

Entre a legalidade e a qualidade do cuidado: análise crítica das auditorias no Sistema Único de Saúde em Minas Gerais

Between legality and the quality of care: A critical analysis of audits in the Unified Health System in Minas Gerais

Entre la legalidad y la calidad de la atención: análisis crítico de las auditorías en el Sistema Único de Salud en Minas Gerais

Lianara Marçal Peixoto Ferreira¹, Paulo Henrique Correia Lima¹, Najara Barbosa da Rocha¹, Daniele Lopes Leal¹, Alex Rodrigues do Nascimento², Rosa Núbia Vieira de Moura¹, Rafaela da Silveira Pinto¹

DOI: 10.1590/2358-2898202615111003P

RESUMO Este artigo analisa criticamente relatórios de auditoria realizados no Sistema Único de Saúde pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, com o objetivo de identificar padrões de não conformidade e discutir critérios técnicos capazes de subsidiar a priorização de auditorias programadas. Trata-se de estudo documental, de natureza ecológica e abordagem mista, que analisou o total de 629 auditorias concluídas entre 2011 e 2024, abrangendo 333 municípios, com dados extraídos do Sistema de Auditoria do SUS. Destas, 593 (94,3%) apresentaram não conformidades, totalizando 11.816 constatações. A análise textual foi realizada com o IRaMuTeQ, utilizando nuvem de palavras, grafo de similitude, classificação hierárquica descendente e análise fatorial de correspondência. Identificaram-se dois eixos principais de fragilidade: assistencial, caracterizado por barreiras de acesso, falhas na Atenção Primária à Saúde e precarização da Estratégia Saúde da Família; e de governança, relacionado à ausência de planejamento, déficits de regulação e uso inadequado de recursos. Evidenciou-se predominância de vocabulário técnico-financeiro e baixa centralidade no usuário. Conclui-se que, apesar do volume expressivo de auditorias, há lacunas na sistematização crítica dos achados, o que limita seu potencial de induzir melhorias na gestão e na qualidade do cuidado no SUS. **PALAVRAS-CHAVE** Administração em saúde. Gestão em saúde. Qualidade da assistência à saúde. Pesquisa sobre serviços de saúde. Eficiência organizacional.

ABSTRACT This article critically analyzes audit reports conducted within the Unified Health System by the State Health Secretariat of Minas Gerais, with the aim of identifying patterns of non-compliance and proposing technical criteria for prioritizing scheduled audits. This is a documentary ecological study with a mixed-methods approach that examined 629 audits completed between 2011 and 2024, covering 333 municipalities, using data extracted from the SUS Audit System. Of these audits, 593 (94.3%) presented non-compliance findings, totaling 11,816 records. Textual analysis was performed using IRaMuTeQ software, applying word cloud, similitude graph, descending hierarchical classification, and factorial correspondence analysis. Two main axes of fragility were identified: care-related issues, including access barriers, failures in Primary Health Care, and precariousness of the Family Health Strategy; and governance-related issues, such as lack of planning, regulatory gaps, and inadequate use of resources. A predominance of technical-financial vocabulary and low user-centeredness was observed. The study concludes that, despite the significant volume of audits, there are gaps in the critical systematization of findings, which limit their potential to drive improvements in management and quality of care within the SUS.

KEYWORDS Health administration. Health management. Quality of health care. Health services research. Organizational efficiency.

RESUMEN Este artículo analiza críticamente informes de auditoría realizados en el Sistema Único de Salud por la Secretaría de Estado de Salud de Minas Gerais, con el objetivo de identificar patrones de no conformidad y discutir criterios técnicos capaces de subsidiar la priorización de auditorías programadas. Se trata de un estudio documental, de naturaleza ecológica y enfoque mixto, que analizó un total de 629 auditorías concluidas entre 2011 y 2024, que abarcaron 333 municipios, con datos extraídos del Sistema de Auditoria del SUS. De estas, 593 (94,3 %) presentaron no conformidades, totalizando 11.816 hallazgos. El análisis textual se realizó mediante IRaMuTeQ, utilizando nube de palabras, grafo de similitud, clasificación jerárquica descendente y análisis factorial de correspondencias. Se identificaron dos ejes principales de vulnerabilidad: asistencial, caracterizado por barreras de acceso, fallas en la Atención Primaria de Salud y precarización de la Estrategia de Salud de la Familia; y de gobernanza, relacionado con la ausencia de planificación, déficits de regulación y uso inadecuado de recursos. Se evidenció un predominio de vocabulario técnico-financiero y una baja centralidad en el usuario. Se concluye que, a pesar del volumen significativo de auditorías, existen lagunas en la sistematización crítica de los hallazgos, lo que limita su potencial para inducir mejoras en la gestión y en la calidad de la atención en el SUS.

