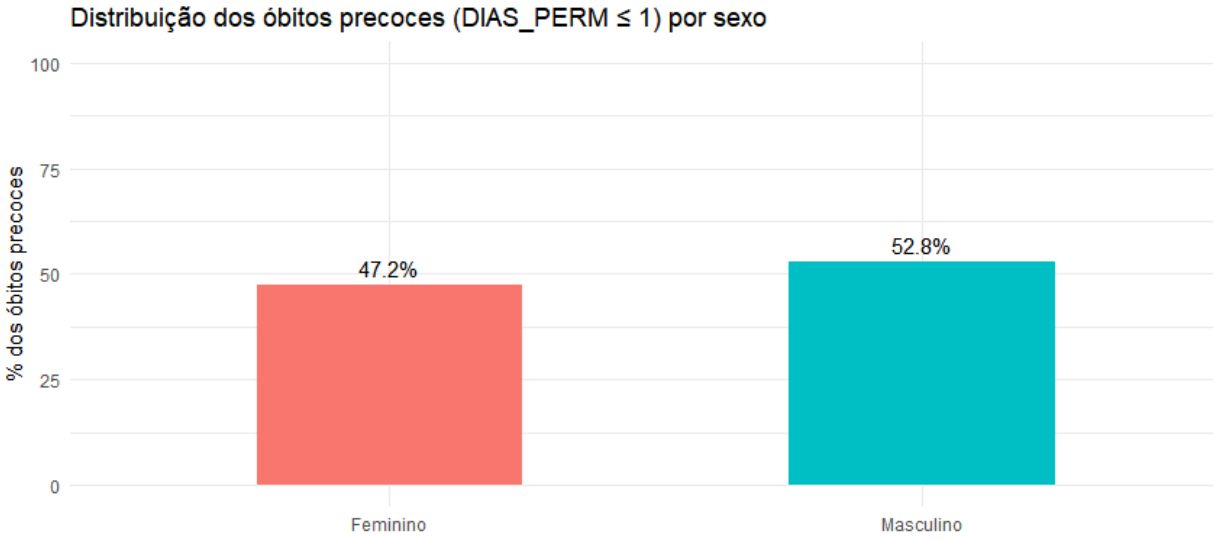
Homens representam minoria populacional mas registram maior taxa de mortalidade hospitalar por CSAP ao longo de toda a série: respondem por 52,8% dos óbitos precoces, indicando que chegam ao hospital em condições mais críticas. Até 2014, o AVC NE figura como a primeira causa de óbito hospitalar e como a segunda causa considerando toda a série. Esse padrão é consistente com a hipótese de menor acesso ou menor adesão masculina ao cuidado primário contínuo.

Gráfico 36 - *Evolução da mortalidade hospitalar por CSAP, segundo sexo, de 2008 a 2025*



Fonte: SIH/SUS

Gráfico 37. *Distribuição dos óbitos precoces por CSAP, segundo sexo (%)*



Fonte: SIH/SUS

Em síntese, as distinções de sexo nas ICSAP se manifestam da seguinte forma: para mulheres, no volume elevado de internações por condição tratável na atenção básica; para homens, na gravidade dos casos que chegam ao hospital como consequência do distanciamento do cuidado primário.

7.10. Apontamentos finais

A análise da evolução das internações e da mortalidade por condições sensíveis à atenção primária no período de 2008 a 2025 oferece um retrato ambivalente da APS no Brasil. Por um lado, a queda do número e do custo das ICSAP sugere avanços na capacidade da APS de resolver condições que, sem o devido manejo, resultariam em hospitalização. Por outro lado, os indicadores de gravidade dos casos que chegam ao hospital apontam na direção oposta: a permanência média, o custo médio por internação e a taxa de mortalidade hospitalar apresentam trajetórias crescentes ao longo do período. Esse conjunto de observações sugere que apenas a redução das internações não pode ser interpretada como sinal de melhora da APS.

Sob o ponto de vista racial, a população negra, maioria demográfica do país, concentra as maiores taxas de mortalidade hospitalar, as internações mais longas e os diagnósticos de maior gravidade, com pretos internando predominantemente por AVC e pardos por condições associadas à precariedade de saneamento e vulnerabilidade socioeconômica (assim como indígenas). Essas disparidades indicam que os avanços da APS não têm alcançado de forma equitativa todos os grupos raciais e que as lacunas são mais profundas entre as populações historicamente mais vulneráveis.

No recorte segundo sexo, homens apresentam maior mortalidade hospitalar, permanências mais longas e diagnósticos mais graves, com o AVC como principal causa de internação. É razoável a alusão à menor adesão masculina ao cuidado primário e à histórica insuficiência das estratégias de vinculação aos serviços de saúde. Mulheres, por sua vez, mantêm elevado volume de internações por ITU, condição predominantemente manejável na APS.

Os dados relativos às ICSAPS permitem identificar algumas disparidades nos indicadores de saúde entre grupos raciais e de sexo, mas não apontam os mecanismos pelos quais essas desigualdades são produzidas e reproduzidas. Da mesma forma, as diferenças entre homens e mulheres nos padrões de internação e mortalidade são consistentes com a hipótese de que a APS alcança de forma desigual esses grupos, mas não é possível confirmar se essa desigualdade decorre de barreiras culturais ou de menor oferta de ações. Em ambos os casos — raça/cor e sexo —, o que este estudo documenta são padrões de desfecho, não trajetórias de cuidado. A identificação dos mecanismos reprodutores dessas desigualdades requereria dados longitudinais que acompanhem o percurso do indivíduo no sistema de saúde, desde a atenção primária até a internação, articulados a variáveis socioeconômicas e territoriais.

Sobre esse resultado, cabe ainda uma reflexão acerca das limitações do próprio indicador. A utilização das ICSAP como evidência direta de falha da Atenção Básica pode desconsiderar a influência de outros determinantes sobre a ocorrência e a evolução dos agravos. Por um lado, as internações por condições sensíveis à atenção primária são influenciadas também por fatores socioeconômicos que extrapolam a capacidade de resposta das equipes de saúde e da própria Atenção Primária. Essa influência torna-se parcialmente visível, por exemplo, na análise dos recortes por raça e sexo – como apontado logo acima.

Por outro lado, as ICSAP constituem um indicador agregado e abrangem condições com diferentes níveis de gravidade e complexidade clínica. Entre elas, incluem-se doenças

cerebrovasculares, como o acidente vascular cerebral (AVC), e infecções do trato urinário (ITU), cuja ocorrência, manejo e desfecho podem depender não apenas da atuação da Atenção Primária, mas também da disponibilidade e da qualidade da atenção especializada, dos serviços de urgência e da coordenação entre os diferentes níveis de atenção. Assim, o indicador deve ser compreendido como instrumento para sinalizar padrões e desigualdades que demandam investigação mais aprofundada, e não como base para atribuir, de forma automática e exclusiva, à Atenção Básica a responsabilidade pelas internações observadas.

8. Impactos

Esta seção tem como objetivo identificar a existência de estudos ou avaliações de impacto sobre a política, bem como a viabilidade de desenvolvimento de análises mais estruturadas nesse campo, com base na disponibilidade de dados e na possibilidade de construção de estratégias empíricas mais robustas.

Para a identificação de estudos e avaliações de impacto, a avaliação executiva contou com o apoio técnico do serviço Evidência Express da Escola Nacional de Administração Pública (ENAP), que mobilizou equipe técnica de pesquisadoras para identificação, análise e categorização das evidências disponíveis na literatura sobre os impactos da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil, especialmente em relação à mortalidade e às internações por condições sensíveis à atenção primária (CSAP).

A seção também conta com uma proposta de avaliação do impacto da APS em relação aos óbitos por condições sensíveis à APS, destacando as ressalvas e limitações a serem consideradas para sua interpretação.

8.1. Revisão sistemática de literatura

A análise[47] incluiu 22 estudos quantitativos com delineamentos de avaliação de impacto e inferência causal, que investigaram os efeitos de diversas intervenções da APS — como a Estratégia Saúde da Família (ESF), o Programa Mais Médicos (PMM) e outras políticas correlatas — sobre indicadores de saúde ao longo do período analisado.

Os resultados indicam que a maior parte das evidências aponta para efeitos positivos da Atenção Primária à Saúde sobre a mortalidade, com predomínio de reduções em diferentes indicadores, como mortalidade geral, infantil e por causas evitáveis. Em particular, a expansão e a maior cobertura da Estratégia Saúde da Família destacam-se como fatores consistentemente associados à melhoria desses resultados.

Em contraste, os efeitos sobre as internações por CSAP mostram-se mais heterogêneos, variando conforme o tipo de intervenção, o contexto local, as características da população e o tempo de exposição aos programas. Parte dos estudos identifica redução nas internações evitáveis, enquanto outros não encontram efeitos significativos ou apontam aumentos, possivelmente relacionados à ampliação do acesso e à maior detecção de casos previamente não diagnosticados.

De maneira geral, a síntese evidencia que o impacto da APS é influenciado por fatores estruturais e contextuais, como a cobertura dos serviços, o tempo de implementação das políticas, as condições socioeconômicas da população, a capacidade de gestão local e a qualidade da infraestrutura em saúde. Assim, embora os resultados sejam globalmente

[47] RIBEIRO et al, 2026.

favoráveis — sobretudo no que se refere à redução da mortalidade —, a efetividade das intervenções depende de sua implementação e do ambiente em que se inserem.

Por fim, o estudo ressalta que, apesar das evidências positivas, a heterogeneidade metodológica e contextual dos trabalhos analisados impõe cautela na generalização dos resultados, reforçando a necessidade de aprofundamento das avaliações e de fortalecimento dos sistemas de informação para aprimorar o monitoramento e a tomada de decisão em políticas de atenção primária à saúde no Brasil.

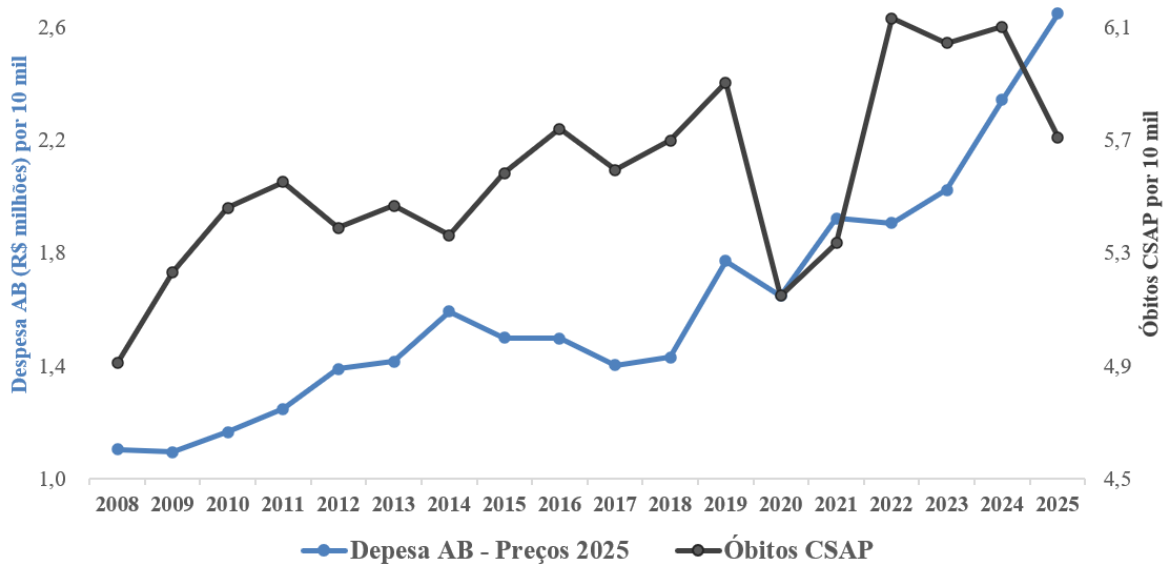
8.2. Óbitos por condições sensíveis à Atenção Primária à Saúde

Esta subseção busca avaliar a relação entre a despesa federal (Ministério da Saúde) com atenção básica e os óbitos por condições sensíveis à atenção primária ao longo do período de 2008 a 2025. A lógica metodológica adotada consiste na análise da evolução conjunta das variáveis, sua padronização por tamanho da população e a exploração de associações estatísticas simples, com o objetivo de investigar possíveis relações entre o nível de gasto e os resultados observados em saúde.

Destaca-se, contudo, que a análise envolvendo óbitos exige cuidado adicional na interpretação dos resultados, dado o caráter sensível do tema e a complexidade dos fatores envolvidos. O presente estudo não tem a pretensão de oferecer uma explicação definitiva para a dinâmica dos óbitos por condições sensíveis à atenção primária, tampouco de esgotar os determinantes associados a esses eventos. Trata-se de uma abordagem analítica voltada à identificação de padrões agregados, reconhecendo que o desfecho em questão está sujeito à influência de múltiplos fatores, incluindo aspectos clínicos, socioeconômicos, institucionais e relacionados à organização do sistema de saúde.

Nesse contexto, a análise tem início com a observação do comportamento histórico das variáveis de interesse, por meio da comparação entre a evolução da despesa com atenção básica — em termos reais e padronizada por 10 mil habitantes — e os óbitos por condições sensíveis à atenção primária, igualmente ajustados pelo tamanho da população. Essa etapa descritiva inicial, abrangendo o período de 2008 a 2025, permite identificar tendências gerais e subsidiar as análises subsequentes voltadas à investigação da relação entre gasto e resultados em saúde.

Gráfico 38. *Dinâmica Despesa Atenção Básica e Óbitos*



Fonte: Dados SIOP, DATASUS e IBGE. Elaboração Própria dos Autores.

A análise do gráfico revela, em um primeiro momento, um comportamento que pode parecer contraintuitivo. Observa-se que, ao longo do período analisado, aumentos na despesa com atenção básica são acompanhados por elevação no número de óbitos por condições sensíveis à atenção primária, mesmo após os controles pelo tamanho da população. Em termos estatísticos, a correlação entre as duas séries situa-se em pouco mais de 60%, indicando uma associação positiva entre gasto e mortalidade que contrasta com o padrão observado para as internações por CSAP.

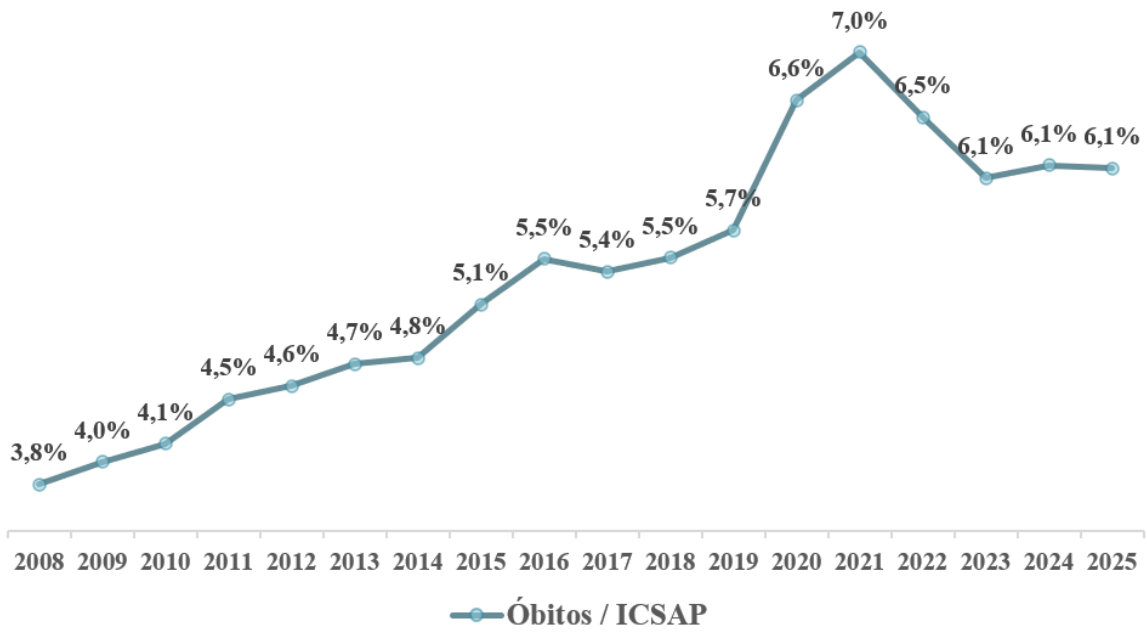
Esse resultado, contudo, deve ser interpretado com cautela, uma vez que a análise bivariada entre despesa e óbitos pode capturar apenas parte da dinâmica subjacente aos dados. Em particular, ao se considerar que, ao longo do mesmo período, observa-se uma tendência de redução nas internações por condições sensíveis à atenção primária, a elevação dos óbitos pode estar associada a uma mudança no perfil dos casos que chegam ao sistema de saúde. Nesse contexto, a combinação de menor volume de internações e maior número de óbitos sugere a possibilidade de aumento da gravidade média dos casos, isto é, uma elevação da letalidade associada a essas condições, o que não é diretamente capturado pela análise isolada das variáveis de despesa e mortalidade.

Diversos fatores podem contribuir para essa dinâmica. Entre eles, destacam-se mudanças no perfil demográfico da população, como o envelhecimento, o aumento da prevalência de doenças crônicas e a maior complexidade clínica dos pacientes. Ademais, aspectos relacionados ao acesso ao sistema de saúde, à qualidade do cuidado prestado, à continuidade do atendimento e à integração entre os níveis de atenção também podem influenciar os desfechos observados. Um ponto adicional relevante diz respeito ao possível efeito de seleção decorrente da própria expansão da atenção básica: à medida que o sistema se torna mais eficaz em prevenir casos menos graves, tende-se a observar uma concentração

maior de casos mais complexos e severos entre aqueles que efetivamente acessam o nível hospitalar, como inclusive também apontado na seção de “Resultados”. Esse fenômeno pode contribuir para o aumento da letalidade média associada a essas condições.

Ademais, eventos conjunturais, como a pandemia de COVID-19, igualmente podem ter afetado de forma significativa tanto o padrão de utilização dos serviços quanto os indicadores de mortalidade. Nesse sentido, a relação positiva observada no gráfico não deve ser interpretada como evidência direta de ineficiência da política, mas sim como um indicativo da necessidade de uma análise mais aprofundada, que considere a interação entre diferentes dimensões do sistema de saúde.

Gráfico 39 - *Letalidade por Condições Sensíveis a Atenção Primária*



Fonte: Dados SIOP, DATASUS e IBGE. Elaboração Própria dos Autores.

Com o objetivo de explorar essa hipótese, o gráfico acima apresenta a evolução da letalidade associada às condições sensíveis à atenção primária, construída a partir da razão entre o número de óbitos e o total de internações por essas mesmas condições em cada período. A análise da letalidade evidencia uma tendência de elevação ao longo do período, com o indicador passando de patamares próximos a 4% nos anos iniciais para um pico de aproximadamente 7% em 2022. Nos anos subsequentes, observa-se uma reversão parcial desse movimento, com a letalidade se estabilizando em torno de 6%, ainda em níveis superiores aos verificados no início da série. Esse comportamento reforça a hipótese de aumento da gravidade média dos casos associados às condições sensíveis à atenção primária ao longo do tempo.

9. Economicidade

O presente capítulo busca avaliar a economicidade e a eficiência da PNAB, a partir da análise da relação entre os recursos empregados e os resultados observados em saúde.

Nesse contexto, procura-se responder, de forma sintética, às seguintes questões:

a) se a política vem sendo executada a custos razoáveis ao longo do tempo;

b) se há evidências de ganhos de eficiência na alocação de recursos; e

c) como a dinâmica entre o setor público e o setor privado influencia a implementação da atenção básica.

Nesse sentido, busca-se, em primeiro lugar, examinar se a política vem sendo executada a custos razoáveis, considerando a evolução dos gastos públicos e sua correspondência com os desfechos em saúde associados à atuação da atenção básica. Adicionalmente, procura-se investigar se há evidências de ganhos de eficiência na alocação de recursos, isto é, se o aumento dos dispêndios tem se traduzido em resultados proporcionalmente mais favoráveis ao longo do tempo.

Complementarmente, ainda que de forma mais exploratória e condicionada à disponibilidade de dados, são consideradas questões relacionadas à interação entre os setores público e privado na oferta de serviços de saúde, com o intuito de identificar possíveis implicações para a implementação e o desempenho da política.

9.1. Base de Dados

A análise empírica desenvolvida neste trabalho baseia-se em um conjunto de dados com periodicidade anual, abrangendo o período de 2007 a 2025, construído a partir de diferentes fontes oficiais de informação.

No que se refere aos dados de despesa, foram utilizados registros do Sistema Integrado de Planejamento e Orçamento (SIOP), considerando-se especificamente a despesa efetivamente paga do Ministério da Saúde na subfunção (301) “Atenção Básica”. A opção por trabalhar com a despesa paga, em detrimento de outras fases da execução orçamentária, tem como objetivo mitigar distorções associadas à inscrição e liquidação de restos a pagar, assegurando maior aderência entre o gasto contabilizado e sua efetiva realização ao longo do tempo. Ademais, a utilização da subfunção, em conjunto com o recorte institucional do Ministério da Saúde — órgão gestor analisado neste estudo — visa conferir maior consistência à série histórica, diante das alterações recorrentes na estrutura e na nomenclatura das programações orçamentárias relacionadas à atenção primária.

Para a análise de ganhos de eficiência, foram utilizados indicadores de internações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP) e óbitos por essas mesmas condições,

extraídos das bases do DATASUS, os quais são detalhados de forma mais aprofundada na seção de Resultados. Adicionalmente, foram incorporadas estimativas populacionais do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), possibilitando a construção de indicadores padronizados, como taxas por 10 mil habitantes, essenciais para a comparabilidade intertemporal dos resultados analisados.

Por fim, sempre que pertinente, os valores de despesa foram ajustados para preços constantes por meio do Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), permitindo a análise da evolução real dos gastos ao longo do período. De forma complementar, foram utilizados dados do Produto Interno Bruto (PIB) brasileiro, com o objetivo de contextualizar a dinâmica da despesa em relação ao desempenho da economia, contribuindo para a análise da trajetória dos gastos em termos relativos e para a avaliação de sua sustentabilidade e adequação ao longo do tempo.