PALABRAS CLAVE Administración de los Servicios de Salud. Gestión en Salud. Calidad de la Atención de Salud. Investigación sobre Servicios de Salud. Eficiencia Organizacional.

¹Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) – Belo Horizonte (MG), Brasil.
narampeixoto@yahoo.com.br

²Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG) – Belo Horizonte (MG), Brasil.

Introdução

A auditoria em saúde, enquanto função de avaliação e controle da gestão pública, constitui-se como um instrumento estratégico para a efetivação dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) — universalidade, integralidade e equidade — previstos na Constituição Federal de 1988 e regulamentados pelas Leis nº 8.080/1990 e 8.142/1990¹⁻³. Desde a criação do SUS, a descentralização administrativa e a municipalização da gestão impuseram novos desafios relacionados à garantia da qualidade, da transparência e do uso eficiente dos recursos públicos. Nesse contexto, é importante distinguir conceitualmente a auditoria de outras funções frequentemente associadas à gestão em saúde, como controle, monitoramento e avaliação.

O controle refere-se à verificação do cumprimento de normas e da legalidade dos atos administrativos, enquanto o monitoramento consiste no acompanhamento contínuo de indicadores e processos ao longo do tempo. A avaliação, por sua vez, envolve julgamento sistemático sobre o desempenho de políticas, programas ou serviços, considerando sua efetividade, eficiência e impacto. A auditoria, embora dialogue com essas dimensões, caracteriza-se por uma análise estruturada, independente e orientada para a verificação da conformidade e da qualidade, podendo incorporar elementos avaliativos e gerar recomendações. Nesse sentido, articula-se ao conceito de *accountability*, entendido como a responsabilidade dos gestores pela transparência e prestação de contas, e pode assumir papel estratégico na promoção da melhoria da qualidade quando seus achados são utilizados para retroalimentar o planejamento e qualificar os processos de gestão⁴.

O Sistema Nacional de Auditoria (SNA), previsto na Lei nº 8.080/1990, instituído pela Lei nº 8.689/1993 e regulamentado pelo Decreto nº 1.651/1995, organizou as ações de auditoria nas três esferas de gestão do SUS, com a finalidade de assegurar que os serviços sejam prestados de forma eficiente, eficaz e conforme

a legislação vigente⁵. No âmbito estadual, as secretarias de saúde assumem papel relevante no monitoramento e fiscalização das ações municipais, buscando garantir a conformidade técnico-financeira e a qualidade assistencial⁶.

Embora historicamente associada a processos de verificação documental e financeira, a auditoria em saúde também pode incorporar dimensões qualitativas relacionadas à qualidade do cuidado e à experiência do usuário⁷. Essa perspectiva se articula às transformações no campo da governança em saúde, que ampliam a atenção para o desempenho dos sistemas, a qualidade, a responsividade e a utilização dos recursos.

No Brasil, contudo, ainda há uma lacuna entre a função fiscalizadora e o potencial da auditoria como instrumento de melhoria contínua. Trabalhos como os de Mendes⁸ e Massuda⁹ evidenciam que parte das fragilidades estruturais do SUS decorre de deficiências no planejamento, na regulação e no acompanhamento das políticas públicas. Essas falhas impactam diretamente a qualidade da atenção e a eficiência no uso de recursos.

Em Minas Gerais, a utilização do Sistema de Auditoria do SUS (Sisaud/SUS – Portaria nº 1467/2006) permitiu a consolidação de uma base de dados abrangente sobre auditorias realizadas nos municípios mineiros entre 2011 e 2024¹⁰.

Entretanto, apesar do volume de informações geradas, não há sistematização suficiente que permita identificar padrões, priorizar ações e orientar políticas baseadas em evidências. A presente pesquisa parte da premissa de que a análise crítica desse acervo pode revelar recorrências e fragilidades estruturais, subsidiando a definição de critérios técnicos para priorização de auditorias programadas.

No cenário internacional, países com sistemas de saúde universais, como Reino Unido, Canadá e Espanha, incorporam auditorias integradas a programas de avaliação de desempenho, com ênfase em indicadores clínicos, satisfação dos usuários e governança¹¹⁻¹³. Esses modelos demonstram que a auditoria, quando articulada a processos

de planejamento e gestão participativa, pode funcionar como motor de inovação e aprimoramento dos serviços.

Apesar da existência de um volume expressivo de dados produzidos pelas auditorias no âmbito do SUS, observa-se que esses registros ainda são pouco explorados de forma sistemática para subsidiar o planejamento e a tomada de decisão. No estado de Minas Gerais, por exemplo, embora o sistema de auditoria esteja consolidado e abranja grande número de municípios, a frequência de auditorias realizadas ao longo dos anos e a utilização estratégica de seus achados ainda suscitam questionamentos quanto à sua capacidade de induzir melhorias estruturais na gestão e na qualidade do cuidado. Ademais, a ausência de critérios técnicos formalizados para priorização de auditorias programadas pode comprometer a eficiência e a equidade das ações de controle, reforçando a necessidade de estudos que analisem criticamente esse acervo e subsidiem a discussão de critérios técnicos que qualifiquem sua utilização.

Diante dessas lacunas, este estudo objetivou analisar criticamente os relatórios de auditorias do SUS, realizadas pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG) no período de 2011 a 2024, identificando padrões de não conformidade e discutindo critérios técnicos capazes de subsidiar a priorização de auditorias programadas, conciliando o atendimento às exigências normativas com a promoção de cuidados centrados no usuário e a integralidade da atenção.

Material e métodos

Trata-se de um estudo documental, de natureza ecológica e abordagem mista (quantitativa e qualitativa), desenvolvido a partir da análise de relatórios de auditoria encerrados no período de 2011 a 2024. A classificação como estudo ecológico justifica-se pela análise agregada de dados em nível municipal, sem identificação individual, permitindo a identificação de

padrões coletivos relacionados à organização e desempenho dos serviços de saúde.

Foram consideradas todas as auditorias concluídas no período no âmbito da SES-MG, totalizando 629 registros, independentemente da presença ou ausência de não conformidades, buscando subsidiar a discussão sobre critérios técnicos para priorização de auditorias programadas.

A unidade de análise do estudo foi definida em dois níveis: auditorias (consideradas como unidades para análise quantitativa descritiva) e constatações de não conformidade (utilizadas como unidades textuais para análise qualitativa).

Foram utilizados dados secundários extraídos do Sisaud/SUS, mediante anuência formal da SES-MG.

Para a análise quantitativa, foram incluídas todas as auditorias encerradas no período (629), permitindo a caracterização do universo de auditorias realizadas. Para a análise qualitativa, foram consideradas as auditorias que apresentaram registros de não conformidade (593), a partir das quais foram extraídas as constatações para análise textual.

Foram analisadas variáveis quantitativas (número de auditorias, número de constatações, frequência de termos, proporção de auditorias com não conformidade, tipo de estabelecimento, porte populacional do município e ano de conclusão da auditoria). As frequências absolutas e relativas foram calculadas para descrever o perfil das auditorias no período.

Para a análise qualitativa, utilizou-se o *software* IRaMuTeQ (Interface de R para Análise Multidimensional de Textos e Questionários) para processamento textual dos relatórios de auditoria. O *corpus* textual foi composto pelas constatações de não conformidade registradas nas auditorias selecionadas e foi previamente preparado por meio de padronização ortográfica, remoção de caracteres especiais e organização dos textos em formato compatível com o software. A segmentação foi realizada automaticamente em Unidades de Contexto Elementar (UCE), conforme algoritmo do

IRaMuTeQ. Foram incluídas apenas as constatações registradas nos relatórios, excluindo-se elementos administrativos não textuais¹⁴⁻¹⁶.

Foram realizadas análises lexicais por meio da nuvem de palavras, para identificação dos termos mais frequentes, e grafo de similitude, para análise da coocorrência entre palavras do texto, resultando uma estrutura de ligação entre as palavras, revelando padrões de associação e temas presentes no *corpus* textual.