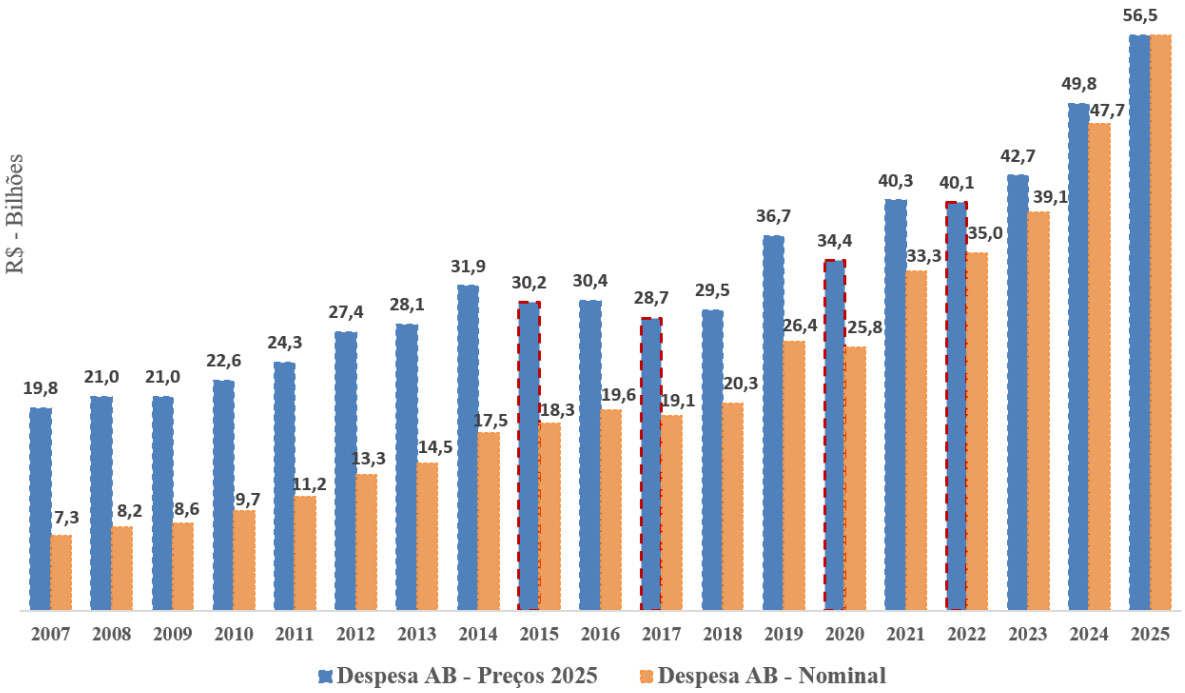
9.2. Análise de Custo

A análise da evolução da despesa (custo) com atenção básica tem como objetivo contribuir para a avaliação da primeira questão central deste capítulo, qual seja, se a política vem sendo executada a custos razoáveis ao longo do tempo.

Para tanto, examina-se a trajetória dos gastos realizados pelo Ministério da Saúde na subfunção Atenção Básica ao longo do período analisado, buscando identificar padrões de crescimento, mudanças de tendência e possíveis descontinuidades. Essa abordagem permite caracterizar a dinâmica de financiamento da política e constitui etapa inicial para, em conjunto com a análise dos resultados em saúde, avaliar a relação entre dispêndios e desempenho, elemento fundamental para a discussão de economicidade no âmbito da PNAB.

Nesse sentido, o gráfico abaixo apresenta a evolução histórica da despesa com atenção básica ao longo dos últimos dezoito anos, compreendendo o período de 2007 a 2025. Destaca-se, inicialmente, a presença de duas séries distintas: uma expressa em valores nominais e outra ajustada para termos reais (preços 2025). A consideração simultânea dessas duas métricas é fundamental para a adequada interpretação da dinâmica dos gastos, uma vez que a série em valores correntes reflete o desembolso efetivo ao longo do tempo, enquanto a série a preços constantes permite isolar o efeito da inflação no período, viabilizando a análise da evolução real da despesa com atenção básica.

Gráfico 40 - *Evolução Despesa Atenção Básica (AB) – Ministério da Saúde*

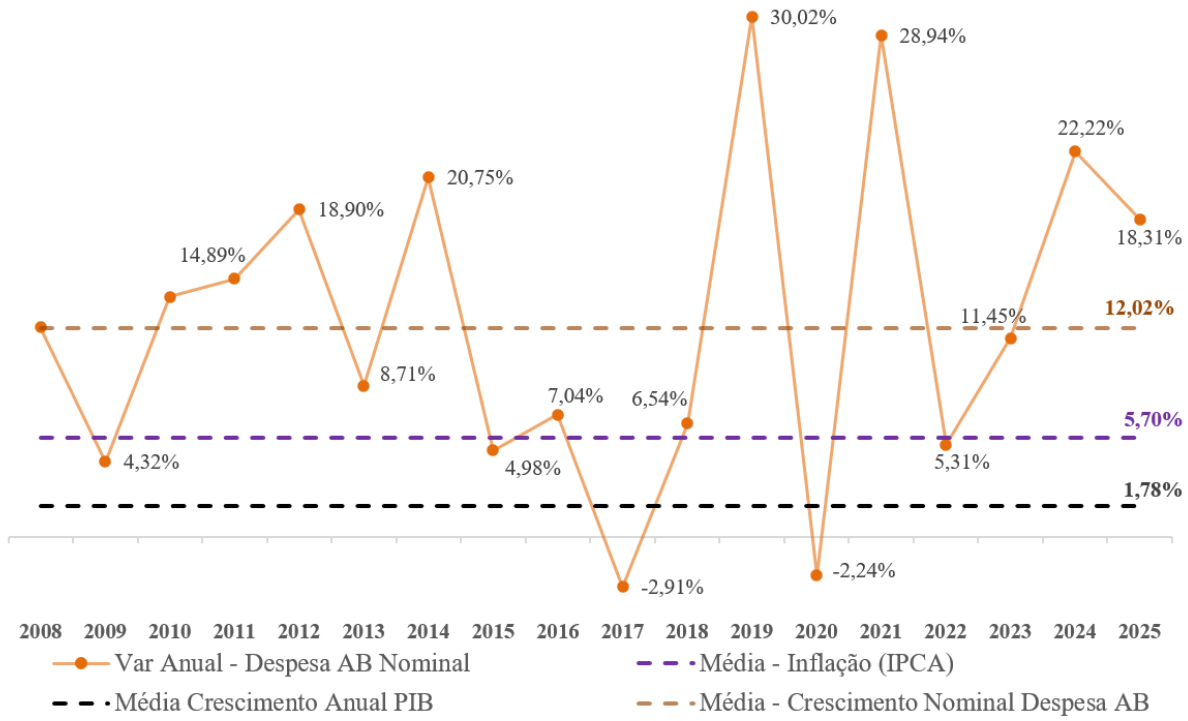


Fonte: Dados SIOP, subfunção Atenção Básica (301), Ministério da Saúde. Elaboração Própria dos Autores.

A comparação entre as séries em valores nominais e reais evidencia diferenças relevantes na magnitude dos gastos ao longo do período analisado, decorrentes do efeito acumulado da inflação. Como ilustração, observa-se que o montante de aproximadamente R$ 7,3 bilhões despendido com atenção básica em 2007, quando atualizado para preços de 2025 por meio do IPCA, corresponde a cerca de R$ 19,8 bilhões. Esse ajuste é essencial para a correta interpretação da evolução da política, uma vez que permite comparações intertemporais em termos reais. Já no final da série, em 2025, a despesa com atenção básica atinge aproximadamente R$ 56,5 bilhões, maior valor da série histórica, refletindo tanto o crescimento nominal dos dispêndios quanto sua expansão em termos reais ao longo dos anos.

Outro aspecto relevante evidenciado pela série histórica diz respeito à diferença de comportamento entre os valores nominais e os valores ajustados pela inflação. Sob a ótica nominal, observa-se uma trajetória de crescimento praticamente contínua da despesa ao longo do período, com raros episódios de retração — notadamente em 2017 e em 2020, quando se verificam reduções pontuais. No entanto, ao se considerar a série em termos reais, a dinâmica se mostra mais heterogênea, com a ocorrência de episódios de queda na despesa de um ano para outro, em particular nos anos de 2015, 2017, 2020 e 2022.

Gráfico 41 - *Variação Anual da Despesa Atenção Básica (AB)*



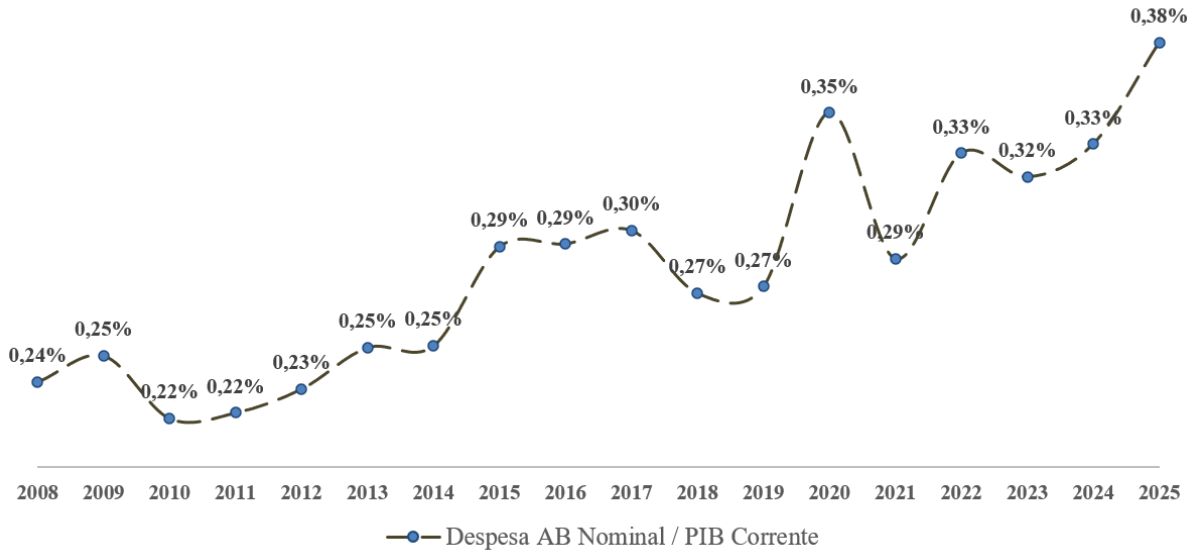
Fonte: Dados SIOP e IBGE. Elaboração Própria dos Autores.

A análise da taxa média composta de crescimento anual das séries reforça o caráter expansivo do financiamento da atenção básica ao longo do período. Em termos nominais, observa-se uma taxa média anual de crescimento da despesa da ordem de 12,02% ao ano, o que corresponde a um ritmo aproximadamente duas vezes superior à inflação média no período, cerca de 5,7% ao ano, medida pelo IPCA. Descontado o efeito inflacionário, esse desempenho se traduz em um crescimento real médio da despesa em torno de 5,99% ao ano, evidenciando expansão efetiva em termos de poder de compra. Quando comparado ao crescimento da atividade econômica, esse resultado se destaca ainda mais, na medida em que o crescimento real da despesa com atenção básica se mostra aproximadamente três vezes superior ao crescimento médio do PIB (1,78% ao ano). Tal dinâmica indica uma expansão consistente da capacidade de financiamento da política ao longo do período analisado, tanto sob a ótica nominal quanto em termos reais. Destaca-se, ainda, o crescimento nos últimos 2 anos (2024 e 2025), a taxas superiores à média histórica com 22,22% e 18,31% de crescimento respectivamente. Tal evidência sugere um aumento efetivo da capacidade de financiamento da política ao longo do horizonte analisado.

Esse resultado torna-se ainda mais evidente quando comparado ao crescimento da atividade econômica. Para o mesmo período, a taxa média de crescimento real do PIB brasileiro foi da ordem de 1,78% ao ano, significativamente inferior à expansão observada na despesa com atenção básica. Sob essa ótica, o gasto com a política cresce a um ritmo aproximadamente três vezes superior ao crescimento econômico, o que indica aumento de sua participação relativa na economia. O gráfico a seguir demonstra esse movimento de forma clara,

evidenciando a elevação da despesa em atenção básica como proporção do PIB, que parte de patamares próximos a 0,25% do PIB nos primeiros anos da série e atinge valores da ordem de 0,38% do PIB em 2025, o maior da série histórica. Essa evolução reforça a leitura de expansão não apenas em níveis absolutos de gasto, mas também em termos relativos dentro da economia brasileira.

Gráfico 42 - *Peso Despesa Atenção Básica (MS) no PIB*



Fonte: Dados SIOP e IBGE. Elaboração Própria dos Autores.

Assim, destaca-se que, independentemente do referencial adotado — inflação ou crescimento do PIB —, os resultados apontam para uma expansão consistente da capacidade de financiamento da política ao longo dos últimos 18 anos.

A análise da evolução do nível e da trajetória dos gastos, embora importante para caracterizar a dinâmica de financiamento da política, não é suficiente, por si só, para responder à questão sobre a razoabilidade dos custos da atenção básica. O aumento absoluto ou mesmo o crescimento real da despesa não permite, isoladamente, inferir se os recursos estão sendo utilizados de forma eficiente.

Nesse sentido, torna-se necessário relacionar os dispêndios realizados com indicadores finalísticos em saúde, de modo a avaliar a correspondência entre gasto e desempenho. Assim, nesta etapa seguinte do trabalho, busca-se avançar na análise de eficiência e economicidade a partir da ponderação da despesa com indicadores de óbitos e internações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP). A utilização desses indicadores permite incorporar a dimensão de resultado à análise fiscal, contribuindo para uma avaliação mais abrangente sobre a adequação do custo da política ao longo do período analisado.

Destaca-se, contudo, que a despesa considerada nesta análise se refere exclusivamente aos recursos executados pela União, por meio do Ministério da Saúde (MS). A PNAB é implementada de forma descentralizada, envolvendo também estados, o Distrito Federal e, sobretudo, os municípios, de modo que a análise de custos aqui apresentada não contempla a totalidade dos dispêndios associados à política. Adicionalmente, cabe ressaltar que, historicamente, cerca de 90% da execução orçamentária do Ministério da Saúde na subfunção Atenção Básica ocorre por meio da modalidade de aplicação “Transferências a

Municípios – Fundo a Fundo", o que evidencia o papel central dos entes municipais na execução direta das ações e serviços de atenção primária.

9.3. Eficiência

Nesta seção, busca-se avançar na avaliação da eficiência e da economicidade da PNAB, a partir da análise conjunta entre os dispêndios públicos e indicadores finalísticos em saúde. Para tanto, são inicialmente exploradas as correlações entre a despesa federal em atenção básica e indicadores de resultado, notadamente internações e óbitos por condições sensíveis à atenção primária, com vistas a identificar padrões gerais de associação entre gasto e desempenho ao longo do tempo.

Adicionalmente, são estimados modelos econométricos simplificados, com o objetivo de explicar a variabilidade observada nesses indicadores de resultado, utilizando como principais variáveis explicativas a despesa com atenção básica, bem como controles básicos relacionados à dinâmica temporal e ao contexto do sistema de saúde. Com base nesses modelos, são construídos exercícios contrafactuais que buscam simular, de forma meramente ilustrativa, a trajetória desses indicadores na ausência do aumento da despesa ao longo do período analisado, reconhecendo-se, desde já, as limitações metodológicas inerentes a tal abordagem.

Por fim, a análise é complementada por uma aproximação da dimensão de economicidade, por meio da avaliação da relação marginal entre a variação da despesa e as mudanças observadas nos indicadores finalísticos, permitindo inferir, ainda que de forma aproximada, a eficiência do gasto público na geração de resultados em saúde. Ressalta-se, contudo, que os resultados aqui apresentados devem ser interpretados com cautela, tendo em vista o número limitado de observações disponíveis, o caráter agregado dos dados e a utilização de modelos simplificados, cuja finalidade principal é lançar luz sobre a discussão, e não estabelecer relações causais definitivas.

Quanto ao caráter agregado dos dados, a opção por essa abordagem decorre, em grande medida, da indisponibilidade de informações de despesa desagregadas por município ou por unidade da federação. No âmbito do DATASUS, por exemplo, seria possível, em tese, explorar os gastos relacionados a atendimentos de atenção básica; entretanto, embora esse campo exista, observa-se um nível extremamente reduzido de preenchimento — da ordem de aproximadamente 0,01% — nos registros utilizados para a construção das bases de dados, o que inviabiliza sua utilização para fins analíticos mais robustos.

a) Óbitos

Nesse sentido, para avançar na análise de eficiência e buscar uma melhor compreensão da relação entre despesa e mortalidade, torna-se necessário ir além da simples observação gráfica ou correlação entre as variáveis. Especificamente, é importante controlar fatores

adicionais que podem influenciar a dinâmica dos óbitos por condições sensíveis à atenção primária, como a tendência estrutural associada ao envelhecimento populacional e à transição epidemiológica, bem como choques conjunturais relevantes — em particular o período da pandemia de COVID-19, no qual se observa, simultaneamente, uma queda acentuada nas internações e nos óbitos, com aumento nos indicadores de letalidade[48]. Além disso, busca-se capturar o possível efeito da despesa em atenção básica sobre os resultados, mantendo coerência com a análise desenvolvida na subseção anterior.

De forma análoga ao procedimento adotado para as internações por CSAP, a despesa em atenção básica é considerada com uma defasagem de um período, com o objetivo de mitigar potenciais problemas de simultaneidade entre gasto e resultado. A relação estimada pode ser representada pela seguinte equação (K):

$$Óbitos_t = \alpha + \beta DespesaAB_{t-1} + \gamma ICSAP_t + \delta.t + \theta Covid_t + \varepsilon_t \qquad \text{(K)}$$

Nessa especificação, tanto $Óbitos_t$ quanto $ICSAP_t$ são expressos em termos relativos, como taxas por 10 mil habitantes, assim como a variável $DespesaAB_{t-1}$, que corresponde à despesa em atenção básica, a preços de 2025, igualmente ponderada por 10 mil habitantes e com defasagem de um período. O termo t representa uma tendência temporal, utilizada como aproximação para fatores estruturais não observados, enquanto $Covid_t$ corresponde a uma variável indicadora para o período da pandemia. Por fim, ε_t representa o termo de erro da regressão. Essa especificação permite isolar, ainda que de forma simplificada, a associação entre o gasto em atenção básica e os resultados em mortalidade, controlando por elementos relevantes que afetam a dinâmica das variáveis ao longo do tempo. O quadro abaixo sintetiza os principais resultados encontrados do modelo K proposto:

Tabela 15 - *Resultados da regressão: Óbitos CSAP e despesa com atenção básica*

Variável	Coeficientes	Sinal	Interpretação
Intercepto (α)	5,32		Nível base do indicador de óbitos
DespesaAB (t-1) (β)	-559,51	Negativo	Aumentos na despesa estão associados à redução dos óbitos
ICSAP (γ)	0,0039	Positivo	Maior número de internações associado à maior número de óbitos
Tendência (δ)	0,0906	Positivo	Captura tendência estrutural de crescimento dos óbitos ao longo do tempo
Dummy COVID (θ)	-0,5583	Negativo	Reflete efeito médio do período da pandemia no indicador
R^2	0,8440		Aproximadamente 84,4% da variabilidade dos óbitos é explicada pelo modelo

[48] A superlotação ocorreu por COVID-19, que não é CSAP; por isso as internações por CSAP diminuíram.

Nº de observações	17		Período de 2009 a 2025

Fonte Elaboração Própria dos Autores.

Os resultados apresentados indicam uma mudança relevante na interpretação da relação entre despesa em atenção básica e mortalidade por condições sensíveis quando se passa de uma análise bivariada para um modelo com controles adicionais. Enquanto a simples correlação entre despesa e óbitos sugeria uma associação positiva, potencialmente indicando que aumentos na despesa estariam acompanhados de elevação da mortalidade, o modelo proposto — ao incorporar controles para tendência temporal, efeito da pandemia e volume de internações — revela um coeficiente negativo para a despesa em atenção básica com defasagem. Esse resultado sugere que, uma vez isolados fatores estruturais e conjunturais relevantes, o efeito estimado da despesa passa a ser consistente com a expectativa teórica, isto é, indicando que aumentos na despesa em atenção básica estão associados à redução da mortalidade por condições sensíveis à atenção primária. Em outras palavras, o modelo permite captar uma relação mais "líquida" entre gasto e resultado, mitigando vieses decorrentes de variáveis omitidas e evidenciando a importância de considerar a dinâmica mais ampla do sistema de saúde na análise de eficiência.

Antes de prosseguirmos, cabe ressaltar que os resultados apresentados nesta subseção devem ser interpretados à luz de suas limitações metodológicas. Trata-se de um exercício analítico simplificado, baseado em dados agregados e em um modelo de especificação reduzida, cujo objetivo principal é oferecer uma aproximação da magnitude e da direção das relações entre despesa e resultados em saúde. Assim, mais do que fornecer estimativas definitivas ou conclusivas, a análise busca indicar o potencial desse tipo de abordagem como instrumento de apoio à avaliação da PNAB, contribuindo para qualificar o debate sobre eficiência e economicidade no âmbito da atenção básica.

Dessa forma, dando continuidade à análise de eficiência, procede-se à construção de um novo exercício contrafactual com base no modelo K proposto, com o objetivo de estimar a trajetória dos óbitos por condições sensíveis à atenção primária em um cenário hipotético no qual a despesa com atenção básica teria permanecido constante no patamar observado em 2008. A partir da equação estimada, busca-se simular o número de óbitos adicionais que teriam ocorrido na ausência da expansão do gasto ao longo do período analisado, permitindo, de forma análoga ao caso das internações, avaliar a magnitude potencial do impacto da política sobre um indicador finalístico de maior gravidade.

De forma mais específica, o exercício contrafactual baseia-se na equação estimada apresentada anteriormente, sendo operacionalizado a partir da seguinte formulação (equação M):

$$Óbitos_t^{cf} = Óbitos_t^{obs} + \beta(DespesaAB_{2008} - DespesaAB_{t-1}) \quad \text{(M)}$$

Em que $\acute{O}bitos_t^{cf}$ representa o nível contrafactual de óbitos por condições sensíveis à atenção primária no período t, $\acute{O}bitos_t^{obs}$ corresponde ao valor observado do indicador, $DespesaAB_{t-1}$ refere-se à despesa em atenção básica (a preços de 2025 e ponderada por 10 mil habitantes) com uma defasagem de um período, e $DespesaAB_{2008}$ representa o nível de gasto adotado como referência fixa no exercício. O coeficiente β, estimado a partir da regressão M anterior, captura a variação média dos óbitos associada a mudanças na despesa. Dessa forma, substitui-se a trajetória observada da despesa por um cenário hipotético em que o gasto permanece constante ao longo do tempo, permitindo estimar a diferença entre o cenário observado e o contrafactual. O gráfico a seguir apresenta os resultados encontrados para a curva contrafactual calculados.