Aplicou-se a Classificação Hierárquica Descendente (CHD) para a segmentação do *corpus* em classes temáticas, permitindo a identificação de padrões discursivos associados às fragilidades assistenciais e de governança. A CHD apresentou aproveitamento de 91,43% dos segmentos de texto classificados (4.703/5.144), indicando adequada estabilidade e consistência da análise lexical. A nomeação das classes temáticas foi realizada com base na análise do vocabulário característico e no contexto semântico dos segmentos de texto.

Como complemento à CHD, a Análise Fatorial de Correspondência (AFC) foi utilizada como procedimento exploratório para representar graficamente as relações de proximidade entre as classes temáticas identificadas. Os resultados da AFC foram utilizados como apoio à interpretação das classes obtidas na análise lexical, não constituindo um procedimento inferencial independente.

A integração entre as abordagens quantitativa e qualitativa ocorreu de forma complementar, na medida em que os achados descritivos do perfil das auditorias subsidiaram a interpretação dos padrões identificados na análise textual, permitindo uma compreensão ampliada das fragilidades do sistema.

Por se tratar de estudo documental com base em dados secundários, sem identificação de indivíduos, não houve necessidade de submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa, conforme a Resolução CNS nº 510/2016. O acesso aos dados foi autorizado formalmente pela SES-MG.

Os autores declaram que ferramentas de inteligência artificial foram utilizadas exclusivamente como apoio à revisão linguística, organização textual e aprimoramento da redação científica do manuscrito, sem interferência na análise dos dados, interpretação dos resultados ou elaboração das conclusões. Os autores assumem integral responsabilidade pelo conteúdo apresentado.

Resultados

No período de 2011 a 2024, foram concluídas 629 atividades de auditoria no âmbito estadual. Destas, 593 (94,3%) apresentaram registros de não conformidade e compuseram o *corpus* analítico das constatações qualitativas. Essas atividades de auditoria foram categorizadas por porte populacional dos municípios. Foi analisado um total de 333 municípios, resultando em 11.816 constatações registradas no Sisaud.

A *tabela 1* apresenta a caracterização geral das auditorias realizadas no período, incluindo o número de auditorias concluídas, auditorias com não conformidade, municípios auditados, constatações registradas e a distribuição das auditorias segundo o porte populacional dos municípios, com as respectivas proporções de auditorias que apresentaram não conformidades.

Tabela 1. Caracterização geral das auditorias realizadas pela SES-MG entre 2011 e 2024 por porte populacional

Porte populacional	Municípios auditados	Auditorias Concluídas	Auditorias não conformes	% de auditorias com não conformidade
Pequeno porte I	145	273	254	93,0
Pequeno porte II	96	205	193	94,1
Médio porte	55	106	102	96,2
Grande porte	37	45	44	97,8
Total	333	629	593	94,3

Fonte: elaboração própria (2026).

A distribuição das auditorias realizadas segundo o porte populacional dos municípios evidenciou maior concentração nos municípios de menor porte. Os municípios de pequeno porte I representaram 43,5% dos municípios auditados (145/333), concentrando 273 auditorias concluídas, das quais 254 (93,0%) apresentaram registros de não conformidade. Nos municípios de pequeno porte II foram realizadas 205 auditorias, com 193 (94,1%) apresentando não conformidades. Nos municípios de médio porte, registraram-se 106 auditorias concluídas, das quais 102 (96,2%) apresentaram não conformidades. Já os municípios de grande porte corresponderam à menor proporção de municípios auditados (37/333), totalizando 45 auditorias, das quais 44 (97,8%) apresentaram registros de não conformidade.

Observou-se elevada proporção de auditorias com não conformidade em todos os estratos populacionais, variando de 93,0% nos municípios de pequeno porte I a 97,8% nos municípios de grande porte. Embora os

municípios de menor porte concentrem maior número de auditorias, os resultados sugerem tendência de aumento da proporção de não conformidades à medida que o porte populacional aumenta, indicando que as fragilidades identificadas não se restringem aos municípios menores, estando também presentes em contextos urbanos mais complexos. Esse padrão reforça o caráter sistêmico das não conformidades identificadas nas auditorias realizadas pela SES-MG.

A análise textual pelo IRaMuTeQ revelou predomínio de termos técnico-financeiros e administrativos, com destaque para ‘saúde’ (f=3670), ‘municipal’ (f=2339), ‘recurso’ (f=1672), ‘serviço’ (f=1468), ‘legislação’ e ‘pagamento’ de acordo com a *figura 1*. Em contrapartida, palavras como ‘paciente’ e ‘usuário’ apareceram com baixa frequência. Esse padrão lexical sugere predominância de uma abordagem centrada em aspectos administrativos e normativos, com menor presença de elementos relacionados à experiência do usuário e à qualidade assistencial.