Gráfico 43 - *Óbito Contrafactual sem aumento despesa*



Fonte: Dados SIOP, DATASUS e IBGE. Elaboração Própria dos Autores.

A comparação entre a trajetória observada e o cenário contrafactual aponta para uma divergência progressiva ao longo do período analisado. Enquanto a série efetivamente observada dos óbitos por condições sensíveis à atenção primária reflete a combinação de fatores estruturais e conjunturais, a curva contrafactual — construída sob a hipótese de manutenção da despesa em atenção básica no nível de 2008 — tende a se posicionar em patamares superiores, sobretudo nos anos mais recentes da série. Esse padrão sugere que, no exercício proposto, a expansão do gasto federal estaria associada a um nível relativamente menor de mortalidade, quando comparado a um cenário de estagnação dos investimentos.

Ao traduzir essa diferença para números absolutos, a estimativa resultante indica uma ordem de grandeza relevante para o período de 2009 a 2025. Nesse intervalo, o cenário contrafactual apontaria para cerca de 89,6 mil óbitos adicionais (89.613) por condições sensíveis à atenção primária, caso o nível de despesa tivesse permanecido constante ao longo do tempo. Esse quantitativo pode, portanto, ser interpretado como uma estimativa do total de óbitos potencialmente evitados, associada à ampliação dos recursos federais destinados à atenção básica ao longo da série analisada.

A análise de eficiência apresentada, baseada na relação entre a despesa adicional com atenção básica e o número de óbitos evitados, busca aproximar a conexão entre o esforço fiscal incremental da União e os resultados observados em termos de redução da mortalidade por condições sensíveis à atenção primária. Em termos metodológicos, o indicador de custo marginal anual é construído a partir da razão entre a variação da despesa real em atenção básica — em relação ao nível de referência de 2008 — e o número de óbitos evitados estimados em cada período por meio do exercício contrafactual. Dessa forma, o indicador expressa, para cada ano, o montante de recursos adicionais associado à redução de um óbito, permitindo uma leitura direta da relação entre gasto incremental e resultado para este indicador finalístico.

Cabe destacar que a utilização de métricas como o custo por óbito evitado não tem como objetivo, em nenhuma hipótese, atribuir um "valor" à vida humana ou estabelecer uma precificação de desfechos em saúde. Trata-se, antes, de uma abordagem analítica que busca aproximar a relação entre os recursos públicos empregados e os resultados observados, permitindo avaliar, de forma agregada, como a variação da despesa com atenção básica pode estar associada à redução de eventos adversos.

Nesse sentido, o indicador deve ser entendido como uma ferramenta de apoio à análise de eficiência e economicidade, cujo propósito é oferecer um referencial adicional para compreender a magnitude dos efeitos da política, e não como uma medida normativa ou valorativa sobre o impacto individual de cada vida preservada. Formalmente, esse indicador pode ser representado pela seguinte expressão (J):

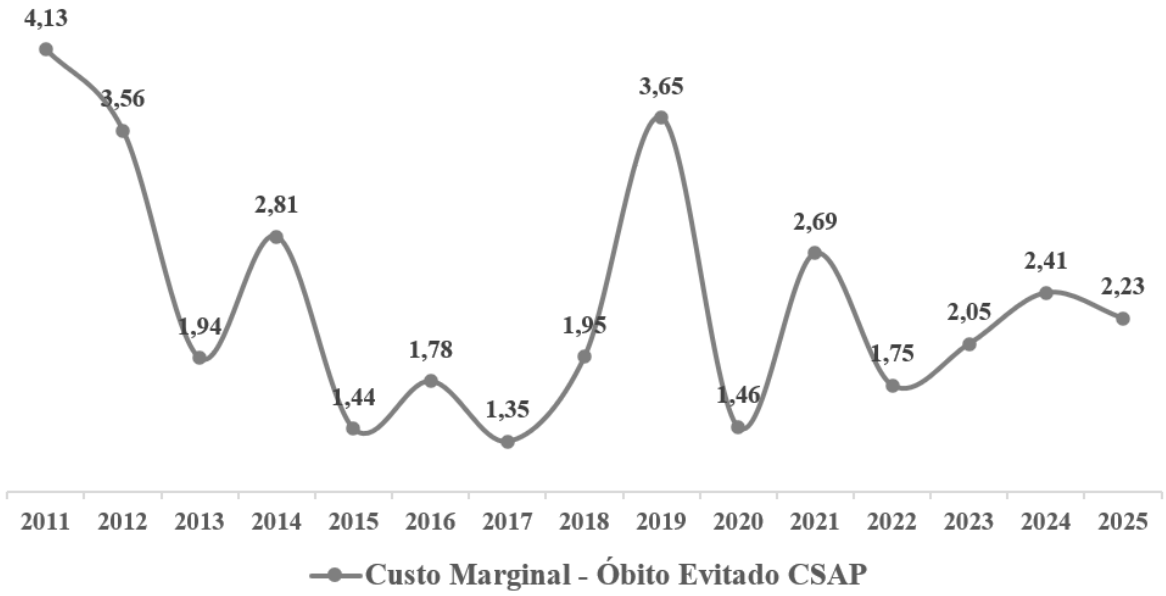
$$Custo_t^{marg} = \frac{\Delta G_t}{\Delta Óbitos_t} \text{(J)}$$

Em que a variação da despesa é dada por $\Delta G_t = (DespesaAB_t - DespesaAB_{2008})$, enquanto a variação dos óbitos corresponde a $\Delta Óbitos_t = (Óbitos_t^{cf} - Óbitos_t^{obs})$.

Nesse contexto, a variação da despesa reflete o aumento dos recursos aplicados pela União ao longo do tempo em comparação com o cenário de referência, enquanto a variação dos óbitos representa o número estimado de mortes que deixaram de ocorrer, a partir da diferença entre a trajetória observada e aquela projetada no cenário contrafactual. Assim como no caso das internações, o exercício mantém a despesa fixa no nível de 2008 para construção do cenário hipotético, enquanto os óbitos são estimados endogenamente pelo

modelo, refletindo a resposta esperada do indicador em um contexto de ausência de crescimento do gasto.

Gráfico 44 - *Custo Marginal: Gasto Adicional Ano por Óbito Evitado (R$ milhões)*



Fonte: Dados SIOP, DATASUS e IBGE. Elaboração Própria dos Autores.

A evolução do custo marginal por óbito evitado evidencia uma dinâmica marcada por oscilações ao longo do período, porém com tendência geral de redução. Nos anos iniciais da série, entre 2011 e 2013, o indicador situava-se em patamares elevados, na ordem de aproximadamente R$ 3,5 milhões a R$ 4,0 milhões por óbito evitado. A partir desse ponto, observa-se uma trajetória de queda até 2017, quando o custo atinge o menor valor da série, próximo de R$ 1,35 milhão. Em seguida, há um novo movimento de elevação, com um pico em 2019, na faixa de R$ 3,65 milhões, seguido novamente por reduções e uma relativa estabilização nos anos mais recentes. No período de 2023 a 2025, os valores passam a oscilar em torno de R$ 2,2 milhões por óbito evitado, todos expressos a preços de 2025, o que garante a comparabilidade intertemporal desses valores. Cabe destacar, contudo, que, no estágio atual da metodologia, mais relevante do que o valor pontual do custo marginal em cada período é a trajetória ao longo do tempo, que permite identificar a direção e o comportamento do indicador.

Essa trajetória, apesar das variações pontuais, pode sugerir uma tendência de redução do custo marginal ao longo do tempo, na medida em que o sistema passa a associar a mesma unidade adicional de gasto à prevenção de um número maior de óbitos. Em outras palavras, a curva negativamente inclinada sugere, em termos médios, um aumento do custo-efetividade da política ao longo da série analisada. Ainda que os resultados devam ser

interpretados com cautela, a análise evidencia a relevância de monitorar esse tipo de indicador na avaliação da PNAB, inclusive com o desenvolvimento de abordagens metodológicas mais robustas e aperfeiçoamento dos exercícios contrafactuais, de modo a aprofundar a compreensão da relação entre esforço fiscal e resultados em saúde para a população brasileira.

Cabe destacar que a análise desenvolvida nesta subseção está restrita à despesa executada pela União, por meio do Ministério da Saúde, não contemplando a totalidade dos recursos mobilizados no âmbito da PNAB. A política é implementada de forma descentralizada, com participação ativa de estados, do Distrito Federal e, sobretudo, dos municípios, que assumem papel central na execução das ações e serviços. Nesse sentido, a incorporação das despesas dos diferentes entes federativos tenderia a proporcionar uma avaliação mais abrangente e robusta do financiamento e dos resultados da política como um todo. Ainda assim, o foco adotado neste trabalho concentra-se na despesa federal, em razão da maior consistência e disponibilidade dos dados nesse nível de governo, o que permite identificar padrões relevantes e contribui para a compreensão do papel da União no financiamento da atenção primária.

Por fim, observa-se que a análise da relação entre o financiamento da atenção primária e seus impactos sobre indicadores finalísticos da saúde da população — como internações e óbitos por condições sensíveis à atenção primária — não parece ocupar posição central nos instrumentos de planejamento e avaliação atualmente utilizados. Nesse contexto, a metodologia aqui desenvolvida pode oferecer um ponto de partida para abordagens mais estruturadas e aprofundadas, incorporando bases de dados mais completas, maior nível de desagregação e técnicas econométricas mais sofisticadas, de modo a fortalecer a capacidade de avaliação da política sob a ótica da eficiência e da economicidade.

b) ICSAP

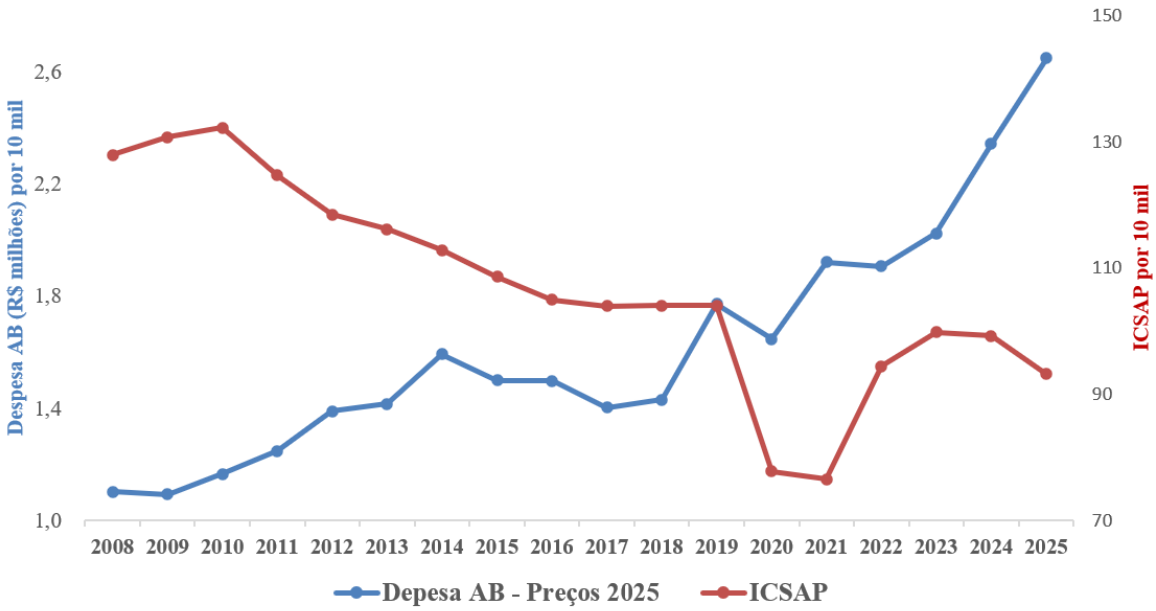
A análise da relação entre a despesa com atenção básica e as internações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP) ao longo do período de 2008 a 2025 constitui o ponto de partida para a avaliação da eficiência da política sob a ótica dos resultados em saúde. Para tanto, considera-se a evolução conjunta dessas duas variáveis ao longo dos últimos dezessete anos, utilizando-se os valores de despesa já ajustados para termos reais, a preços constantes de 2025, de modo a garantir comparabilidade em termos de poder de compra.

Com o objetivo de tornar as variáveis comparáveis ao longo do tempo e evitar que mudanças no tamanho da população interfiram na análise, tanto a despesa com atenção básica quanto o número de internações por CSAP foram padronizados em relação à população de cada ano, sendo expressos em termos de valores por 10 mil habitantes. Esse procedimento permite neutralizar o efeito do crescimento populacional sobre as séries, possibilitando uma análise mais precisa da dinâmica entre o nível de gasto e os resultados observados em saúde.

A partir dessa padronização, observa-se uma correlação negativa entre as variáveis da ordem de aproximadamente 70%, indicando que, ao longo do período analisado, o aumento da despesa em atenção básica por parte da União esteve associado, de forma agregada, à redução das internações por condições sensíveis à atenção primária. Ressalte-se, contudo, que essa relação não deve ser interpretada como evidência de causalidade, mas sim como um indicativo relevante de associação entre as variáveis, sugerindo que a expansão do gasto em atenção básica pode estar relacionada à melhoria dos resultados em termos de redução de internações evitáveis quando ponderadas pelo tamanho da população.

Adicionalmente, um aspecto relevante a ser considerado na análise da relação entre despesa e resultados em saúde refere-se ao potencial problema de simultaneidade entre as variáveis. Isto porque não necessariamente aumentos na despesa em atenção básica produzem efeitos imediatos sobre os indicadores finalísticos no mesmo período. Em outras palavras, é plausível que os impactos do maior financiamento da política se materializem com defasagem temporal, em razão do tempo necessário para implementação das ações, ampliação de cobertura e consolidação dos efeitos sobre o sistema de saúde. Nesse sentido, torna-se metodologicamente importante avaliar não apenas a correlação contemporânea entre as variáveis, mas também sua relação ao longo do tempo.

Gráfico 45 - *Dinâmica Despesa Atenção Básica e ICSAP*



Fonte: Dados SIOP, DATASUS e IBGE. Elaboração Própria dos Autores.

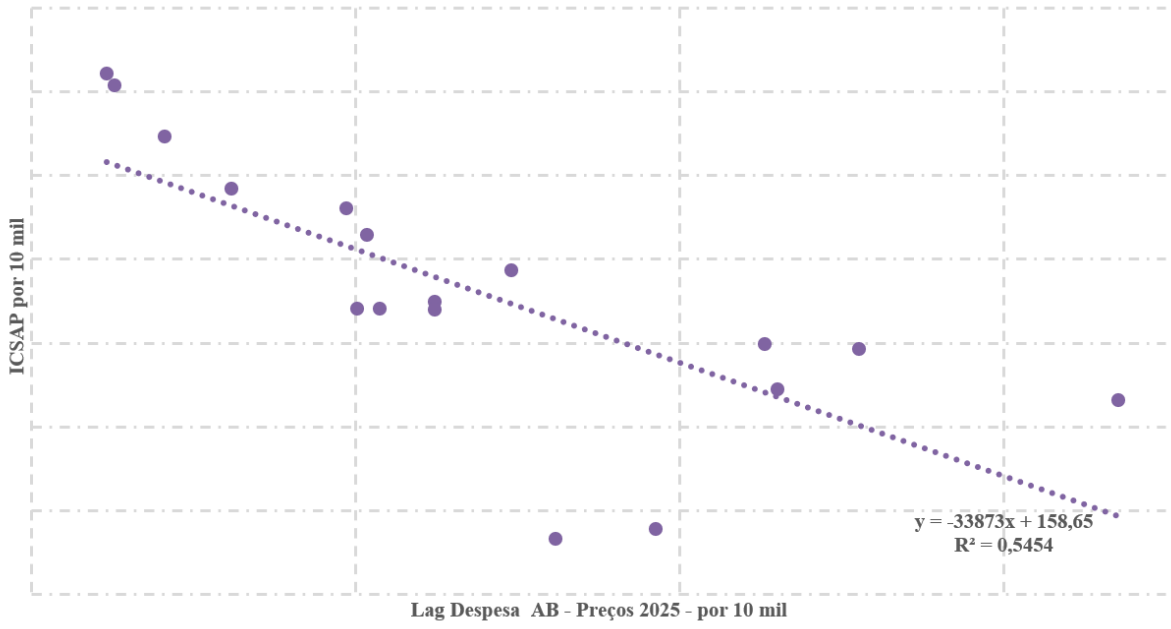
Ao se considerar a despesa em atenção básica com uma defasagem de um período (uma unidade de tempo), observa-se um fortalecimento da associação com as internações por condições sensíveis à atenção primária, com a correlação passando para aproximadamente -

75%. Esse resultado sugere que o efeito do gasto sobre os resultados em saúde pode ocorrer de forma defasada, sendo mais capturado quando se leva em conta essa dinâmica temporal.

O gráfico a seguir ilustra essa relação por meio de um diagrama de dispersão, no qual a despesa em atenção básica— expressa em termos reais (a preços de 2025), com uma defasagem de um período — e padronizada por 10 mil habitantes é representada no eixo horizontal (x), enquanto as internações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP), igualmente ajustadas por 10 mil habitantes, são apresentadas no eixo vertical (y). O gráfico evidencia visualmente essa relação inversa entre as variáveis, por meio de uma inclinação negativa da linha de tendência estimada. Tal configuração gráfica reforça o padrão observado nas estatísticas descritivas e na análise de correlação, indicando que níveis mais elevados de despesa em atenção básica estão associados, a menores taxas de internações por condições sensíveis à atenção primária ao longo do período analisado.

Adicionalmente, inclui-se uma linha de tendência correspondente a uma regressão bivariada, com intercepto, estimada entre ICSAP, como variável dependente, e a despesa em atenção básica com uma defasagem de um período, como variável explicativa. Os resultados iniciais indicam um coeficiente de determinação (R^2) em torno de 54%, o que sugere que aproximadamente metade da variabilidade das internações por CSAP no período pode ser explicada pela variação da despesa em atenção básica da União. Ademais, o coeficiente angular β estimado (-33873) apresenta sinal negativo, corroborando a correlação anteriormente observada e indicando que aumentos na despesa estão associados à redução das internações por condições sensíveis.

Gráfico 46 - *Dispersão: Despesa AB lag e ICSAP entre 2008 e 2025*



Fonte: Dados SIOP, DATASUS e IBGE. Elaboração Própria dos Autores.

Apesar de o modelo bivariado anteriormente apresentar resultado que indica relação entre as variáveis, é possível aprimorar essa especificação por meio da inclusão de uma variável de controle. A própria análise gráfica sugere que o período da pandemia constitui um candidato natural para esse ajuste, na medida em que, em 2020 e 2021, observa-se uma queda acentuada do ICSAP que parece destoar do comportamento histórico da série. Esse movimento pode refletir fatores conjunturais excepcionais — como restrições de acesso, reorganização da rede assistencial e alteração do padrão de utilização dos serviços — que dificilmente seriam capturados apenas pela trajetória da despesa. Nesse sentido, a introdução de uma variável indicadora para o período da COVID-19 permite isolar, ainda que de forma simplificada, parte desse choque extraordinário, reduzindo o risco de atribuir indevidamente à despesa efeitos decorrentes da pandemia.

Com esse objetivo, foi estimado um modelo multivariado representada pela equação Z abaixo

$$ICSAP_t = \alpha + \beta DespesaAB_{t-1} + \theta Covid_t + \epsilon_t \qquad (Z)$$

Em que $ICSAP_t$ representa o número de internações por condições sensíveis à atenção primária no período t, expresso em termos de taxa por 10 mil habitantes; $DespesaAB_{t-1}$ corresponde à despesa em atenção básica, igualmente padronizada por 10 mil habitantes e considerada com uma defasagem de um período; e $Covid_t$ representa uma variável indicadora para o período da pandemia, assumindo valor igual a 1 nos anos de 2020 e 2021 e 0 nos demais períodos. Nesse contexto, o coeficiente β capta a variação média do ICSAP associada à despesa em atenção básica, enquanto o termo associado à variável $Covid_t$ permite isolar o efeito do choque conjuntural do período sobre a dinâmica das internações.

O quadro abaixo sintetiza os principais resultados. Os números mostram ganho expressivo de ajuste em relação ao modelo bivariado original: o coeficiente de determinação sobe de aproximadamente 54,5% para 86,9%, sugerindo que o novo modelo passa a capturar parcela muito maior da variabilidade do ICSAP ao longo do período. Ademais, o coeficiente angular associado à despesa defasada permanece negativo e estatisticamente relevante ($\beta = -29.442{,}69$), reforçando a interpretação de que, mesmo após o controle para o choque pandêmico, aumentos na despesa em atenção básica seguem associados à redução das internações por condições sensíveis à atenção primária.

Tabela 16 - *Resultados da regressão: ICSAP e despesa com atenção básica*

Variável	Coeficiente	Sinal	Interpretação sintética
Intercepto (α)	154,99	—	Nível base estimado do indicador de ICSAP por 10 mil habitantes.
Despesa AB (t-1) (β)	-29.442,69	Negativo	Aumentos na despesa em atenção básica, com defasagem de um período, estão associados à redução do ICSAP por 10 mil habitantes.
Dummy COVID (θ)	-27,52	Negativo	Captura o efeito médio do período da pandemia sobre o indicador de internações por condições sensíveis à atenção primária.
R^2	0,8691	—	Aproximadamente 86,9% da variabilidade do ICSAP é explicada pelo modelo.
Nº de observações	17	—	Período de 2009 a 2025.

Fonte: Elaboração Própria dos Autores.

Ressalte-se, contudo, que se trata de um modelo deliberadamente simplificado, cujo objetivo não é estabelecer uma relação causal definitiva, mas oferecer uma primeira aproximação quantitativa da associação entre gasto e resultado. A partir desse impacto estimado, busca-se, nas etapas seguintes, avançar na discussão sobre a eficiência e a economicidade da política, explorando como a variação marginal da despesa pode estar associada à melhoria dos indicadores finalísticos em saúde.

Dessa forma, com base na metodologia apresentada e na equação estimada (equação Z), procede-se à construção de um exercício contrafactual, com o objetivo de estimar, de maneira teórica, qual teria sido a trajetória das internações por condições sensíveis à atenção primária caso o nível de despesa real com atenção básica da União — ponderado por 10 mil habitantes — tivesse permanecido constante no patamar observado em 2008 ao longo de todo o período analisado.

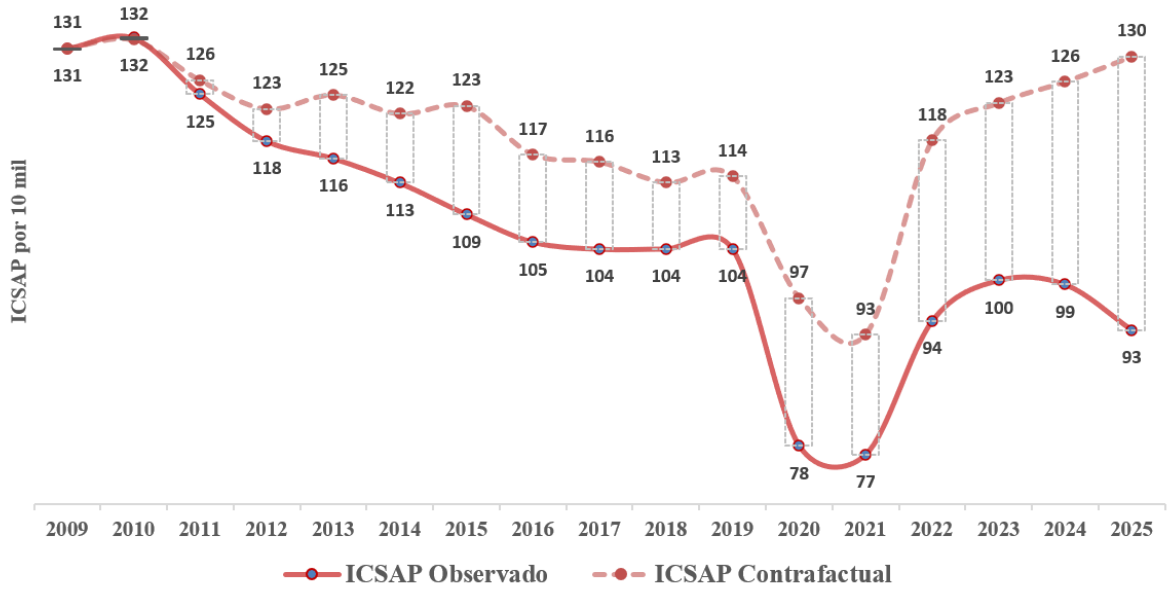
Esse exercício consiste, essencialmente, em projetar o comportamento do indicador de ICSAP a partir do modelo estimado, substituindo-se a trajetória observada da despesa por um cenário hipotético de estagnação, mantendo-se os demais elementos constantes. De forma mais específica, o exercício contrafactual baseia-se na equação Z estimada apresentada anteriormente, sendo operacionalizado a partir da seguinte formulação (equação S):

$$ICSAP_t^{cf} = ICSAP_t^{obs} + \beta(DespesaAB_{2008} - DespesaAB_{t-1}) \quad \text{(S)}$$

Em que $ICSAP_t^{cf}$ representa o nível contrafactual de internações por condições sensíveis à atenção primária no período t, $ICSAP_t^{obs}$ corresponde ao valor observado do indicador, $DespesaAB_{t-1}$ refere-se à despesa em atenção básica (a preços de 2025 e ponderada por 10 mil habitantes) com uma defasagem de um período, e $DespesaAB_{2008}$ representa o nível de gasto adotado como referência fixa no exercício. O coeficiente β, estimado a partir da

regressão Z anterior, captura a variação média das internações associada a mudanças na despesa. Dessa forma, substitui-se a trajetória observada da despesa por um cenário hipotético em que o gasto permanece constante ao longo do tempo, permitindo estimar a diferença entre o cenário observado e o contrafactual. O gráfico a seguir apresenta os resultados encontrados para a curva contrafactual calculados:

Gráfico 47 - *ICSAP Contrafactual sem aumento despesa– modelo bivariado*



Fonte: Dados SIOP, DATASUS e IBGE. Elaboração Própria dos Autores.

A comparação entre a curva observada e a curva contrafactual estimada evidencia, de forma consistente, um descolamento crescente ao longo do período analisado. Enquanto a trajetória observada apresenta tendência geral de redução das internações por 10 mil habitantes, a curva contrafactual — construída sob a hipótese de manutenção da despesa real em atenção básica no nível de 2008 — permanece sistematicamente acima da série efetivamente observada, sobretudo nos anos mais recentes. Esse comportamento sugere que a expansão da despesa federal com atenção básica esteve associada, no exercício teórico proposto, a um nível inferior de internações evitáveis em comparação ao cenário de gasto estagnado.

Em termos quantitativos, ao se converter a diferença entre a trajetória observada e o cenário contrafactual para o nível agregado da população, os resultados indicam uma magnitude expressiva do efeito estimado. No período de 2009 a 2025, o exercício contrafactual sugere que teriam ocorrido aproximadamente 4,7 milhões de internações adicionais (mais precisamente 4.715.618) por condições sensíveis à atenção primária caso o nível de despesa em atenção básica tivesse permanecido constante no patamar observado

em 2008. Dessa forma, esse montante pode ser interpretado como o número de internações potencialmente evitadas ao longo do período. Considerando-se, adicionalmente, um custo médio de internação de R$ 1.564 a preços de 2025 (conforme detalhado na seção de Resultados), esse resultado implicaria, tudo mais constante, uma economia potencial da ordem de R$ 7,38 bilhões[49] (R$ 7.378.092.927,14) no período analisado.

A análise de eficiência, a partir da despesa adicional e o número de internações evitadas, busca aproximar a relação entre o dispêndio público adicional em atenção básica nos últimos anos e os resultados obtidos em termos de redução de internações por condições sensíveis à atenção primária. Em termos metodológicos, o indicador de custo marginal anual é construído a partir da razão entre a variação anual da despesa real em atenção básica, em relação ao nível de referência de 2008, e o número de internações evitadas estimadas no respectivo ano pelo exercício contrafactual. Dessa forma, o indicador expressa, para cada período, quanto de recurso adicional foi associado à prevenção de uma internação adicional, permitindo uma leitura direta da relação entre gasto incremental e resultado obtido.

[49] Valor hospitalar bruto associado às internações simuladas.

Em termos formais, o custo marginal anual pode ser representado pela seguinte expressão (L):

$$Custo_t^{marg} = \frac{\Delta G_t}{\Delta ICSAP_t} \quad \text{(L)}$$

Onde:

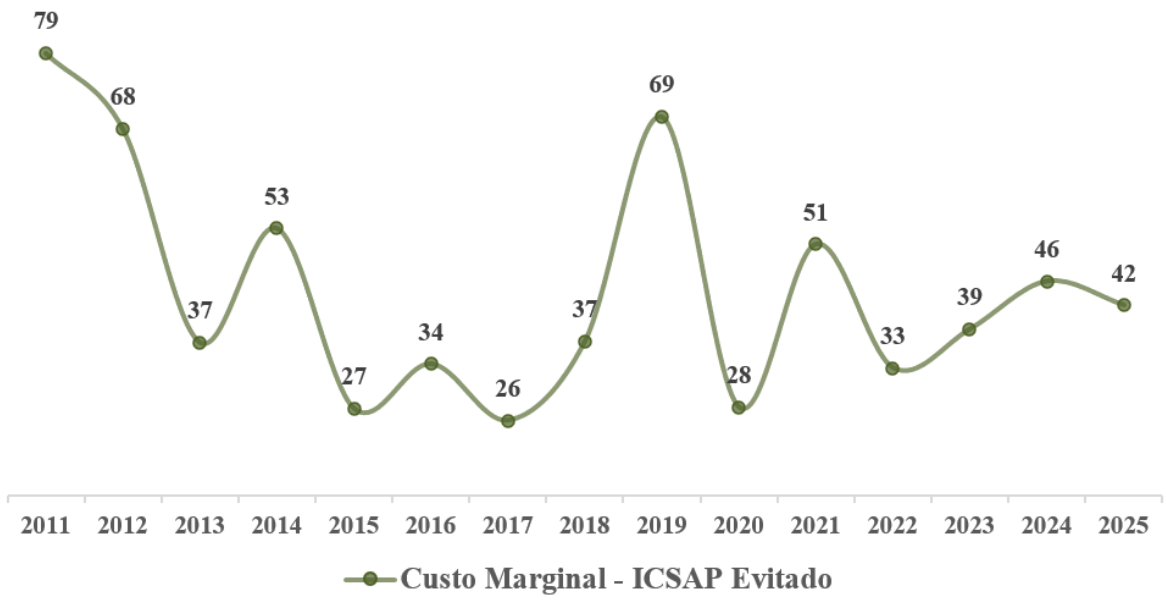
$$\Delta G_t = (DespesaAB_t - DespesaAB_{2008}) \quad \text{e} \quad \text{(W)}$$

$$\Delta ICSAP_t = (ICSAP_t^{cf} - ICSAP_t^{obs}) \quad \text{(Q)}$$

Em que $Custo_t^{marg}$ representa o custo por internação evitada no ano t; ΔG_tcorresponde à variação da despesa real com atenção básica no período; e $\Delta ICSAP_t$ refere-se ao número de internações evitadas no mesmo período. Essas variações podem ser explicitadas como a diferença entre a despesa observada em cada ano e o nível de referência fixado em 2008, no caso de ΔG_t, e como a diferença entre o valor contrafactual das internações por condições sensíveis à atenção primária — estimado a partir do modelo — e o valor efetivamente observado, no caso de $\Delta ICSAP_t$.

Dessa forma, ΔG_t representa, em termos práticos, o esforço fiscal adicional realizado pela União ao longo do tempo em comparação com um cenário de despesa constante, enquanto $\Delta ICSAP_t$ captura o número de internações que deixaram de ocorrer em função da diferença entre a trajetória observada e a trajetória simulada no cenário contrafactual. Assim, enquanto a despesa é mantida fixa no nível de 2008 para a construção do cenário hipotético, o nível de internações não é arbitrado, mas sim endogenamente estimado pelo modelo, refletindo a resposta esperada do indicador diante da ausência de crescimento do gasto.

Gráfico 48 - *Custo Marginal: Gasto Adicional Ano por ICSAP Evitado (R$ milhares)*



Fonte: Dados SIOP, DATASUS e IBGE. Elaboração Própria dos Autores.

A trajetória desse indicador ao longo do tempo revela uma tendência de redução, caracterizada por uma curva negativamente inclinada. Nos primeiros anos da série, o indicador alcança valores mais elevados, situando-se em torno de R$ 79 mil por internação evitada em 2011, refletindo um custo relativamente maior para a geração de resultados naquele momento inicial. Ao longo dos anos seguintes, observa-se uma redução expressiva desse indicador, atingindo um mínimo de aproximadamente R$ 26 mil em 2017, o que indica melhora substancial na relação entre gasto incremental e resultado. Posteriormente, há um novo movimento de elevação, com o custo voltando a patamares próximos de R$ 69 mil em 2019, seguido de um período de relativa estabilização nos anos mais recentes, em níveis próximos a R$ 42 mil por internação evitada.

Essa dinâmica aponta que, ao longo do período analisado, os incrementos marginais de despesa foram acompanhados pela prevenção de um número crescente de internações, sugerindo uma possível diminuição do custo por unidade de resultado. Consideradas as limitações do modelo simplificado adotado para esta avaliação executiva, o padrão encontrado não descarta a hipótese de melhoria de custo efetividade da política.

Importa destacar, contudo, que a execução da PNAB ocorre de forma descentralizada, envolvendo, além da União, estados, o Distrito Federal e, sobretudo, os municípios, que desempenham papel central na prestação dos serviços. Nesse sentido, a análise aqui desenvolvida, ao se concentrar exclusivamente na despesa federal, captura apenas parte do esforço financeiro associado à política. O aprofundamento dessa avaliação requereria a incorporação dos gastos dos demais entes federativos, bem como o uso de técnicas econométricas mais sofisticadas — como modelos de séries temporais com testes de

estacionariedade e cointegração —, de modo a aprimorar a robustez das inferências. Ainda assim, sob a ótica da despesa da União, os resultados apresentados oferecem indícios consistentes e relevantes para a discussão sobre a eficiência e a economicidade do gasto em atenção básica.

Esse tipo de abordagem, ao relacionar o esforço fiscal incremental com os resultados observados em saúde, pode representar um caminho relevante para o aprimoramento da avaliação financeira da política no âmbito da União. A análise conjunta entre despesa e indicadores finalísticos permite ir além da descrição da evolução do gasto, incorporando elementos de eficiência e economicidade à avaliação. Ao evidenciar a relação entre o aumento dos recursos e os resultados obtidos — como a redução de internações evitáveis — , esse tipo de leitura pode contribuir para qualificar o processo de planejamento e tomada de decisão, especialmente no contexto da PNAB, ao oferecer subsídios adicionais para a discussão sobre alocação e priorização de recursos públicos. Observa-se, contudo, que esse tipo de abordagem, centrada na relação entre despesa e indicadores finalísticos como o ICSAP, não foi identificado de forma explícita nos documentos encaminhados pelos gestores do Ministério da Saúde, o que reforça o potencial de aprofundamento dessa perspectiva no processo de avaliação e planejamento da política.

9.4. Setor Privado na Atenção Primária

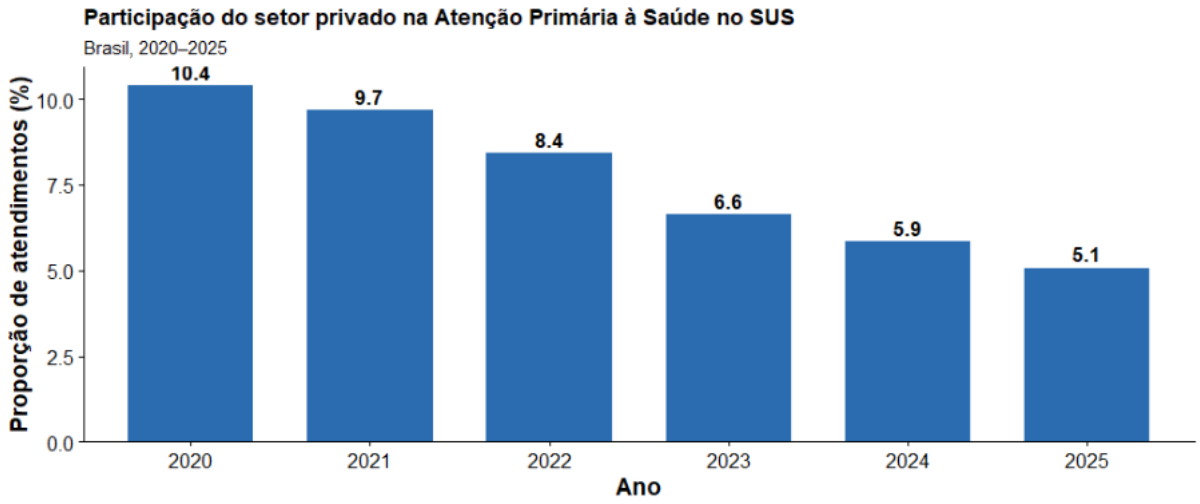
A Atenção Primária à Saúde (APS) constitui o principal nível de organização do cuidado no Sistema Único de Saúde (SUS), sendo caracterizada pela provisão predominantemente pública dos serviços, em especial no âmbito da administração direta municipal. No entanto, a participação de prestadores privados — entendidos como estabelecimentos não vinculados à administração pública direta — ocorre de forma complementar, mediante instrumentos contratuais diversos, desempenhando papel residual e heterogêneo conforme o contexto local.

A análise da participação relativa desses prestadores ao longo do tempo é relevante para a compreensão das dinâmicas de provisão de serviços na APS, permitindo inferir mudanças na capacidade instalada do setor público, nos modelos de gestão adotados e nas estratégias de organização da rede assistencial. Nesse sentido, a evolução da proporção de atendimentos realizados pelo setor privado constitui um indicador sintético da dependência relativa do SUS em relação a prestadores não estatais nesse nível de atenção.

A construção das informações encontrou diversos problemas. Como a base de dados do DataSUS de produção ambulatorial é muito grande (bilhões de informações entre 2020 e 2025 somente considerando nível de complexidade de atenção básica), é lenta a construção de uma base de dados manejável para análise. Em um primeiro momento, utilizamos a variável PA_TIPRE (Esfera Administrativa), que seria a mais direta na indicação se o atendimento foi realizado no setor público ou privado. Entretanto, o campo deixou de ser preenchido a partir de 2016. Foi necessária uma nova reconstrução da base de informações com outra variável que também indicasse a esfera administrativa PA_NAT_JUR (Natureza

Jurídica). No final, utilizou-se uma amostra de cerca de 70 milhões de observações para a construção das análises abaixo.

Gráfico 49. *Participação (%) Setor Privado Atenção Primária SUS*



Fonte: DATASUS. Elaboração Própria dos Autores.

O gráfico apresentado acima evidencia a evolução da participação percentual do setor privado nos atendimentos de APS no período de 2020 a 2025, revelando uma trajetória de redução monotônica ao longo dos anos analisados.

Em 2020, a participação do setor privado situava-se em aproximadamente 10,4% do total de atendimentos. A partir desse ponto, observa-se uma redução progressiva e sistemática: 9,7% em 2021, 8,4% em 2022, 6,6% em 2023, 5,8% em 2024 e 5,1% em 2025.

Do ponto de vista quantitativo, o período é marcado por uma redução acumulada de cerca de 5,3 pontos percentuais, o que corresponde a uma contração relativa próxima de 51% na participação do setor privado. Trata-se, portanto, de uma mudança de magnitude relevante na composição dos prestadores responsáveis pelos atendimentos de APS no SUS.

A inflexão mais pronunciada da série ocorre no intervalo entre 2022 e 2023, quando se observa uma variação negativa mais acentuada (redução de aproximadamente 1,8 ponto percentual), sugerindo possível alteração estrutural na forma de provisão dos serviços ou expansão mais intensiva da oferta pública direta nesse período. Nos anos subsequentes (2023–2025), a tendência de queda persiste, porém em ritmo menos intenso, indicando uma possível estabilização gradual em patamar inferior de participação privada.

Em termos interpretativos, a trajetória observada pode estar associada a diferentes fatores não mutuamente excludentes, tais como: (i) fortalecimento da capacidade operacional da rede pública municipal; (ii) revisão de arranjos contratuais com o setor privado; e (iii)

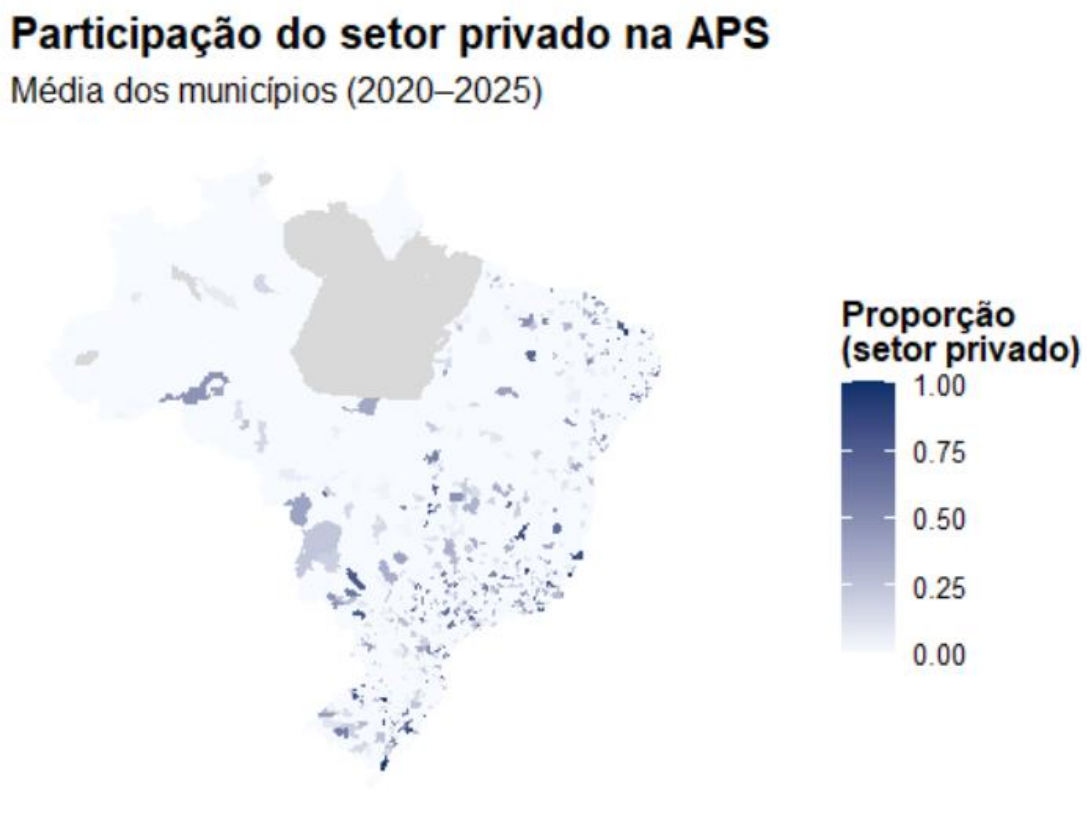
mudanças nas diretrizes de política pública voltadas à priorização da provisão direta dos serviços de APS.

Em síntese, os dados indicam uma redução consistente da participação do setor privado na APS do SUS ao longo do período analisado, reforçando a centralidade da provisão pública direta nesse nível de atenção e sugerindo uma tendência de menor dependência de prestadores privados para a realização de atendimentos básicos.

Os mapas apresentados abaixo retratam a distribuição espacial da proporção de atendimentos de atenção primária realizados pelo setor privado nos municípios brasileiros, considerando dois recortes: (i) a média do período de 2020 a 2025 e (ii) o ano mais recente disponível (2025). Em ambos os casos, a escala varia de 0 a 1, em que tonalidades mais escuras indicam maior participação relativa do setor privado.

De forma geral, observa-se que a participação do setor privado na APS apresenta heterogeneidade espacial significativa, com predominância de valores baixos na maior parte do território e concentração de valores mais elevados em áreas específicas.