Figura 1. Nuvem de palavras das constatações de auditoria

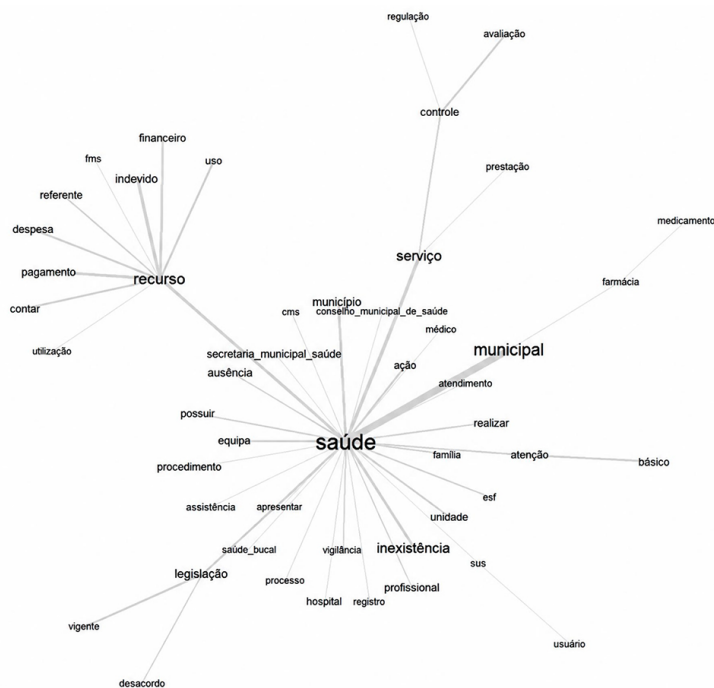


Fonte: elaboração própria (2026).

Para associações semânticas, o grafo de similitude (*figura 2*) mostrou que o termo ‘saúde’ ocupa posição central na rede, fortemente conectado a ‘municipal’, evidenciando o papel

da gestão local. Os termos ‘recurso’, ‘pagamento’ e ‘despesa’ formam um núcleo financeiro, enquanto ‘inexistência’, ‘legislação’ e ‘controle’ compõem o eixo normativo.

Figura 2. Grafo de similitude entre termos presentes nas auditorias



Fonte: elaboração própria (2026).

Nas Classes temáticas, a CHD identificou cinco classes principais (figura 3):

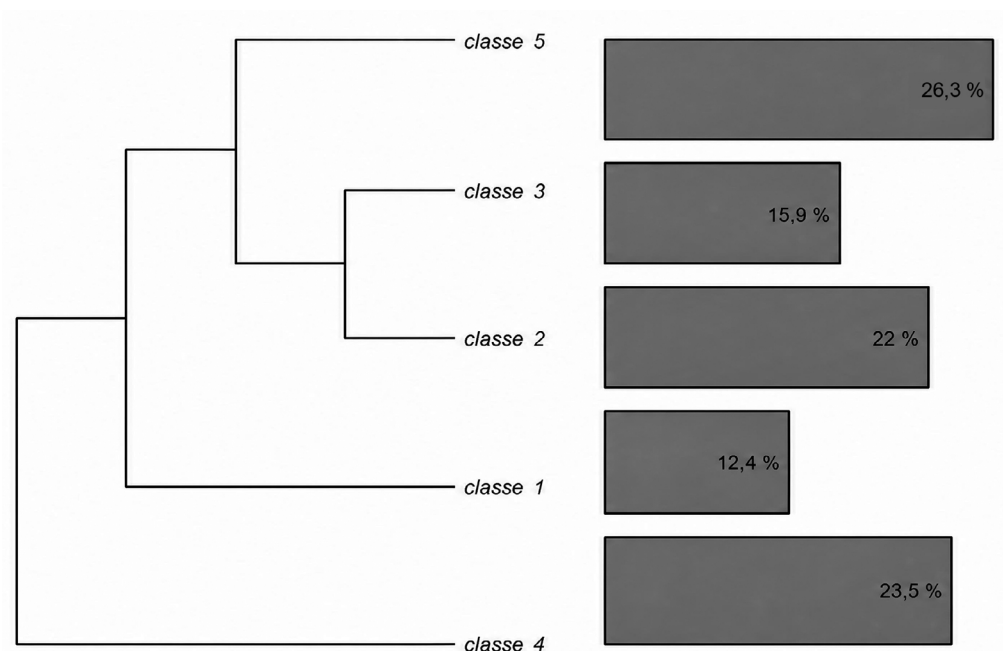
- Classe 1 – Déficits na documentação e gestão municipal: falhas em planos de saúde (PAS), relatórios de gestão (RAG) e ausência de atuação de Conselhos Municipais de Saúde;
- Classe 2 – Barreiras de acesso e gestão hospitalar deficiente: problemas de regulação, internações e prontuários;
- Classe 3 – Fragilidade na regulação e serviços municipais: ausência de normatização e falhas de acompanhamento;

- Classe 4 – Desvios na aplicação de recursos: irregularidades na utilização de recursos financeiros;

- Classe 5 – Precarização da Atenção Primária à Saúde na Estratégia Saúde da Família (ESF) e Equipe de Saúde Bucal (ESB): falta de profissionais, medicamentos e visitas domiciliares.

As classes temáticas identificadas demonstram que as fragilidades observadas nas auditorias ultrapassam aspectos exclusivamente financeiros ou burocráticos, abrangendo também problemas relacionados à organização do cuidado, acesso aos serviços e capacidade de gestão municipal.

Figura 3. Distribuição das classes temáticas da CHD



Fonte: elaboração própria (2026).

A análise das fragilidades dos sistemas de saúde, identificadas através da CHD, mostrou cinco classes temáticas principais. A classe de maior representatividade foi a Classe 5 (26,3%), revelando problemas diretamente

relacionados à organização do cuidado e à qualidade da atenção prestada.

Em seguida, a Classe 4, com 23,5%, aponta para a persistência de irregularidades financeiras e inconsistências na execução dos recursos

públicos, revelando fragilidades nos mecanismos de controle interno e externo. Esse achado dialoga com a literatura ao indicar que a auditoria, no contexto do SUS, ainda enfrenta desafios na consolidação de práticas efetivas de monitoramento e responsabilização da gestão.

A Classe 2 corresponde a 22% e explicita dificuldades relacionadas à regulação do acesso, ocorrência de internações inadequadas e inconsistências nos registros em prontuários, apontando para fragilidades tanto na organização da rede quanto na qualidade da assistência prestada. Esse cenário reforça a centralidade da auditoria como instrumento não apenas fiscalizador, mas também indutor de melhoria da qualidade do cuidado.

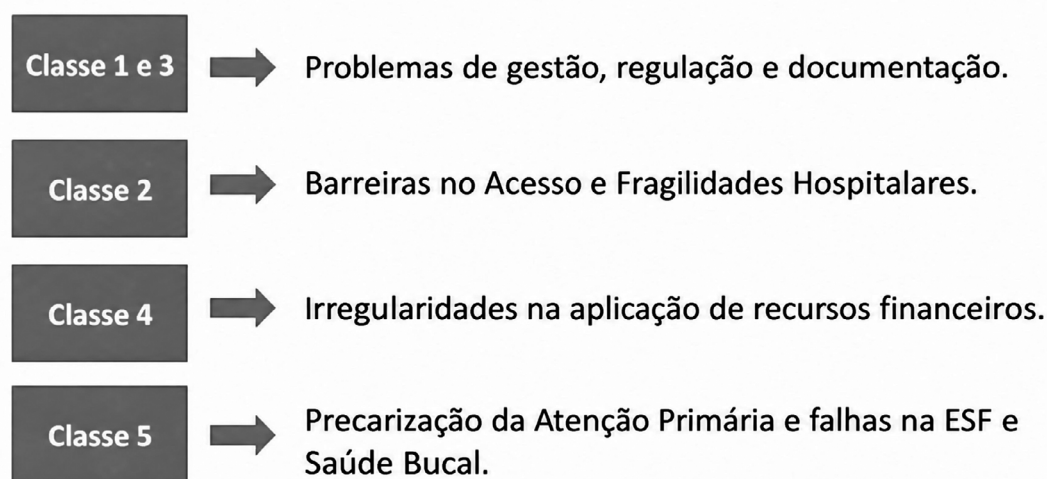
Na sequência, a Classe 3, com 15,9%, aponta lacunas na coordenação do acesso e na articulação entre os níveis assistenciais. Reúne entraves estruturais que impactam a efetividade das ações em saúde, incluindo limitações de recursos, falhas na organização dos processos de trabalho e dificuldades na implementação de normativas. Esses elementos evidenciam que os desafios da auditoria extrapolam a dimensão

técnica, envolvendo aspectos organizacionais e políticos que condicionam a capacidade de resposta dos gestores.