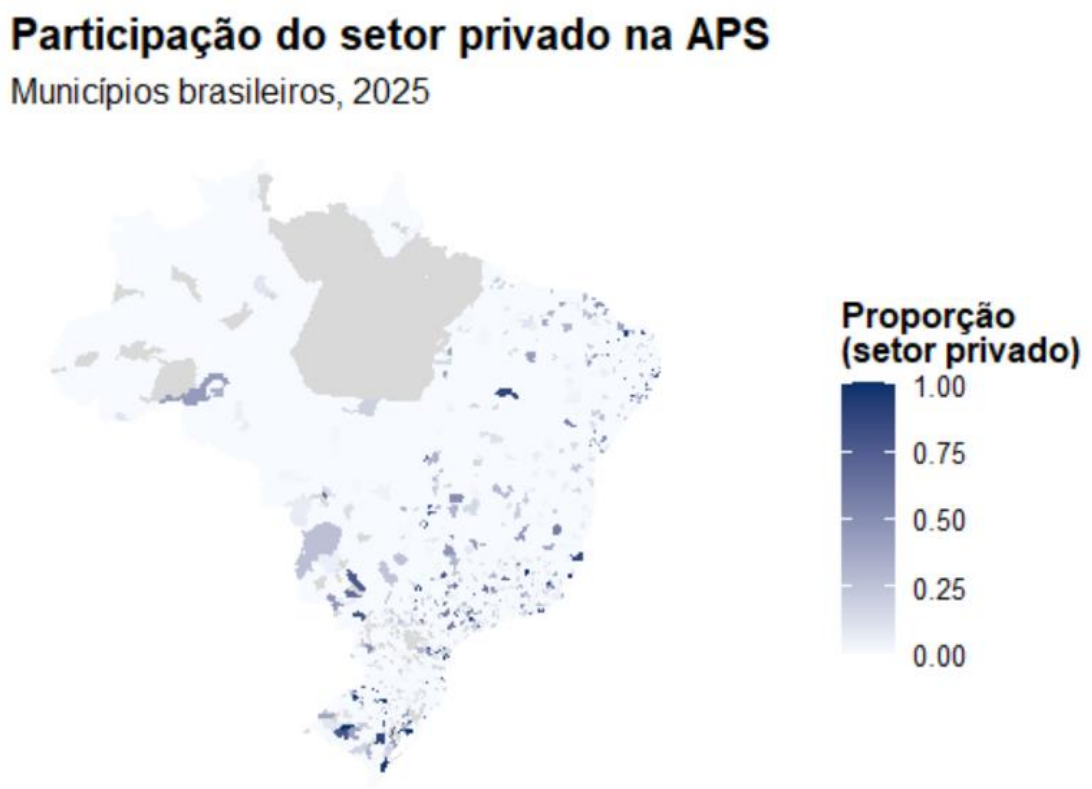
Figura 3 - *Participação Setor Privado na APS – Média 2020 - 2025*



Fonte: DATASUS. Elaboração Própria dos Autores.

O mapa referente a 2025 apresenta um padrão geral semelhante ao da média, com predomínio de valores baixos e manutenção da heterogeneidade espacial.

Figura 4 - *Participação Setor Privado na APS – 2025*



Fonte: DATASUS. Elaboração Própria dos Autores.

As áreas com tonalidades mais escuras permanecem dispersas geograficamente, sem evidência visual de expansão significativa ou formação de novas concentrações amplas de alta participação privada. Em alguns pontos isolados, observa-se a presença de municípios com valores mais elevados, porém esses casos continuam sendo minoritários no conjunto do território.

Comparativamente ao mapa de média, não se observa alteração substancial no padrão espacial agregado, o que é consistente com a tendência já identificada na série temporal de redução da participação relativa do setor privado.

Portanto, os mapas indicam que a atuação do setor privado na atenção primária permanece complementar e territorialmente localizada, sem evidências de expansão generalizada ou de reorganização espacial significativa no período recente.

9.5. Principais Achados Eficiência

Destacam-se a seguir as principais conclusões da análise de eficiência e economicidade da PNAB, com base na evolução da despesa federal em atenção básica e sua relação com indicadores finalísticos de saúde:

- A despesa federal em atenção básica apresentou crescimento nominal médio de aproximadamente 12,02% ao ano ao longo do período analisado, o que corresponde a um ritmo cerca de duas vezes superior à inflação (IPCA) média (5,7% a.a.). Descontado esse efeito, observa-se crescimento real médio em torno de 5,99% ao ano, o que, em comparação com a atividade econômica, representa uma expansão aproximadamente três vezes superior ao crescimento médio do PIB (1,78% a.a.), indicando aumento consistente da capacidade de financiamento da política ao longo do período.

- A análise de eficiência via internações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP) indica uma correlação negativa entre a despesa em atenção básica e o nível de ICSAP, sugerindo que maiores níveis de investimento nessa área estão associados à redução dessas internações. Esse padrão se torna ainda mais evidente quando se considera a despesa com defasagem temporal. No refinamento econométrico com controle para o período da pandemia, o coeficiente de determinação (R^2) é de 86,9%, indicando que a especificação adotada captura parcela substancial da variabilidade do ICSAP no período analisado.

- O exercício contrafactual para ICSAP aponta que, no período de 2009 a 2025, teriam ocorrido aproximadamente 4,7 milhões de internações adicionais (4.715.618) na ausência do crescimento da despesa.

- Considerando um custo médio de internação de R$ 1.564 (preços de 2025), estima-se uma economia potencial de aproximadamente R$ 7,38 bilhões (R$ 7.378.092.927,14) associada às internações evitadas.

- A análise de custo marginal para ICSAP indica trajetória descendente, com valores reduzindo de cerca de R$ 79 mil por internação evitada (2011) para patamares próximos de R$ 42 mil nos anos recentes, sugerindo ganhos de eficiência ao longo do tempo.

- Em relação aos óbitos por condições sensíveis à atenção primária, a análise bivariada inicial mostra associação positiva (correlação 60%), refletindo a influência de fatores estruturais e possíveis mudanças no perfil de gravidade dos casos.

- A incorporação de controles no modelo econométrico (tendência, pandemia e internações) altera significativamente essa interpretação, com o coeficiente da despesa passando a ser negativo (β = -559,51), sugerindo que, ao controlar fatores relevantes, o aumento da despesa está associado à redução da mortalidade. O modelo multivariado para óbitos apresenta considerável poder explicativo (R^2 de 84%), indicando boa capacidade de capturar a variabilidade observada no indicador.

- O exercício contrafactual para óbitos estima aproximadamente 89,6 mil mortes adicionais (89.613) no período caso a despesa tivesse permanecido constante, podendo ser interpretado como o número de óbitos potencialmente evitados.

- O custo marginal por óbito evitado apresenta trajetória decrescente ao longo do tempo, partindo de valores entre R$ 3,5 e R$ 4,0 milhões nos anos iniciais, atingindo mínimo de R$ 1,35 milhão (2017) e se estabilizando em torno de R$ 2,2 milhões nos anos mais recentes (2023–2025).

- De forma geral, tanto para internações quanto para óbitos, observa-se uma tendência de redução do custo marginal ao longo do tempo, sugerindo potenciais ganhos de eficiência na alocação dos recursos federais em atenção básica.

- A análise destaca que esses resultados se referem exclusivamente à despesa da União e que a inclusão dos gastos de estados, DF e municípios poderia alterar e possivelmente fortalecer os achados.

- A participação relativa dos registros classificados como privados diminuiu na amostra analisada, passando de aproximadamente 10,4% em 2020 para 5,1% em 2025. Esse movimento pode sugerir fortalecimento da provisão pública direta, com menor dependência de prestadores privados, cuja atuação permaneceria complementar e territorialmente localizada.

- Por fim, identifica-se que a integração entre financiamento e indicadores finalísticos (ICSAP e óbitos) ainda não parece ocupar papel central no planejamento da política, indicando espaço para aprimoramento metodológico e institucional na avaliação da PNAB.

10. Referências Bibliográficas

ASSIS, Marluce; DE JESUS, Washington Luiz Abreu. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2865–2875, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1413-81232012001100002>. Acesso em: 20 fev. 2026.

BAHIA, Leandro Oliveira. Guia referencial para construção e análise de indicadores. Brasília: Escola Nacional de Administração Pública (Enap), 2021. E-book. Disponível em: https://repositorio.enap.gov.br/handle/1/6154.

BARROS, E. M. et al. Mobilização social e participação cidadã nos conselhos de saúde. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 49, n. 144, 2025.

BARROS, E. M. et al. Representação e representatividade nos conselhos de saúde. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 40, n. 3, 2024.

BENTSEN, B. (1986). International classification of primary care.. Scandinavian journal of primary health care, 4 1, 43-50 . https://doi.org/10.3109/02813438609013970.

BRASIL. Casa Civil da Presidência da República. Avaliação de Políticas Públicas: guia prático de análise ex post. Brasília: Casa Civil da Presidência da República, 2018. Disponível em: https://www.gov.br/casacivil/pt-br/assuntos/downloads/guiaexpost.pdf. Acesso em: 8 dez. 2025.

BRASIL. Casa Civil da Presidência da República; INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). Avaliação de políticas públicas: guia prático de análise ex ante. Brasília: Ipea, 2018b. v. 1. Disponível em: https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/8285.

BRASIL. Casa Civil da Presidência da República; INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). Avaliação de políticas públicas: guia prático de análise ex post. Brasília: Ipea, 2018c. v. 2. Disponível em: https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/8853.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações determinadas pelas Emendas Constitucionais. Brasília, DF: Senado Federal, [ano da edição consultada].

BRASIL. Controladoria-Geral da União (CGU). Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental nº 854/DF: rastreabilidade, comparabilidade e publicidade de emendas parlamentares – dez municípios mais beneficiados por emendas parlamentares considerando critério populacional (2020–2023). Brasília, DF: CGU, 2024.

BRASIL. Controladoria-Geral da União (CGU). Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental nº 854/DF: rastreabilidade, comparabilidade e publicidade de emendas parlamentares – municípios mais beneficiados por emendas parlamentares considerando critério populacional (2020–2023). Brasília, DF: CGU, 2024.

BRASIL. Controladoria-Geral da União (CGU). Relatório de Avaliação nº 1558139: Auditoria no Programa Mais Médicos. Brasília, DF: CGU, 2025.

BRASIL. Controladoria-Geral da União (CGU). Relatório de Avaliação nº 1558725: Auditoria sobre o Cofinanciamento da Atenção Primária à Saúde. Brasília, DF: CGU, 2025.

BRASIL. Controladoria-Geral da União (CGU). Relatório de Avaliação nº 1558750: Auditoria no Programa Brasil Sorridente. Brasília, DF: CGU, 2026.

BRASIL. 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. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 29 jun. 2011.

BRASIL. Decreto nº 9.203, de 22.11.2017. Dispõe sobre a política de governança da administração pública federal direta, autárquica e fundacional. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 23 nov. 2017.

BRASIL. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal, dispõe 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 dá outras providências. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 16 jan. 2012.

BRASIL. Lei nº 14.802, de 10 de janeiro de 2024. Institui o Plano Plurianual da União para o período de 2024 a 2027. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 11 jan. 2024.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 20 set. 1990.

BRASIL. 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: seção 1, Brasília, DF, 31 dez. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS: Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) e Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). Brasília, DF, 2026. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br>. Acesso em: 20 abril 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n. 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Diário Oficial da União: Seção 1, Brasília, DF, 22 set. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Planejamento no SUS: uma construção coletiva. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 1, de 2 de junho de 2021. Consolidação das normas sobre Atenção Primária à Saúde. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 3 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. 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. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 3 out. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. 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. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 29 set. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.979, de 12.12.2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece o novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.886, de 18 de dezembro de 1997. Estabelece normas para a organização da Atenção Básica no âmbito do SUS. Diário Oficial da União: Seção 1, Brasília, DF, 22 dez. 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Diário Oficial da União: Seção 1, Brasília, DF, 29 mar. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.844, de 11.08.2016. Define as competências, a composição e as diretrizes para o funcionamento dos Núcleos Estaduais do Ministério da Saúde (NEMS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 841, de 2 de maio de 2012. Publica a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde – RENASES. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 3 maio 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório de avanços e desafios da Atenção Primária à Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Nota Técnica nº 1/2019-CGAIG/DAI/SE/MS. Avaliação do módulo de planejamento do Sistema de Informação DigiSUS face às diretrizes de monitoramento federativo da Atenção Primária. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde; ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA (ABRASCO). Panorama da APS no SUS: Censo Nacional das Unidades Básicas de Saúde 2024. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025.

BRASIL. Ministério do Planejamento e Orçamento. Sistema Integrado de Planejamento e Orçamento (SIOP): dados orçamentários da União. Brasília, DF, 2026. Disponível em: <https://www.siop.planejamento.gov.br>. Acesso em: 20 abril 2026.

BRASIL. Tribunal de Contas da União (TCU). Acórdão nº 1207/2026 – Plenário. Auditoria Operacional sobre o modelo de financiamento federal da Atenção Primária à Saúde. Relator: Ministro Antonio Anastasia. Brasília, DF: TCU, 2026.

BRASIL. Tribunal de Contas da União (TCU). Acórdão nº 1764/2025 – Plenário. Auditoria sobre políticas de provimento na Atenção Primária à Saúde. Relator: Ministro Vital do Rêgo. Brasília, DF: TCU, 2025.

BRASIL. Tribunal de Contas da União (TCU). Acórdão nº 2077/2023 – Plenário. Relator: Ministro Benjamin Zymler. Brasília, DF: TCU, 2023.

BRASIL. Tribunal de Contas da União (TCU). Acórdão nº 2463/2022 – Plenário. Relator: Ministro Augusto Nardes. Brasília, DF: TCU, 2022.

BRASIL. Tribunal de Contas da União (TCU). Acórdão nº 2776/2019 – Plenário. Relator: Ministro Walton Alencar Rodrigues. Brasília, DF: TCU, 2019.

BRASIL. Tribunal de Contas da União (TCU). Acórdão nº 309/2025 – Plenário. Auditoria Operacional sobre governança tecnológica na saúde, conectividade de Unidades Básicas de Saúde (UBS) e transição para o SUS Digital. Relator: Ministro Vital do Rêgo. Brasília, DF: TCU, 19 fev. 2025.

CONSELHO DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS (CMAP). Relatório Técnico de Avaliação da Atenção Primária à Saúde. Brasília, DF: CMAP, 26 dez. 2025.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE (CONASEMS). Manifestação institucional sobre a implementação da PNAB. Brasília, DF: CONASEMS, 2025.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). Atenção Primária à Saúde no Brasil: desafios e perspectivas. Brasília: CONASS, 2023.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). Nota Técnica nº 06/2018: Apoio institucional e articulação interfederativa. Brasília, DF: CONASS, 2018.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). Respostas ao questionário sobre a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB): Ofício CONASS nº 275/2026. Brasília, DF: CONASS, 3 jun. 2026.

COUTO, Leandro Freitas. A função dos planos plurianuais no direcionamento dos orçamentos anuais: avaliação da trajetória dos PPAs no cumprimento da sua missão constitucional e o lugar do PPA 2020-2023. Brasília: Ipea, 2020. (Texto para Discussão, n. 2549).

CUNHA, Wirlley Quaresma da. A fragmentação na saúde: um estudo teórico-reflexivo sob a ótica da Teoria da Complexidade. 2017. 100 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Pará, Belém, 2017.

DE ALMEIDA, P. F.; GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M.; ESCOREL, S. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 286–298, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0102-311x2010000200008>. Acesso em: 20 fev. 2026.

DE SOUZA, M. S. et al. Itinerários terapêuticos de pessoas com doenças respiratórias crônicas. Revista Eletrônica Acervo Saúde, v. 12, e4096, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/reas.e4096.2020>. Acesso em: 20 fev. 2026.

DEWEY, John. Logic: the theory of inquiry. New York: Henry Holt and Company, 1938.

FREUND, Thomas et al. Strategies for reducing potentially avoidable hospitalizations for ambulatory care-sensitive conditions. Annals of Family Medicine, v. 11, n. 4, p. 363–370, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1370/afm.1498>.

FUGINAMI, C. N. Análise dos instrumentos de gestão em saúde dos municípios de Santa Catarina. 2019. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis, 2019.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). Atenção primária à saúde: desafios para a organização do cuidado no SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2025.

GARNELO, Luiza; PARENTE, Rosana; PUCHIARELLI, Márcia; CORREIA, Paulo; TORRES, Mônica; HERKRATH, Frank. Barriers to access and organization of primary health care services for rural riverside populations in the Amazon. International Journal for Equity in Health, London, v. 19, e54, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12939-020-01171-x>. Acesso em: 20 fev. 2026.

GIOVANELLA, L. et al. Política Nacional de Atenção Básica: avanços e desafios. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1465-1476, 2020.

GUIMARÃES, A.; BARBOSA, V.; DA SILVA, M.; PORTUGAL, J.; DA SILVA REIS, M.; GAMA, A. Acesso a serviços de saúde por ribeirinhos de um município no interior do estado do Amazonas, Brasil. Epidemiologia e Serviços de Saúde, Brasília, v. 29, n. 1, e20190178, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/s2176-6223202000178>. Acesso em: 20 fev. 2026.

Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (IEPS); Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Estudo sobre regionalização e coordenação do SUS. São Paulo: Instituto de Estudos para Políticas de Saúde; Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2023.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Estimativas populacionais do Brasil e unidades da federação. Rio de Janeiro: IBGE, 2026. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br>. Acesso em: 20 maio 2026.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA). Rio de Janeiro: IBGE, 2026. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/explica/inflacao.php>. Acesso em: 20 maio 2026.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Sistema de Contas Nacionais: Produto Interno Bruto do Brasil. Rio de Janeiro: IBGE, 2026. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br>. Acesso em: 20 maio 2026.

JOO, J. Y. Fragmented care and chronic illness patient outcomes: a systematic review. Nursing Open, v. 10, p. 3460–3473, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/nop2.1607>. Acesso em: 20 fev. 2026.

KERN, L. M.; BYNUM, J. P. W.; PINCUS, H. A. Care fragmentation, care continuity, and care coordination: how they differ and why it matters. JAMA Internal Medicine, Chicago, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2023.7628>. Acesso em: 20 fev. 2026.

LASSANCE, A. Como construir políticas públicas, programas e projetos prontos para o monitoramento e a avaliação? Um guia prático de análise ex ante. Brasília, DF: Ipea, 2025. 231 p., il. color. ISBN 978-65-5635-084-4. Disponível em https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/17322. Acesso em 14 de setembro de 2026. DOI: https://doi.org/10.38116/9786556350844.

MARQUES, L. J. P.; PEREIRA, A. C.; RAIMUNDO, A. C. S.. Custos e características das internações por condições sensíveis à atenção primária em menores de um ano em São Paulo, Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, v. 30, n. 1, p. e15512023, jan. 2025.

MASSUDA, A.; HONE, T.; LELES, F. A. G.; DE CASTRO, M. C.; ATUN, R. The Brazilian health system at crossroads: progress, crisis and resilience. BMJ Global Health, London, v. 3, e000829, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2018-000829>. Acesso em: 20 fev. 2026.

MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297–2305, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1413-81232010000500005>. Acesso em: 20 fev. 2026.

MENDES, Eugênio Vilaça. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. p. 31 e 32. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf. Acesso em: 5 dez. 2025.

MERHY, Emerson Elias; FRANCO, Túlio Batista. Por uma composição técnica do trabalho centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 316-323, 2003.

NEVES, G. F. et al. Relatório Anual de Gestão como instrumento do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2025.

OHNO, Taiichi. Toyota Production System: beyond large-scale production. Portland: Productivity Press, 1988.

ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT (OECD). Primary Health Care in Brazil. Paris: OECD Publishing, 2021.

ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT (OECD). Reviews of Health Systems: Brazil 2021. Paris: OECD Publishing, 2021.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS); ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Fortalecimento da participação social no SUS. Brasília: OPAS/OMS, 2024.

PAULO, L. F. A; RODRIGUES, J. A. M. Governança orçamentária em saúde e educação: razões para reduzir as garantias constitucionais? In: COUTO, Leandro Freitas e RODRIGUES, Júlia Marinho (organizadores). Governança Orçamentária no Brasil, Rio de Janeiro: IPEA ; Brasília: CEPAL, p. 475-509, 2022.

PEREIRA, A. G. et al. Atenção à saúde em contextos vulneráveis. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 29, n. 2, 2024.

PRADO, N. M. de B. L.; SANTOS, A. M. dos. Promoção da saúde na Atenção Primária à Saúde: sistematização de desafios e estratégias intersetoriais. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 42, n. esp. 1, p. 379–395, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S126>. Acesso em: 20 fev. 2026.

QUEIROZ, M; SERPA, F. Atenção Primária à Saúde: análise de indicadores de monitoramento e avaliação. In: ESCOLA NACIONAL DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA. Relatório de pesquisa, Evidência Express. Brasília: Enap, 2026.

RAMOS, D.; LIMA, M. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 27–34, 2003. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0102-311x2003000100004>. Acesso em: 20 fev. 2026.

RIBEIRO A.A.V.; MELO, A.K.A.; ESTRELA, J.T.; SERPA, F.B. Impactos de programas e ações da Atenção Primária à Saúde na mortalidade e internação por Condições Sensíveis à Atenção Primária à Saúde. In: ESCOLA NACIONAL DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA. Relatório de

Pesquisa, Evidência Express. Brasília: Enap, 2026. Disponível em: https://repositorio.enap.gov.br/handle/a/6939.

RODRIGUES, P. O. et al. Governança e controle social no SUS. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2025.

ROSANO, Aldo et al. The relationship between avoidable hospitalization and accessibility to primary care: a systematic review. European Journal of Public Health, Oxford, v. 23, n. 3, p. 356–360, jun. 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/eurpub/cks053>.

ROVER, M. R. M.; VARGAS-PELÁEZ, C. M.; FARIAS, M. R.; LEITE, S. N. Da organização do sistema à fragmentação do cuidado: a percepção de usuários, médicos e farmacêuticos sobre o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica. Physis: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 691–711, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0103-73312016000200017>. Acesso em: 20 fev. 2026.

SAMJI, Salimah; ANDREWS, Matt; PRITCHETT, Lant; WOOLCOCK, Michael (ed.). Conjunto de ferramentas PDIA: uma abordagem “faça você mesmo” para resolver problemas complexos. Versão 1.0. [S. l.]: Building State Capability Program, 2018

SANTOS, C.; ANDRADE, L.; DA SILVA, M.; SOUSA, M. Percurso do idoso em redes de atenção à saúde: um elo a ser construído. Physis: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p. 45–62, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0103-73312016000100005>. Acesso em: 20 fev. 2026.

SANTOS, Filipe Malta dos et al. Association between hospitalizations for sensitive conditions and quality of primary care. Revista de Saúde Pública [online]. v. 57, n.1, 2023 [Acessado 20 Fevereiro 2026] , 85. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2023057004879>. ISSN 1518-8787. https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2023057004879.

SILVA, B. L. et al. Gestão do cuidado à criança/adolescente com doença crônica: (des)articulação da rede e fragmentação das ações. Revista de Enfermagem da UFSM, Santa Maria, v. 10, e76, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.5902/2179769242529>. Acesso em: 20 fev. 2026.

SILVA, Breno Ribeiro Gonçalves da; CORRÊA, Ana Paula de Vechi; UEHARA, Sílvia Carla da Silva André. Organização da atenção primária à saúde na pandemia de covid-19: revisão de escopo. Revista de Saúde Pública, São Paulo, Brasil, v. 56, p. 94, 2022. DOI: 10.11606/s1518-8787.2022056004374. Disponível em: https://revistas.usp.br/rsp/article/view/204567. Acesso em: 31 mar. 2026.

SILVA, C.; CARVALHO, B.; CORDONI, L.; NUNES, E. Difficulties in accessing services that are of medium complexity in small municipalities: a case study. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1109–1120, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.27002016>. Acesso em: 20 fev. 2026.

SILVA, G. P. C. et al. Instrumentos de gestão do SUS. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2025.

SILVA, S. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 2753–2762, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1413-81232011000600014>. Acesso em: 20 fev. 2026.

SOLER, J., Okkes, I., Wood, M., & Lamberts, H. (2008). The coming of age of ICPC: celebrating the 21st birthday of the International Classification of Primary Care.. Family practice, 25 4, 312-7 . https://doi.org/10.1093/fampra/cmn028.

SOUSA, Allan Nuno. Monitoramento e avaliação na atenção básica no Brasil: a experiência recente e desafios para a sua consolidação. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe1, p. 289–301, 2018. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0103-11042018s119.

SOUZA, R. B. Integração entre conselho municipal de saúde e sociedade. São Paulo: CEPESC, 2025.

TOFANI, L. F. N. et al. Chaos, organization and creativity: integrative review on health care networks. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 26, n. 10, p. 4769–4782, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320212610.26102020>. Acesso em: 20 fev. 2026.

UNITED NATIONS DEVELOPMENT PROGRAMME (UNDP). Handbook on planning, monitoring and evaluating for development results. New York: UNDP, 2009

VARGAS, I. et al. Barriers to healthcare coordination in market-based and decentralized public health systems: a qualitative study in healthcare networks of Colombia and Brazil. Health Policy and Planning, Oxford, v. 31, n. 6, p. 736–748, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/heapol/czv126>. Acesso em: 20 fev. 2026.

VIANA, A. L. D.; BOUSQUAT, A.; MELO, G. A.; DE NEGRI FILHO, A.; MEDINA, M. G. Regionalization and health networks. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1791–1798, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05502018>. Acesso em: 20 fev. 2026.

VIEGAS, A.; CARMO, R.; DA LUZ, Z. Fatores que influenciam o acesso aos serviços de saúde na visão de profissionais e usuários de uma unidade básica de referência. Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 100–112, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0104-12902015000100008>. Acesso em: 20 fev. 2026.

VILASBÔAS, A. L. Q. et al. Institucionalização da avaliação na APS. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 48, n. 141, 2024.

VILASBÔAS, A. L. Q. et al. Monitoramento e avaliação na APS. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 29, n. 6, 2024.

VILFORT, Juliamène. Política Nacional de Atenção Básica (PNAB): uma análise da literatura sobre avanços e desafios no Brasil no período de 2020 até 2024. 2025. 54 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Saúde Coletiva) – Instituto Latino-Americano de Ciências da Vida e da Natureza, Universidade Federal da Integração Latino-Americana (UNILA), Foz do Iguaçu, 2025.

ANEXO I. Quadro de responsabilidades dos entes federativos na PNAB

COMUM	UNIÃO	ESTADOS	MUNICÍPIOS
I - contribuir para a reorientação do modelo de atenção e de gestão com base nos princípios e nas diretrizes contidas neste Anexo; II - apoiar e estimular a adoção da Estratégia Saúde da Família (ESF) como estratégia prioritária de expansão, consolidação e qualificação da Atenção Básica; III - garantir a infraestrutura adequada e com boas condições para o funcionamento das UBS, garantindo espaço, mobiliário e equipamentos, além de acessibilidade de pessoas com deficiência, de acordo com as normas vigentes; ; IV - contribuir com o financiamento tripartite para fortalecimento da Atenção Básica; ; V - assegurar ao usuário o acesso universal, equânime e ordenado às ações e serviços de saúde do SUS, além de outras atribuições que venham a ser pactuadas pelas Comissões Intergestores; VI - estabelecer, nos respectivos Planos Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde, prioridades, estratégias e metas para a organização da Atenção Básica; ; VII - desenvolver mecanismos técnicos e estratégias organizacionais de qualificação da força de trabalho para gestão e atenção à saúde, estimular e viabilizar a formação, educação permanente e continuada dos profissionais, garantir direitos trabalhistas e previdenciários, qualificar os vínculos de	I - definir e rever periodicamente, de forma pactuada, na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica; II - garantir fontes de recursos federais para compor o financiamento da Atenção Básica; III - destinar recurso federal para compor o financiamento tripartite da Atenção Básica, de modo mensal, regular e automático, prevendo, entre outras formas, o repasse fundo a fundo para custeio e investimento das ações e serviços; IV - prestar apoio integrado aos gestores dos estados, do Distrito Federal e dos municípios no processo de qualificação e de consolidação da Atenção Básica; V - definir, de forma tripartite, estratégias de articulação junto às gestões estaduais e municipais do SUS, com vistas à institucionalização da avaliação e qualificação da Atenção Básica; VI - estabelecer, de forma tripartite, diretrizes nacionais e disponibilizar instrumentos técnicos e pedagógicos que facilitem o processo de gestão, formação e educação permanente dos gestores e profissionais da Atenção Básica; VII - articular com o Ministério da Educação estratégias de indução às mudanças curriculares nos cursos de graduação e pós-graduação na área da saúde, visando à formação de profissionais	I - pactuar, na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e Colegiado de Gestão no Distrito Federal, estratégias, diretrizes e normas para a implantação e implementação da Política Nacional de Atenção Básica vigente nos estados e Distrito Federal; II - destinar recursos estaduais para compor o financiamento tripartite da Atenção Básica, de modo regular e automático, prevendo, entre outras formas, o repasse fundo a fundo para custeio e investimento das ações e serviços; III - ser corresponsável pelo monitoramento das ações de Atenção Básica nos municípios; IV - analisar os dados de interesse estadual gerados pelos sistemas de informação, utilizá-los no planejamento e divulgar os resultados obtidos; V - verificar a qualidade e a consistência de arquivos dos sistemas de informação enviados pelos municípios, de acordo com prazos e fluxos estabelecidos para cada sistema, retornando informações aos gestores municipais; VI - divulgar periodicamente os relatórios de indicadores da Atenção Básica, com intuito de assegurar o direito fundamental de acesso à informação; VII - prestar apoio institucional aos municípios no processo de implantação, acompanhamento e qualificação da	I - organizar, executar e gerenciar os serviços e ações de Atenção Básica, de forma universal, dentro do seu território, incluindo as unidades próprias e as cedidas pelo estado e pela União; II - programar as ações da Atenção Básica a partir de sua base territorial de acordo com as necessidades de saúde identificadas em sua população, utilizando instrumento de programação nacional vigente; III - organizar o fluxo de pessoas, inserindo-as em linhas de cuidado, instituindo e garantindo os fluxos definidos na Rede de Atenção à Saúde entre os diversos pontos de atenção de diferentes configurações tecnológicas, integrados por serviços de apoio logístico, técnico e de gestão, para garantir a integralidade do cuidado. IV - estabelecer e adotar mecanismos de encaminhamento responsável pelas equipes que atuam na Atenção Básica de acordo com as necessidades de saúde das pessoas, mantendo a vinculação e coordenação do cuidado; V - manter atualizado mensalmente o cadastro de equipes, profissionais, carga horária, serviços disponibilizados, equipamentos e outros no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde vigente, conforme regulamentação específica;

CMAP Conselho de Monitoramento e Avaliação de Políticas Públicas · MINISTÉRIO DA GESTÃO E DA INOVAÇÃO EM SERVIÇOS PÚBLICOS · MINISTÉRIO DA FAZENDA · CONTROLADORIA-GERAL DA UNIÃO · CASA CIVIL · MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO E ORÇAMENTO · GOVERNO DO BRASIL DO LADO DO POVO BRASILEIRO

COMUM	UNIÃO	ESTADOS	MUNICÍPIOS
trabalho e implantar carreiras que associem desenvolvimento do trabalhador com qualificação dos serviços ofertados às pessoas; ; VIII - garantir provimento e estratégias de fixação de profissionais de saúde para a Atenção Básica com vistas a promover ofertas de cuidado e o vínculo; ; IX - desenvolver, disponibilizar e implantar os Sistemas de Informação da Atenção Básica vigentes, garantindo mecanismos que assegurem o uso qualificado dessas ferramentas nas UBS, de acordo com suas responsabilidades; ; X - garantir, de forma tripartite, dispositivos para transporte em saúde, compreendendo as equipes, pessoas para realização de procedimentos eletivos, exames, dentre outros, buscando assegurar a resolutividade e a integralidade do cuidado na RAS, conforme necessidade do território e planejamento de saúde; XI - planejar, apoiar, monitorar e avaliar as ações da Atenção Básica nos territórios; XII - estabelecer mecanismos de autoavaliação, controle, regulação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados pelas ações da Atenção Básica, como parte do processo de planejamento e programação; XIII - divulgar as informações e os resultados alcançados pelas equipes que atuam na Atenção Básica, estimulando a utilização dos dados para o planejamento das ações;	e gestores com perfil adequado à Atenção Básica; e VIII - apoiar a articulação de instituições, em parceria com as secretarias de saúde municipais, estaduais e do Distrito Federal, para formação e garantia de educação permanente e continuada para os profissionais de saúde da Atenção Básica, de acordo com as necessidades locais.	Atenção Básica e de ampliação e consolidação da Estratégia Saúde da Família; VIII - definir estratégias de articulação com as gestões municipais, com vistas à institucionalização do monitoramento e avaliação da Atenção Básica; IX - disponibilizar aos municípios instrumentos técnicos e pedagógicos que facilitem o processo de formação e educação permanente dos membros das equipes de gestão e de atenção; X - articular instituições de ensino e serviço, em parceria com as secretarias municipais de saúde, para formação e garantia de educação permanente aos profissionais de saúde das equipes que atuam na Atenção Básica; e XI - fortalecer a Estratégia Saúde da Família na rede de serviços como a estratégia prioritária de organização da Atenção Básica.	VI - organizar os serviços para permitir que a Atenção Básica atue como a porta de entrada preferencial e ordenadora da RAS; VII - fomentar a mobilização das equipes e garantir espaços para a participação da comunidade no exercício do controle social; VIII - destinar recursos municipais para compor o financiamento tripartite da Atenção Básica; IX - ser corresponsável, junto ao Ministério da Saúde, e Secretaria Estadual de Saúde pelo monitoramento da utilização dos recursos da Atenção Básica transferidos aos municípios; X - inserir a Estratégia de Saúde da Família em sua rede de serviços como a estratégia prioritária de organização da Atenção Básica; XI - prestar apoio institucional às equipes e serviços no processo de implantação, acompanhamento, e qualificação da Atenção Básica e de ampliação e consolidação da Estratégia Saúde da Família; XII - definir estratégias de institucionalização da avaliação da Atenção Básica; XIII - desenvolver ações, articular instituições e promover acesso aos trabalhadores, para formação e garantia de educação permanente e continuada aos profissionais de saúde de todas as equipes que atuam na Atenção Básica implantadas;

CMAP Conselho de Monitoramento e Avaliação de Políticas Públicas · MINISTÉRIO DA GESTÃO E DA INOVAÇÃO EM SERVIÇOS PÚBLICOS · MINISTÉRIO DA FAZENDA · CONTROLADORIA-GERAL DA UNIÃO · CASA CIVIL · MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO E ORÇAMENTO · GOVERNO DO BRASIL DO LADO DO POVO BRASILEIRO

COMUM	UNIÃO	ESTADOS	MUNICÍPIOS
XIV - promover o intercâmbio de experiências entre gestores e entre trabalhadores, por meio de cooperação horizontal, e estimular o desenvolvimento de estudos e pesquisas que busquem o aperfeiçoamento e a disseminação de tecnologias e conhecimentos voltados à Atenção Básica; XV - estimular a participação popular e o controle social; XVI - garantir espaços físicos e ambientes adequados para a formação de estudantes e trabalhadores de saúde, para a formação em serviço e para a educação permanente e continuada nas Unidades Básicas de Saúde; XVII - desenvolver as ações de assistência farmacêutica e do uso racional de medicamentos, garantindo a disponibilidade e acesso a medicamentos e insumos em conformidade com a RENAME, os protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas, e com a relação específica complementar estadual, municipal, da União, ou do Distrito Federal de medicamentos nos pontos de atenção, visando a integralidade do cuidado; XVIII - adotar estratégias para garantir um amplo escopo de ações e serviços a serem ofertados na Atenção Básica, compatíveis com as necessidades de saúde de cada localidade; XIX - estabelecer mecanismos regulares de auto avaliação para as equipes que atuam na Atenção Básica, a fim de fomentar as práticas de monitoramento, avaliação e planejamento em saúde; e XX - articulação			XIV - selecionar, contratar e remunerar os profissionais que compõem as equipes multiprofissionais de Atenção Básica, em conformidade com a legislação vigente; XV - garantir recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o funcionamento das UBS e equipes, para a execução do conjunto de ações propostas; XVI - garantir acesso ao apoio diagnóstico e laboratorial necessário ao cuidado resolutivo da população; XVII - alimentar, analisar e verificar a qualidade e a consistência dos dados inseridos nos sistemas nacionais de informação a serem enviados às outras esferas de gestão, utilizá-los no planejamento das ações e divulgar os resultados obtidos, a fim de assegurar o direito fundamental de acesso à informação; XVIII - organizar o fluxo de pessoas, visando à garantia das referências a serviços e ações de saúde fora do âmbito da Atenção Básica e de acordo com as necessidades de saúde das mesmas; e XIX - assegurar o cumprimento da carga horária integral de todos os profissionais que compõem as equipes que atuam na Atenção Básica, de acordo com as jornadas de trabalho especificadas no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde vigente e a modalidade de atenção.

COMUM	UNIÃO	ESTADOS	MUNICÍPIOS
com o subsistema indígena nas ações de Educação Permanente e gestão da rede assistencial.			

Fonte: Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, do Ministério da Saúde.

APÊNDICE I - Memória Técnica de Seleção Amostral

Auditoria nº 1895358 — Avaliação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)

Controladoria-Geral da União — Secretaria Federal de Controle Interno

Data do sorteio: 04/05/2026
Hora: 20h59 (horário de Brasília)
Responsável pela execução: Equipe de Auditoria PNAB / CGU-SFC

1. Contexto e Finalidade

A presente memória técnica documenta o processo de seleção da amostra de municípios utilizada na Auditoria nº 1895358, conduzida pela Controladoria-Geral da União (CGU/SFC) no âmbito do Ciclo CMAP 2025/2026, com objeto de avaliação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).

A amostra de municípios destina-se à execução de testes de auditoria relacionados às dimensões de Implementação (Seção D) e Governança (Seção E) da Matriz de Planejamento, em especial aos itens que requerem evidências sobre a situação dos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) em âmbito municipal, considerando o período de análise 2021–2026.

A documentação deste processo segue as diretrizes da Deliberação CCCI nº 03/2025 e da Portaria Normativa SE/CGU nº 193/2025, que regulamentam o uso de ferramentas de Inteligência Artificial Generativa nos trabalhos de auditoria da CGU, exigindo registro de Memória Técnica de Uso de IA Generativa nos papéis de trabalho.

2. Bases de Dados Utilizadas

2.1 Fonte Populacional

Arquivo: POP_DOU_2023_Municipios_POP2022_Malha2023-Municipios.csv

Origem: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)

Publicação: Estimativas populacionais publicadas no Diário Oficial da União (DOU) em 2023, com base no Censo Demográfico 2022

Cobertura: 5.570 municípios brasileiros

Variáveis utilizadas: Código IBGE (7 dígitos), nome do município, UF, população residente (Censo 2022)

2.2 Fonte de Divisão Territorial

Arquivo: RELATORIO_DTB_BRASIL_2025_MUNICIPIOS-2.xls

Origem: IBGE — Banco de Estruturas Territoriais (BET)

Data-base: 31/12/2025

Cobertura: 5.570 municípios brasileiros

Variáveis utilizadas: Código UF, nome UF, Região Geográfica Intermediária, Região Geográfica Imediata, código IBGE completo (7 dígitos), nome do município

3. Método de Amostragem

O método adotado foi a **amostragem aleatória estratificada proporcional**, reconhecida como tecnicamente adequada para contextos em que a população de interesse — neste caso, os 5.570 municípios brasileiros — apresenta elevada heterogeneidade interna, tanto em termos geográficos quanto de porte.

A estratificação visa garantir que grupos com características distintas estejam representados na amostra em proporção à sua participação no universo, reduzindo o erro amostral em comparação à amostragem aleatória simples.

3.1 Variáveis de Estratificação

Foram utilizados dois eixos de estratificação, cruzados para formar estratos compostos:

Eixo 1 — Macrorregião IBGE (5 categorias):

- Norte
- Nordeste
- Sudeste
- Sul
- Centro-Oeste

Eixo 2 — Porte Populacional (4 categorias):

Categoria	Faixa Populacional	Fundamento
Pequeno	Até 19.999 habitantes	Predominância no SUS: 44,8% dos municípios têm até 10 mil hab. (Censo 2022)
Médio-Pequeno	20.000 a 49.999 habitantes	Faixa intermediária com gestão de APS já estruturada
Médio	50.000 a 99.999 habitantes	Municípios elegíveis a múltiplas modalidades de equipes e incentivos PNAB
Grande	100.000 habitantes ou mais	Centros urbanos com maior complexidade de gestão da APS

O cruzamento dos dois eixos resultou em 20 estratos compostos (5 regiões × 4 portes), cobrindo a totalidade dos 5.570 municípios sem sobreposição ou exclusão.

4. Dimensionamento da Amostra

O tamanho amostral de 95 municípios foi definido previamente na Matriz de Planejamento da auditoria (versão consolidada), considerando:

- Capacidade operacional da equipe de auditoria e das instituições parceiras (MP, ENAP, IPEA, Tesouro Nacional, Ministério da Saúde)
- Necessidade de representatividade em todas as cinco macrorregiões do país
- Prazo de execução compatível com o cronograma CMAP 2025/2026
- Mínimo de 1 município por estrato, para garantir cobertura de todas as combinações região-porte

5. Alocação Amostral por Estrato

A distribuição dos 95 municípios entre os estratos seguiu o critério de **proporcionalidade ao número de municípios em cada estrato**, com garantia de mínimo 1 município por estrato. A fórmula aplicada foi:

$$n_h = \left\lfloor \frac{N_h}{N} \times n \right\rfloor$$

onde n_h é o número de municípios sorteados no estrato h, N_h é o total de municípios no estrato, $N = 5.570$ é o universo e $n = 95$ é o tamanho amostral total. Os restos fracionários foram alocados aos estratos com maior resto decimal até atingir a soma exata de 95.

A tabela a seguir apresenta a grade de estratos com a alocação resultante:

Macrorregião	Porte	N municípios (universo)	N sorteado
Norte	Pequeno (< 20k)	268	5
Norte	Médio-Pequeno (20k–50k)	111	1
Norte	Médio (50k–100k)	45	1
Norte	Grande (> 100k)	26	1
Nordeste	Pequeno (< 20k)	1.204	20
Nordeste	Médio-Pequeno (20k–50k)	415	7
Nordeste	Médio (50k–100k)	111	1
Nordeste	Grande (> 100k)	64	1
Sudeste	Pequeno (< 20k)	1.127	19
Sudeste	Médio-Pequeno (20k–50k)	284	5
Sudeste	Médio (50k–100k)	108	1
Sudeste	Grande (> 100k)	149	3
Sul	Pequeno (< 20k)	920	16
Sul	Médio-Pequeno (20k–50k)	161	3
Sul	Médio (50k–100k)	55	1
Sul	Grande (> 100k)	55	1
Centro-Oeste	Pequeno (< 20k)	343	6
Centro-Oeste	Médio-Pequeno (20k–50k)	80	1
Centro-Oeste	Médio (50k–100k)	19	1
Centro-Oeste	Grande (> 100k)	25	1
TOTAL		**5.570**	**95**

6. Procedimento de Sorteio

6.1 Ferramenta e Parâmetros

O sorteio foi realizado utilizando a linguagem Python 3, com a função pandas.DataFrame.sample(), que implementa amostragem aleatória sem reposição.

Parâmetros do sorteio:

Parâmetro	Valor
Função	pandas.DataFrame.sample(n=N_estrato, random_state=1895358)
Semente (random_state)	**1895358**

Critério da semente	Número identificador da Auditoria CGU nº 1895358
Tipo de amostragem	Aleatória simples dentro de cada estrato, sem reposição
Data de execução	04/05/2026
Hora de execução	20h59 (horário de Brasília)

6.2 Reprodutibilidade

O resultado é **integralmente reproduzível**: a execução do mesmo script Python com a semente random_state=1895358 sobre as mesmas bases de dados (POP_DOU_2023 e DTB 2025) produzirá exatamente os mesmos 95 municípios. O script completo está arquivado nos papéis de trabalho da auditoria.

6.3 Ausência de Intervenção Manual

Nenhum município foi incluído ou excluído manualmente após a execução do sorteio. A lista de 95 municípios reflete exclusivamente o resultado do algoritmo com a semente documentada.

6.4 Verificação Independente da Reprodutibilidade

A reprodução do sorteio com as bases DTB 2025 (IBGE) e estimativas populacionais DOU 2023, seed=1895358 e alocação conforme Tabela 5 da Memória Técnica produziu correspondência de 95/95 municípios com a Lista_95_Municipios_PNAB_Auditoria.xlsx. O processo é íntegro. Dois erros tipográficos foram identificados na tabela descritiva da Memória (rótulos de porte de 4 municípios e código IBGE de Foz do Iguaçu), sem impacto sobre os municípios efetivamente sorteados

7. Lista dos 95 Municípios Sorteados

Nº	Código IBGE	Município	UF	Macrorregião	Pop. 2022	Porte	Estrato
1	1709807	Ipueiras	TO	Norte	1.590	Pequeno	Norte — Pequeno
2	1300839	Caapiranga	AM	Norte	13.469	Pequeno	Norte — Pequeno
3	1718006	Porto Alegre do Tocantins	TO	Norte	2.866	Pequeno	Norte — Pequeno
4	1703891	Carrasco Bonito	TO	Norte	3.318	Pequeno	Norte — Pequeno
5	1712454	Luzinópolis	TO	Norte	2.717	Pequeno	Norte — Pequeno
6	1506203	Salinópolis	PA	Norte	44.772	Médio-Pequeno	Norte — Médio-Pequeno
7	1100114	Jaru	RO	Norte	50.591	Médio	Norte — Médio
8	1600600	Santana	AP	Norte	107.618	Grande	Norte — Grande
9	2914109	Ipupiara	BA	Nordeste	9.935	Pequeno	Nordeste — Pequeno
10	2902609	Baixa Grande	BA	Nordeste	18.220	Pequeno	Nordeste — Pequeno
11	2804300	Muribeca	SE	Nordeste	7.822	Pequeno	Nordeste — Pequeno
12	2207405	Palmeira do Piauí	PI	Nordeste	4.952	Pequeno	Nordeste — Pequeno
13	2111789	Serrano do Maranhão	MA	Nordeste	10.202	Pequeno	Nordeste — Pequeno
14	2907707	Chorrochó	BA	Nordeste	10.579	Pequeno	Nordeste — Pequeno
15	2923050	Novo Triunfo	BA	Nordeste	11.101	Pequeno	Nordeste — Pequeno
16	2508109	Lagoa	PB	Nordeste	4.415	Pequeno	Nordeste — Pequeno
17	2306207	Itaiçaba	CE	Nordeste	7.536	Pequeno	Nordeste — Pequeno
18	2516755	Tenório	PB	Nordeste	2.966	Pequeno	Nordeste — Pequeno
19	2708204	São Brás	AL	Nordeste	6.425	Pequeno	Nordeste — Pequeno
20	2922250	Muquém do São Francisco	BA	Nordeste	10.443	Pequeno	Nordeste — Pequeno
21	2923902	Pau Brasil	BA	Nordeste	9.370	Pequeno	Nordeste — Pequeno

CMAP Conselho de Monitoramento e Avaliação de Políticas Públicas · MINISTÉRIO DA GESTÃO E DA INOVAÇÃO EM SERVIÇOS PÚBLICOS · MINISTÉRIO DA FAZENDA · CONTROLADORIA-GERAL DA UNIÃO · CASA CIVIL · MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO E ORÇAMENTO · GOVERNO DO BRASIL DO LADO DO POVO BRASILEIRO

22	2208908	Ribeiro Gonçalves	PI	Nordeste	6.164	Pequeno	Nordeste — Pequeno
23	2410256	Porto do Mangue	RN	Nordeste	5.228	Pequeno	Nordeste — Pequeno
24	2917201	Ituaçu	BA	Nordeste	17.914	Pequeno	Nordeste — Pequeno
25	2403004	Cruzeta	RN	Nordeste	8.005	Pequeno	Nordeste — Pequeno
26	2408508	Ouro Branco	RN	Nordeste	4.913	Pequeno	Nordeste — Pequeno
27	2910107	Dom Basílio	BA	Nordeste	11.884	Pequeno	Nordeste — Pequeno
28	2409308	Patu	RN	Nordeste	11.007	Pequeno	Nordeste — Pequeno
29	2611002	Petrolândia	PE	Nordeste	34.161	Médio-Pequeno	Nordeste — Médio-Pequeno
30	2109502	Riachão	MA	Nordeste	22.145	Médio-Pequeno	Nordeste — Médio-Pequeno
31	2611804	Ribeirão	PE	Nordeste	33.507	Médio-Pequeno	Nordeste — Médio-Pequeno
32	2806206	Salgado	SE	Nordeste	20.279	Médio-Pequeno	Nordeste — Médio-Pequeno
33	2930204	Sento Sé	BA	Nordeste	38.154	Médio-Pequeno	Nordeste — Médio-Pequeno
34	2210607	São Raimundo Nonato	PI	Nordeste	38.934	Médio-Pequeno	Nordeste — Médio-Pequeno
35	2600708	Aliança	PE	Nordeste	35.741	Médio-Pequeno	Nordeste — Médio-Pequeno
36	2807402	Tobias Barreto	SE	Nordeste	50.905	Médio	Nordeste — Médio
37	2804805	Nossa Senhora do Socorro	SE	Nordeste	192.330	Grande	Nordeste — Grande
38	3127305	Galiléia	MG	Sudeste	6.222	Pequeno	Sudeste — Pequeno
39	3200706	Atílio Vivácqua	ES	Sudeste	10.540	Pequeno	Sudeste — Pequeno
40	3202256	Governador Lindenberg	ES	Sudeste	11.009	Pequeno	Sudeste — Pequeno
41	3146503	Pains	MG	Sudeste	8.142	Pequeno	Sudeste — Pequeno
42	3551207	Sarutaiá	SP	Sudeste	3.704	Pequeno	Sudeste — Pequeno
43	3516606	Gália	SP	Sudeste	6.380	Pequeno	Sudeste — Pequeno
44	3107208	Bocaina de Minas	MG	Sudeste	5.348	Pequeno	Sudeste — Pequeno

CMAP Conselho de Monitoramento e Avaliação de Políticas Públicas
MINISTÉRIO DA GESTÃO E DA INOVAÇÃO EM SERVIÇOS PÚBLICOS
MINISTÉRIO DA FAZENDA
CONTROLADORIA-GERAL DA UNIÃO
CASA CIVIL
MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO E ORÇAMENTO
GOVERNO DO BRASIL DO LADO DO POVO BRASILEIRO

45	3136405	Joaquim Felício	MG	Sudeste	3.854	Pequeno	Sudeste — Pequeno
46	3517208	Guaiçara	SP	Sudeste	11.239	Pequeno	Sudeste — Pequeno
47	3132305	Itaipé	MG	Sudeste	10.463	Pequeno	Sudeste — Pequeno
48	3114709	Carvalhópolis	MG	Sudeste	3.341	Pequeno	Sudeste — Pequeno
49	3523503	Itatinga	SP	Sudeste	19.070	Pequeno	Sudeste — Pequeno
50	3301207	Carmo	RJ	Sudeste	17.198	Pequeno	Sudeste — Pequeno
51	3515194	Espírito Santo do Turvo	SP	Sudeste	4.157	Pequeno	Sudeste — Pequeno
52	3126505	Francisco Badaró	MG	Sudeste	7.366	Pequeno	Sudeste — Pequeno
53	3166709	Serra dos Aimorés	MG	Sudeste	6.944	Pequeno	Sudeste — Pequeno
54	3203163	Laranja da Terra	ES	Sudeste	11.094	Pequeno	Sudeste — Pequeno
55	3139706	Maravilhas	MG	Sudeste	7.333	Pequeno	Sudeste — Pequeno
56	3524907	Jambeiro	SP	Sudeste	6.397	Pequeno	Sudeste — Pequeno
57	3200102	Afonso Cláudio	ES	Sudeste	30.684	Médio-Pequeno	Sudeste — Médio-Pequeno
58	3156908	Sacramento	MG	Sudeste	26.670	Médio-Pequeno	Sudeste — Médio-Pequeno
59	3203908	Nova Venécia	ES	Sudeste	49.065	Médio-Pequeno	Sudeste — Médio-Pequeno
60	3117306	Conceição das Alagoas	MG	Sudeste	28.381	Médio-Pequeno	Sudeste — Médio-Pequeno
61	3520103	Igarapava	SP	Sudeste	26.212	Médio-Pequeno	Sudeste — Médio-Pequeno
62	3539301	Pirassununga	SP	Sudeste	73.545	Médio	Sudeste — Médio
63	3306305	Volta Redonda	RJ	Sudeste	261.563	Grande	Sudeste — Grande
64	3167202	Sete Lagoas	MG	Sudeste	227.397	Grande	Sudeste — Grande
65	3106705	Betim	MG	Sudeste	411.846	Grande	Sudeste — Grande
66	4110805	Iretama	PR	Sul	10.684	Pequeno	Sul — Pequeno
67	4212205	Papanduva	SC	Sul	19.150	Pequeno	Sul — Pequeno

CMAP Conselho de Monitoramento e Avaliação de Políticas Públicas
MINISTÉRIO DA GESTÃO E DA INOVAÇÃO EM SERVIÇOS PÚBLICOS
MINISTÉRIO DA FAZENDA
CONTROLADORIA-GERAL DA UNIÃO
CASA CIVIL
MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO E ORÇAMENTO
GOVERNO DO BRASIL DO LADO DO POVO BRASILEIRO

68	4202073	Balneário Gaivota	SC	Sul	15.669	Pequeno	Sul — Pequeno
69	4200556	Águas Frias	SC	Sul	2.839	Pequeno	Sul — Pequeno
70	4319372	São Pedro do Butiá	RS	Sul	3.070	Pequeno	Sul — Pequeno
71	4303806	Campinas do Sul	RS	Sul	5.284	Pequeno	Sul — Pequeno
72	4218103	Timbé do Sul	SC	Sul	5.386	Pequeno	Sul — Pequeno
73	4313359	Mato Leitão	RS	Sul	4.456	Pequeno	Sul — Pequeno
74	4307302	Coxilha	RS	Sul	2.897	Pequeno	Sul — Pequeno
75	4201307	Anchieta	SC	Sul	10.175	Pequeno	Sul — Pequeno
76	4214100	Rio das Antas	SC	Sul	11.088	Pequeno	Sul — Pequeno
77	4302006	Arroio do Meio	RS	Sul	19.282	Pequeno	Sul — Pequeno
78	4114906	Palmeira	PR	Sul	16.987	Pequeno	Sul — Pequeno
79	4313375	Mato Queimado	RS	Sul	2.131	Pequeno	Sul — Pequeno
80	4100301	Abatiá	PR	Sul	7.928	Pequeno	Sul — Pequeno
81	4110706	Inácio Martins	PR	Sul	11.361	Pequeno	Sul — Pequeno
82	4321204	Três Palmeiras	RS	Sul	6.085	Médio-Pequeno	Sul — Médio-Pequeno
83	4309902	Ijuí	RS	Sul	79.191	Médio-Pequeno	Sul — Médio-Pequeno
84	4211900	Porto União	SC	Sul	36.063	Médio-Pequeno	Sul — Médio-Pequeno
85	4107405	Francisco Beltrão	PR	Sul	83.447	Médio	Sul — Médio
86	4106902	Foz do Iguaçu	PR	Sul	258.532	Grande	Sul — Grande
87	5002704	Aquidauana	MS	Centro-Oeste	47.572	Pequeno	Centro-Oeste — Pequeno
88	5204003	Britânia	GO	Centro-Oeste	5.929	Pequeno	Centro-Oeste — Pequeno
89	5102504	Campo Novo do Parecis	MT	Centro-Oeste	38.689	Pequeno	Centro-Oeste — Pequeno
90	5203302	Bom Jardim de Goiás	GO	Centro-Oeste	6.882	Pequeno	Centro-Oeste — Pequeno

CMAP Conselho de Monitoramento e Avaliação de Políticas Públicas
MINISTÉRIO DA GESTÃO E DA INOVAÇÃO EM SERVIÇOS PÚBLICOS
MINISTÉRIO DA FAZENDA
CONTROLADORIA-GERAL DA UNIÃO
CASA CIVIL
MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO E ORÇAMENTO
GOVERNO DO BRASIL DO LADO DO POVO BRASILEIRO

91	5205521	Flores de Goiás	GO	Centro-Oeste	11.235	Pequeno	Centro-Oeste — Pequeno
92	5201405	Alto Paraíso de Goiás	GO	Centro-Oeste	7.553	Pequeno	Centro-Oeste — Pequeno
93	5002407	Anastácio	MS	Centro-Oeste	24.613	Médio-Pequeno	Centro-Oeste — Médio-Pequeno
94	5103056	Guarantã do Norte	MT	Centro-Oeste	36.013	Médio	Centro-Oeste — Médio
95	5300108	Brasília	DF	Centro-Oeste	2.817.068	Grande	Centro-Oeste — Grande

8. Registro de Uso de Inteligência Artificial Generativa

Em cumprimento à **Deliberação CCCI nº 03/2025 e à Portaria Normativa SE/CGU nº 193/2025**, registra-se que a presente seleção amostral foi apoiada por ferramenta de Inteligência Artificial Generativa (Perplexity AI — Espaço PNAB), utilizada para:

- Identificação e download das bases de dados IBGE pertinentes (DTB 2025 e estimativas populacionais DOU 2023)
- Desenvolvimento e execução do script Python de estratificação e sorteio
- Geração da planilha Base_Amostral_PNAB_Estratos.xlsx com grade de estratos e base cadastral completa
- Geração da planilha Lista_95_Municipios_PNAB_Auditoria.xlsx com a lista final dos municípios sorteados
- Elaboração da presente Memória Técnica

A decisão metodológica (método de amostragem, variáveis de estratificação, tamanho amostral, semente) foi definida pela equipe de auditoria. A ferramenta de IA foi utilizada exclusivamente como suporte à execução técnica, sem substituir o julgamento profissional dos auditores.

Modalidade de uso: Sessão em Espaço Persistente (Perplexity Space "PNAB 2026")
Tipo de interação: Geração de código, processamento de dados, redação de documentação técnica

9. Declaração de Integridade

A equipe responsável declara que:

1. O sorteio foi executado por algoritmo determinístico com semente documentada, sendo inteiramente reproduzível;
2. Não houve exclusão ou substituição manual de nenhum município após o sorteio;
3. As bases de dados utilizadas são fontes oficiais do IBGE, conforme identificado na Seção 2;
4. Os arquivos originais das bases de dados estão arquivados nos papéis de trabalho da Auditoria nº 1895358.

Documento gerado em 04/05/2026 — Auditoria PNAB / CGU-SFC — Auditoria nº 1895358

APÊNDICE II - Notas sobre a elaboração da árvore de problemas

a) Determinantes sociais de saúde

Embora a árvore de problemas destaque alguns componentes dos determinantes sociais de saúde, há elementos importantes não mencionados. Primeiro há que se considerar o conceito de determinantes sociais da saúde, *"são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população"*, segundo a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (Buss e Pelegrini, 2007). Assim, estilo de vida individual, condições de vida e de trabalho, acesso a serviços assistenciais, bem como as redes sociais e comunitárias existentes são exemplos de determinantes sociais. De forma sintética apresenta-se o Modelo de Determinação social da saúde proposto por Dahlren e Whitehead, em 1991, ainda hoje referência para o tema.

Figura 5 - *Modelo dos Determinantes Sociais da Saúde adotado pela OMS*



Fonte: Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (2008).

As transformações demográficas, urbanas e climáticas contemporâneas impõem desafios complexos e multidimensionais à APS no Brasil.

Observa-se também que os processos de urbanização e industrialização proporcionaram mudanças nos padrões de fecundidade da população brasileira. A taxa de fecundidade apresenta relevante declínio desde 1960. Observa-se que na em 1990 a taxa de era de 2,9

filhos por mulher em idade fértil, em 2000 2,3 e em 2020 atingiu 1,55 filho por mulher, situando-se abaixo do nível de reposição populacional (IBGE, 2025). Cabe, contudo, destacar que há diferenças por raça/cor e instrução educacional, bem como nuances regionais relevantes. Embora todos os grupos estejam abaixo do nível de reposição (2,1 filhos), existem variações. Mulheres brancas possuem a menor taxa (1,35) e mulheres pardas possuem a maior taxa (1,68). A idade média ao ter um filho é de 28,1 anos: entre mulheres sem instrução e fundamental incompleto essa média é de 26,7 anos e entre as com nível superior, essa média chega a 30,7 anos. A queda da fecundidade ocorreu inicialmente nas regiões Sul e Sudeste e entre os grupos com maior renda e nível de instrução. Posteriormente, as demais regiões apresentaram redução da taxa de fecundidade, embora o Norte ainda mantenha a maior idade média (27 anos) e o maior número de filho (2,9 filhos por mulher).

A população brasileira está envelhecendo rapidamente (WHO, 2015), se em 2004, pouco antes da publicação da PNAB, a população com mais de 60 anos de idade representava 9,7%, em 2022 representava 15,8% e projeções estimam uma proporção de 33,7% em 2060 (Neumann e Albert, 2018; IBGE, 2023). Esse envelhecimento ocorre em um contexto de grandes desigualdades socioeconômicas e regionais, que influenciam a saúde e a qualidade de vida dos idosos, evidenciando diferenças marcantes em função de escolaridade, raça e local de residência (Gonçalves e Alves, 2025; Pott et al., 2025).

O Brasil não somente envelhece rapidamente, mas também tem se tornado um dos países mais urbanizado do mundo. No censo demográfico de 2010, 84% da população vivia em cidades e no último censo apurou-se um grau de urbanização de 87% (IBGE, 2024). Interessante observar que a configuração do território brasileiro, especialmente em grandes metrópoles, apresenta o que se denomina "involução metropolitana", caracterizada pelo empobrecimento e degradação das condições de vida em áreas densamente povoadas (Viana, et al, 2008). Ocorre que a dinâmica urbana influencia diretamente a organização e a eficácia da APS, uma vez que a concentração de infraestrutura e serviços ocorre de forma desigual, criando espaços de alta tecnologia em contraste com periferias desassistidas. Outro fator agravante é a violência urbana, que impacta diretamente o funcionamento dos serviços de saúde e a saúde mental das pessoas.

Também o efeito de mudanças climáticas e a poluição decorrentes de combustíveis fósseis pressionam o sistema de saúde: Dengue, Zika e Chikungunya proliferam em virtude do aumento das temperaturas e de falhas no saneamento urbano e o efeito de ilhas de calor e episódios de inundações extremas aumentam a morbidade e a mortalidade, recaindo o ônus de forma desproporcional sobre as populações de menor nível socioeconômico (Wolk e Porter, 2024; Michel, 2020).

Cabe ainda observar, que as interações entre transições demográficas e climáticas, combinado com os padrões persistentes de desigualdades socioespacial, aprofundará a vulnerabilidade a riscos ambientais e sanitárias à população mais idosa, aumentando sua vulnerabilidade e com impactos relevantes sobre os serviços de saúde (Barbieri, 2024).

A literatura demonstra de forma consistente que o letramento em saúde — entendido como a capacidade de acessar, compreender, avaliar e aplicar informações — é um dos principais determinantes de comportamentos saudáveis, prevenção de doenças e adesão ao tratamento (Uribe et al., 2021; You & Ahn, 2025; Aaby et al., 2017; Xie et al., 2022; Nutbeam & Lloyd, 2020; Kim et al., 2022). O impacto é observado em diferentes contextos, faixas etárias e condições clínicas, com destaque para doenças crônicas e populações vulneráveis (Li et al., 2025; Aaby et al., 2017; Zhang et al., 2020; Xie et al., 2022; Nutbeam & Lloyd, 2020; Kim et al., 2022; Kanejima et al., 2021; Shao et al., 2023; Griese & Schaeffer, 2025).

No entanto, o efeito do letramento em saúde não é absoluto: fatores como contexto social, acesso a recursos, qualidade da informação e habilidades digitais modulam o impacto (Fitzpatrick, 2023; Hori et al., 2025; Jung et al., 2022; Xie et al., 2022; Nutbeam & Lloyd, 2020; Lee & Seong, 2025; Wittink & Oosterhaven, 2018; Neter & Brainin, 2019; Purnat et al., 2025).

Por outro lado, as causas listadas não consideram as limitações que podem ser provocadas pelo próprio poder estatal ao não produzir mensagens e informação em saúde contextualizadas à realidade cultural, linguística e territorial das populações. Mensagens de prevenção no Brasil que não são adaptadas tendem a ser menos eficazes e podem comprometer a saúde das pessoas e famílias. Um exemplo documentado é relacionado ao Programa Educacional de Resistência às Drogas e à Violência (PROERD) que se mostrou ineficaz na prevenção do uso de drogas, em parte devido à falta de adaptação ao contexto cultural e linguístico dos estudantes brasileiros, incluindo linguagem inadequada e atividades pouco interativas para a realidade escolar local (Valente et al, 2024). Campanhas de prevenção ao HIV no Brasil também enfrentam desafios, pois muitas vezes utilizam linguagem abstrata e pouco conectada às experiências reais de grupos vulneráveis, como gays, travestis e profissionais do sexo, o que limita o acesso e a efetividade das informações (Mora, et al, 2022).

Complementarmente, há evidências de que negacionismo científico/antivax, desconfiança e avaliação negativa de serviços e autoridades de saúde e fatores políticos-ideológicos anticientíficos contribuem para que pessoas permaneçam expostas a doenças preveníveis e não se beneficiem da oferta de serviços e bens em saúde. Revisões mostram que movimentos antivacina e teorias conspiratórias de saúde reduzem a confiança em vacinas, aumentam hesitação e recusa, e ameaçam a imunidade de grupo (Dubé et al., 2021; Nuwarda et al., 2022; Lazić & Žeželj, 2021; Wang et al., 2019). Crenças conspiratórias, reatância psicológica (a tendência que as pessoas têm de apresentar baixa tolerância a restrições em suas liberdades) e visões individualistas/hierárquicas são fortes preditores de atitudes antivacina em 24 países (Hornsey et al., 2018). Revisões sobre teorias conspiratórias em saúde mostram que a desconfiança em instituições políticas e de saúde, a percepção de falta de transparência e experiências negativas com o sistema alimentam crenças conspiratórias e rejeição de recomendações baseadas em evidências (Kisa & Kisa, 2025; Wang et al., 2019).

Por fim, embora se reconheça que formas distintas de autocuidado possam gerar resultados desiguais — mesmo diante de acesso equânime aos serviços —, a literatura indica cautela.

Os comportamentos individuais, ainda que relevantes, raramente constituem a causa fundamental das desigualdades em saúde (Petrovic et al, 2018; Mollborn et al., 2021; Azevedo Barros et al., 2016; McCartney et al, 2013).

b) Referências

AABY, A.; FRIIS, K.; CHRISTENSEN, B.; ROWLANDS, G.; MAINDAL, H. T. Health literacy is associated with health behaviour and self-reported health: a large population-based study in individuals with cardiovascular disease. European Journal of Preventive Cardiology, v. 24, p. 1880-1888, 2017. DOI: https://doi.org/10.1177/2047487317729538.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. Physis: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007. DOI: https://doi.org/10.1590/S0103-73312007000100006.

WOLK, D.; PORTER, R. Climate change and policy reforms: a view from the primary care clinic. Journal of the American Board of Family Medicine, 2024. DOI: https://doi.org/10.3122/jabfm.2023.230209R1.

COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE. As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

DE AZEVEDO BARROS, M.; LIMA, M. G.; DE PAULA BARBOSA MEDINA, L.; SZWARCWALD, C. L.; MALTA, D. C. Social inequalities in health behaviors among Brazilian adults: National Health Survey, 2013. International Journal for Equity in Health, v. 15, 2016. DOI: https://doi.org/10.1186/s12939-016-0439-0.

DELAZERI, L.; DA CUNHA, D.; VICERRA, P.; OLIVEIRA, L. Rural outmigration in Northeast Brazil: Evidence from shared socioeconomic pathways and climate change scenarios. Journal of Rural Studies, 2022. DOI: https://doi.org/10.1016/j.jrurstud.2022.03.004.

DUBÉ, È.; WARD, J. K.; VERGER, P.; MACDONALD, N. E. Vaccine hesitancy, acceptance, and anti-vaccination: trends and future prospects for public health. Annual Review of Public Health, v. 42, p. 175-191, 2021. DOI: https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-090419-102240.

FITZPATRICK, P. Improving health literacy using the power of digital communications to achieve better health outcomes for patients and practitioners. Frontiers in Digital Health, v. 5, 2023. DOI: https://doi.org/10.3389/fdgth.2023.1264780.

GONÇALVES, A.; ALVES, L. Fast and slow aging in Brazil: an analysis of inequalities in population dynamics across social groups. Biodemography and Social Biology, v. 70, p. 165-176, 2025. DOI: https://doi.org/10.1080/19485565.2025.2527040.

GRIESE, L.; SCHAEFFER, D. Health literacy and chronic disease: a comparison of somatic and mental illness. Frontiers in Public Health, v. 13, 2025. DOI: https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1523723.

HORI, N.; LI, J.; OSUKA, Y. Association between health information-processing ability and frailty among community-dwelling older adults: a cross-sectional web-based study. Geriatrics & Gerontology International, v. 25, p. 1215-1222, 2025. DOI: https://doi.org/10.1111/ggi.70135.

HORNSEY, M. J.; HARRIS, E. A.; FIELDING, K. S. The psychological roots of anti-vaccination attitudes: a 24-nation investigation. Health Psychology, v. 37, n. 4, p. 307-315, 2018. DOI: https://doi.org/10.1037/hea0000586.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Censo Demográfico 2022: características dos domicílios: resultados do universo. Rio de Janeiro: IBGE, 2024. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/biblioteca/visualizacao/periodicos/3106/cd_2022_domicilios.pdf. Acesso em: 14 set. 2026.

JUNG, S.; SON, Y.; CHOI, E. E-health literacy in older adults: an evolutionary concept analysis. BMC Medical Informatics and Decision Making, v. 22, 2022. DOI: https://doi.org/10.1186/s12911-022-01761-5.

KANEJIMA, Y.; SHIMOGAI, T.; KITAMURA, M.; ISHIHARA, K.; IZAWA, K. Impact of health literacy in patients with cardiovascular diseases: a systematic review and meta-analysis. Patient Education and Counseling, 2021. DOI: https://doi.org/10.1016/j.pec.2021.11.021.

KIM, K.; SHIN, S.; KIM, S.; LEE, E. The relation between eHealth literacy and health-related behaviors: systematic review and meta-analysis. Journal of Medical Internet Research, v. 25, 2023. DOI: https://doi.org/10.2196/40778.

KISA, A.; KISA, S. Health conspiracy theories: a scoping review of drivers, impacts, and countermeasures. International Journal for Equity in Health, v. 24, 2025. DOI: https://doi.org/10.1186/s12939-025-02451-0.

LAZIĆ, A.; ŽEŽELJ, I. A systematic review of narrative interventions: lessons for countering anti-vaccination conspiracy theories and misinformation. Public Understanding of Science, v. 30, p. 644-670, 2021. DOI: https://doi.org/10.1177/09636625211011881.

LEE, S.; SEONG, J. Assessment of dental care utilization based on health information literacy in Korean adults. Dentistry Journal, v. 13, 2025. DOI: https://doi.org/10.3390/dj13100467.

LI, H.; SHI, L.; XING, Y. The mediating role of health awareness in the relationship between health information behavior and health outcomes among older adults. Frontiers in Public Health, v. 13, 2025. DOI: https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1492472.

MCCARTNEY, G.; COLLINS, C.; MACKENZIE, M. What (or who) causes health inequalities: theories, evidence and implications? Health Policy, v. 113, n. 3, p. 221-227, 2013. DOI: https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2013.05.021.

MICHEL, J. P. Urbanization and ageing health outcomes. Journal of Nutrition, Health & Aging, v. 24, p. 463-465, 2020. DOI: https://doi.org/10.1007/s12603-020-1360-1.

MOLLBORN, S.; LAWRENCE, E.; ONGE, J. Contributions and challenges in health lifestyles research. Journal of Health and Social Behavior, v. 62, n. 4, p. 388-403, 2021. DOI: https://doi.org/10.1177/0022146521997813.

MORA, C.; NELVO, R.; MONTEIRO, S. Government communication pieces on HIV pre-exposure (PrEP) and post-exposure (PEP) prophylaxis (2016-2019): analysis of their content and circulation among gay men, trans women/travestis, and sex workers. Saúde e Sociedade, v. 31, n. 4, e210855en, 2022. DOI: https://doi.org/10.1590/S0104-12902022210855EN.

NETER, E.; BRAININ, E. Association between health literacy, eHealth literacy, and health outcomes among patients with long-term conditions: a systematic review. European Psychologist, v. 24, n. 1, p. 68-81, 2019. DOI: https://doi.org/10.1027/1016-9040/a000350.

NEUMANN, L.; ALBERT, S. Aging in Brazil. The Gerontologist, v. 58, p. 611-617, 2018. DOI: https://doi.org/10.1093/geront/gny019.

NUTBEAM, D.; LLOYD, J. E. Understanding and responding to health literacy as a social determinant of health. Annual Review of Public Health, v. 42, p. 159-173, 2021. DOI: https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-090419-102529.

NUWARDA, R.; RAMZAN, I.; WEEKES, L.; KAYSER, V. Vaccine hesitancy: contemporary issues and historical background. Vaccines, v. 10, n. 10, art. 1595, 2022. DOI: https://doi.org/10.3390/vaccines10101595.

PETROVIC, D.; DE MESTRAL, C.; BOCHUD, M.; BARTLEY, M.; KIVIMÄKI, M.; VINEIS, P.; MACKENBACH, J. P.; STRINGHINI, S. The contribution of health behaviors to socioeconomic inequalities in health: a systematic review. Preventive Medicine, v. 113, p. 15-31, 2018. DOI: https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2018.05.003.

POTT, H.; PÉREZ-ZEPEDA, M. U.; ANDREW, M.; ROCKWOOD, K. Exploring frailty in Brazil: an analysis of the ELSI-Brazil survey. Cadernos de Saúde Pública, v. 41, 2025. DOI: https://doi.org/10.1590/0102-311XEN041624.

PURNAT, T.; WILHELM, E.; WHITE, B.; OKAN, O.; ROSÁRIO, R.; SCALES, D. Health promotion in the algorithmic age: recognizing the information environment as a determinant of health. Health Promotion International, v. 40, 2025. DOI: https://doi.org/10.1093/heapro/daaf166.

SHAO, Y.; HU, H.; LIANG, Y.; HONG, Y.; YU, Y.; LIU, C.; XU, Y. Health literacy interventions among patients with chronic diseases: a meta-analysis of randomized controlled trials.

Patient Education and Counseling, v. 114, art. 107829, 2023. DOI: https://doi.org/10.1016/j.pec.2023.107829.

URIBE, F.; GODINHO, R.; MACHADO, M.; OLIVEIRA, K. S. G.; ESPEJO, C.; SOUSA, N.; SOUSA, L.; BARBALHO, M.; PIANI, P.; PEDROSO, J. Health knowledge, health behaviors and attitudes during pandemic emergencies: a systematic review. PLoS ONE, v. 16, 2021. DOI: https://doi.org/10.1371/journal.pone.0256731.

VALENTE, J.; FRANCIOSI, B.; GARCÍA-CERDE, R.; PIETROBON, T.; SANCHEZ, Z. Addressing the needs for cultural adaptation of DARE-keepin' it REAL among Brazilian students: strategies to improve implementation. Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy, v. 19, 2024. DOI: https://doi.org/10.1186/s13011-024-00630-w.

VIANA, A. L. D'ÁVILA; ROCHA, J. S. Y.; ELIAS, P. E.; IBAÑEZ, N.; BOUSQUAT, A. Atenção básica e dinâmica urbana nos grandes municípios paulistas, Brasil. Cadernos de Saúde Pública, v. 24, supl. 1, p. S79-S90, 2008. DOI: https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008001300013.

WANG, Y.; MCKEE, M.; TORBICA, A.; STUCKLER, D. Systematic literature review on the spread of health-related misinformation on social media. Social Science & Medicine, v. 240, 112552, 2019. DOI: https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.112552.

WITTINK, H.; OOSTERHAVEN, J. Patient education and health literacy. Musculoskeletal Science and Practice, v. 38, p. 120-127, 2018. DOI: https://doi.org/10.1016/j.msksp.2018.06.004.

XIE, L.; ZHANG, S.; XIN, M.; ZHU, M.; LU, W.; MO, P. Electronic health literacy and health-related outcomes among older adults: a systematic review. Preventive Medicine, 2022. DOI: https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2022.106997.

YOU, M. A.; AHN, J. A. Health information orientation and health literacy as determinants of health promotion behaviors in adolescents: a cross-sectional study. Frontiers in Public Health, v. 12, 1522838, 2025. DOI: https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1522838.

ZHANG, F.; OR, P. P. L.; CHUNG, J. W. Y. The effects of health literacy in influenza vaccination competencies among community-dwelling older adults in Hong Kong. BMC Geriatrics, v. 20, 2020. DOI: https://doi.org/10.1186/s12877-020-1504-5.

c) Consequências

As oficinas produziram uma lista que reúne os efeitos diretos/imediatos (no acesso/uso e na operação dos serviços), efeitos intermediários (pressão sobre rede, custos, organização) e efeitos de longo prazo/impacto (desfechos populacionais e indicadores), sem sinalização explícita dessa hierarquia.

Há duplicações literais e redundâncias semânticas, o que pode gerar inflação de itens e dificultar a compreensão. Observa-se ainda que alguns elementos propostos não descrevem

uma “consequência” (efeito observável) mas sim uma condição normativa, uma fragilidade, uma demanda ou até mesmo fatores que foram listados nas causas. Isso reduz a clareza e adequação para uso da árvore de problemas. Nesse sentido optou-se por apresentar uma tabela com cada consequência listada pelo grupo de trabalho, seguido do tipo de formulação e a interpretação analítica aplicada.

Para o “tipo de formulação” foi adotado a seguinte classificação:

- Necessidade: Enunciado que expressa um requisito, demanda ou condição desejável. Não descreve um efeito do problema; descreve o que deveria existir para enfrentá-lo.
- Dificuldade: Enunciado que expressa gargalo/entrave na execução, coordenação, oferta ou uso de serviços. Indica restrição de capacidade ou funcionamento subótimo.
- Incapacidade: Enunciado que afirma falha de resposta do sistema — é mais forte que “dificuldade” e funciona como juízo agregado de desempenho.
- Normativa/interpretativa: Enunciado com leitura estrutural e que se comportam como causa estrutural.
- Contextual: enunciado que expressa tendência/pressão de contexto
- Causa: enunciado já contido entre as causas ou uma nova causa identificada
- Consequência: enunciado expressa efeito observável

Quadro 21 - *Análise das consequências sugeridas*

Consequência (transcrição literal)	Tipo de formulação	Interpretação analítica
Desigualdades territoriais no acesso ao serviço de saúde	Causa	Realocar para causas (bloco 05 - limitações na capacidade institucional do SUS para sustentar cuidado contínuo e preventivo).
Pessoas diferentes terão processos de adoecimento diferentes	Contextual	Realocar para a árvore de causas (bloco 01 - persistência de fatores de risco e determinantes da saúde).
Acesso desigual a tratamentos de saúde em diferentes regiões do Brasil	Causa	Realocar para causas (bloco 05 - limitações na capacidade institucional do SUS para sustentar cuidado contínuo e preventivo).
Equipes de saúde insuficientes para a necessidade do território	Causa	Realocar para causas (bloco 05 - limitações na capacidade institucional do SUS para sustentar cuidado contínuo e preventivo).
Estrutura das UBS sem considerar a diversidade territorial, as questões dedadas mudanças climáticas	Causa	Realocar para causas (bloco 05 - limitações na capacidade institucional do SUS para sustentar cuidado contínuo e preventivo).
Populações com maior potencial de exposição às condições de saúde, com menos oferta de cuidados específicos, adaptados e humanizados: Migrantes, refugiados, apátridas	Causa	Realocar para causas (bloco 01 - persistência de fatores de risco e determinantes da saúde) + (bloco 05 - limitações na capacidade institucional do SUS para sustentar cuidado contínuo e preventivo)
Piores indicadores em saúde das pessoas negras como resultado de acesso a saúde de forma inadequada.	Consequência (efeito observável)	Manter como consequência.
Populações com maior potencial de exposição às condições de saúde, com menos oferta de cuidados específicos, adaptados e humanizados: Ciganos	Causa	Realocar para causas (bloco 01 - persistência de fatores de risco e determinantes da saúde) + (bloco 05 - limitações na capacidade institucional do SUS para sustentar cuidado contínuo e preventivo)
Relativa ineficiência para lidar com tratamentos desiguais (em termos de classe social, raça/etnia, gênero) em saúde	Causa	Realocar para causas (bloco 05 - limitações na capacidade institucional do SUS para sustentar cuidado contínuo e preventivo).
Dificuldade para atender demandas específicas relacionadas aos recortes de classe e raça	Dificuldade	Retirar das consequências
Populações com maior potencial de exposição às condições de saúde, com menos oferta de cuidados específicos, adaptados e humanizados: População	Causa	Realocar para causas (bloco 01 - persistência de fatores de risco e determinantes da saúde) + (bloco 05 - limitações na capacidade institucional do SUS para sustentar cuidado contínuo e preventivo)
Intervenções insuficientes nos determinantes sociais que impactam as condições de saúde (saneamento básico, acesso a alimentação adequada e saudável, transporte público adequado, renda suficiente etc)	Causa	Realocar para causas (bloco 01 - persistência de fatores de risco e determinantes da saúde)
Desigualdade racial no acesso a saúde	Consequência (efeito observável)	Manter como consequência.

Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)

Consequência (transcrição literal)	Tipo de formulação	Interpretação analítica
Populações com maior potencial de exposição às condições de saúde: Populações do Campo, das Florestas e das Águas.	Contextual	Realocar para causas (bloco 01 - persistência de fatores de risco e determinantes da saúde) + (bloco 05 - limitações na capacidade institucional do SUS para sustentar cuidado contínuo e preventivo)
Populações com maior potencial de exposição às condições de saúde, com menos oferta de cuidados específicos, adaptados e humanizados: LGBTIA+	Causa	Realocar para causas (bloco 01 - persistência de fatores de risco e determinantes da saúde) + (bloco 05 - limitações na capacidade institucional do SUS para sustentar cuidado contínuo e preventivo)
Distribuição desproporcional e desigual de profissionais e equipamentos de saúde	Causa	Realocar para causas (bloco 05 - limitações na capacidade institucional do SUS para sustentar cuidado contínuo e preventivo).
Populações com maior potencial de exposição às condições de saúde, com menos oferta de cuidados específicos, adaptados e humanizados: População em situação de rua.	Causa	Realocar para causas (bloco 01 - persistência de fatores de risco e determinantes da saúde) + (bloco 05 - limitações na capacidade institucional do SUS para sustentar cuidado contínuo e preventivo)
Baixa resolutividade em regiões com menor infraestrutura	Consequência (efeito observável)	Manter como consequência.
Equipes da APS com dificuldade de fixação de profissionais	Dificuldade	Retirar das consequências
Haverão territórios onde os profissionais de saúde não desejarão trabalhar	Causa	Realocar para causas (bloco 01 - persistência de fatores de risco e determinantes da saúde) + (bloco 05 - limitações na capacidade institucional do SUS para sustentar cuidado contínuo e preventivo)
Algumas equipes tratarão de uma população maior do que outras	Causa	Realocar para causas (bloco 05 - limitações na capacidade institucional do SUS para sustentar cuidado contínuo e preventivo).
Desgaste dos profissionais de saúde	Consequência (efeito observável)	Manter como consequência.
Maior demanda por saúde privada	Consequência (efeito observável)	Manter como consequência.
incapacidade de dar resposta a problemas coletivos de saúde	Incapacidade	Síntese agregada
Saúde vista como mercadoria na sociedade capitalista	Normativa/interpretativa	Enquadramento estrutural, operando como condicionante, não como consequência observável.
Pressão do mercado privado de saúde para ineficiência do SUS e da atenção primária	Normativa/interpretativa	Condicionante político-econômico (não efeito do problema)
Acesso desigual a tratamentos de saúde por pessoas de diferentes estratos sociais	Consequência (efeito observável)	Manter como consequência.
Superlotação dos serviços de saúde	Consequência (efeito observável)	Manter como consequência.

Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)

Consequência (transcrição literal)	Tipo de formulação	Interpretação analítica
Inadequação e ineficiência da saúde enquanto mercadoria de consumo individual	Normativa/interpretativa	Enunciado interpretativo
ciclos políticos dificultando continuidade de políticas	Normativa/interpretativa	Condicionante de governança e continuidade (bloco 05 - limitações na capacidade institucional do SUS para sustentar cuidado contínuo e preventivo)
Necessidade de acesso ao serviço de saúde.	Necessidade	Retirar das consequências
Equipes de saúde precisam cuidar das particularidades	Necessidade	Retirar das consequências
Ineficiência dos gastos públicos	Causa	Realocar para causas (bloco 05 - limitações na capacidade institucional do SUS para sustentar cuidado contínuo e preventivo).
Impacto do estresse socioeconômico na saúde das famílias	Causa	Realocar para causas (bloco 01 - persistência de fatores de risco e determinantes da saúde)
Custos mais elevados em níveis de atenção especializados	Consequência (efeito observável)	Manter como consequência.
Aumento do custo do cuidado em geral, devido ao agravamento da doença.	Consequência (efeito observável)	Manter como consequência.
Dificuldade da atenção primária em ser ordenadora da rede de atenção à saúde	Dificuldade	Manter como consequência.
Sobrecarga dos níveis especializados	Consequência (efeito observável)	Manter como consequência.
Equipes da APS sobrecarregadas, com dificuldade de atender a complexidade das demandas	Dificuldade	Manter como consequência, observando a necessidade de separa o que se refere a gargalo de capacidade. (dificuldade de atender complexidades das demandas")
Sobrecarga da rede de serviços de saúde	Consequência (efeito observável)	Manter como consequência.
Maior demanda/sobrecarga/filas na atenção especializada	Consequência (efeito observável)	Manter como consequência.
Aumento das iniquidades em saúde	Consequência (efeito observável)	Manter como consequência.
Agravamento das condições de saúde	Consequência (efeito observável)	Manter como consequência.
Resultados insatisfatórios em indicadores de saúde (mortalidade, mortalidade infantil, expectativa de vida, etc)	Consequência (efeito observável)	Manter como consequência.
Diminuição da expectativa de vida	Consequência (efeito observável)	Manter como consequência.
Agravamento de situações evitáveis	Consequência (efeito observável)	Manter como consequência
Haverão condições que precisarão de cuidado de intersetorial	Necessidade	Requisito de resposta: como o SUS deve responder

Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)

Consequência (transcrição literal)	Tipo de formulação	Interpretação analítica
Agudização de doenças crônicas	Consequência (efeito observável)	Manter como consequência.
Algumas pessoas terão condições de saúde não tão comuns	Causa	Realocar para causas (bloco 01 - persistência de fatores de risco e determinantes da saúde)
As diferentes condições requerem cuidado de diferentes profissões	Necessidade	Requisito organizacional
Consequências para o sistema de saúde como um todo	Incapacidade	Enunciado vago.
Aumento da incidência de doenças transmitidas por vetores (dengue, zika, chikungunya)	Contextual	Pressão de contexto / causas (bloco 01 - persistência de fatores de risco e determinantes da saúde)
Impactos negativos da não-resolutividade de condições de saúde (acesso limitado) na saúde mental das pessoas	Consequência (efeito observável)	Manter como consequência.
estigma por parte dos profissionais de saúde	Causa	Realocar para causas (predomínio de um modelo de cuidado fragmentado.
Maior instabilidade trazida pelas mudanças climáticas	Causa	Realocar para causas (bloco 01 - persistência de fatores de risco e determinantes da saúde)
Nem todas as pessoas conseguem acessar oportunamente o serviço de que necessita	Causa	Realocar para causas ((bloco 01 - persistência de fatores de risco e determinantes da saúde) + bloco 05 - limitações na capacidade institucional do SUS para sustentar cuidado contínuo e preventivo)
Envelhecimento populacional, com aumento da expectativa de vida e queda na taxa de fecundidade, tende a elevar a incidência de doenças crônicas e a sobrecarga dos sistemas de saúde	Causa	Realocar para causas (bloco 01 - persistência de fatores de risco e determinantes da saúde)

Após essa análise temos 21 fatores que podem ser considerados como consequências. Dado ainda o alto volume, optou-se por agrupá-los, com o apoio do uso de Large Language Model (LLM)[50], conforme segue:

Quadro 22 - *Agrupamento de consequências*

Categoria	Consequência (transcrição literal)
1. Sobrecarga em diferentes níveis de atenção	Superlotação dos serviços de saúde
	Custos mais elevados em níveis de atenção especializados
	Sobrecarga dos níveis especializados
	Maior demanda/sobrecarga/filas na atenção especializada
	Sobrecarga da rede de serviços de saúde
	Equipes da APS sobrecarregadas, com dificuldade de atender a complexidade das demandas
	Desgaste dos profissionais de saúde
2. Agravamento das condições de saúde	Agravamento das condições de saúde
	Agravamento de situações evitáveis
	Agudização de doenças crônicas
	Resultados insatisfatórios em indicadores de saúde (mortalidade, mortalidade infantil, expectativa de vida, etc)
	Diminuição da expectativa de vida
	Aumento do custo do cuidado em geral, devido ao agravamento da doença.
	Impactos negativos da não-resolutividade de condições de saúde (acesso limitado) na saúde mental das pessoas
3. Maior demanda por serviços privados de saúde	Maior demanda por saúde privada
4. Agravamento das desigualdades territoriais e sociais	Desigualdade racial no acesso a saúde
	Acesso desigual a tratamentos de saúde por pessoas de diferentes estratos sociais
	Aumento das iniquidades em saúde
	Piores indicadores em saúde das pessoas negras como resultado de acesso a saúde de forma inadequada.
	Baixa resolutividade em regiões com menor infraestrutura

[50] Uso do ChatGPT - sistema de inteligência artificial desenvolvido pela OpenAI, baseado em uma LLM (Large Language Model), utilizado para realizar agrupamento lógico sugerindo categorias ou temas comuns entre os itens, com identificação de padrões semânticos e relações de significado, que foram posteriormente revisados pelos avaliadores.