Por fim, a Classe 1 apresentou 12,4%, o que revela inconsistências na elaboração e utilização de documentos fundamentais, como planos e relatórios de gestão, além de fragilidades na atuação dos conselhos de saúde. Esses achados sugerem limitações na institucionalização das práticas de planejamento e avaliação, indicando que a produção documental, embora formalmente exigida, nem sempre se traduz em ferramenta efetiva de apoio à tomada de decisão.

Como complemento à interpretação das classes obtidas pela CHD, a AFC foi utilizada para representar graficamente as relações de proximidade entre os eixos temáticos identificados. A *figura 4* apresenta essa síntese exploratória, evidenciando que a AFC corroborou a organização temática previamente identificada pela CHD, sem produzir novas categorias analíticas. Dessa forma, sua contribuição consistiu em fortalecer a interpretação integrada das relações entre as classes temáticas.

Figura 4. Diagrama da AFC mostrando agrupamento dos eixos de fragilidade



Fonte: elaboração própria (2026).

Os resultados evidenciam o potencial analítico das auditorias em saúde como fonte estratégica de informações para identificação de fragilidades estruturais do sistema e para subsidiar processos de planejamento e tomada de decisão na gestão pública.

Discussão

Os achados deste estudo revelam que a auditoria em saúde no SUS no âmbito do estado de Minas Gerais, no período analisado, mantém-se predominantemente centrada em aspectos normativos e financeiros, com baixa incorporação de dimensões qualitativas relacionadas à experiência do usuário¹⁷. Essa característica está alinhada ao que já foi identificado em outras análises de auditorias públicas brasileiras, nas quais a conformidade documental e a prestação de contas de recursos ocupam papel central^{7,18}. A predominância de termos como ‘recurso’, ‘pagamento’ e ‘legislação’ nos relatórios, conforme evidenciado pela nuvem de palavras e grafo de similitude, indica que as práticas de auditoria ainda se concentram em verificar a legalidade e a economicidade dos serviços, em detrimento da avaliação da efetividade e da resolutividade assistencial. Esse cenário reforça a crítica de Paim¹⁸ e Mendes⁸ de que o SUS enfrenta um ciclo de ineficiência estrutural, no qual deficiências na governança e na gestão repercutem negativamente no cuidado oferecido à população.

A compreensão da auditoria como um instrumento de governança vai além da mera fiscalização. Michael Power¹⁹, em sua obra ‘The Audit Society Revisited’, argumenta que a auditoria se tornou uma forma dominante de controle e legitimação nas organizações modernas, moldando a própria natureza da gestão. Nesse sentido, a auditoria no SUS, ao focar excessivamente na conformidade, pode inadvertidamente desviar a atenção de questões mais profundas de performance e valor. Hood et al.²⁰ complementam essa visão ao discutir como a auditoria se insere em um sistema

mais amplo de gestão de riscos e *accountability*, onde a transparência e a responsabilidade são fundamentais.

As fragilidades assistenciais demonstram um desafio dos princípios da Integralidade e Universalidade. É possível identificar por meio das classes da CHD relacionadas ao eixo assistencial (Classes 2 e 5) que destacam barreiras de acesso, precarização da Atenção Primária à Saúde (APS), déficit de profissionais e falhas nos processos de cuidado. Esses problemas afetam diretamente a universalidade e a integralidade, princípios fundantes do SUS, e corroboram estudos como o de Massuda⁹, que aponta o subfinanciamento e a descontinuidade de políticas como fatores críticos para a queda de desempenho da APS no Brasil. A precarização da ESF, em particular, é um reflexo da insuficiência de investimento e da falta de estratégias de fixação de profissionais, o que compromete a capacidade do sistema de resolver a maioria dos problemas de saúde na porta de entrada²¹.

A qualidade do cuidado, segundo o clássico modelo de Avedis Donabedian²², deve ser avaliada em termos de estrutura, processo e resultado. Nossos achados, ao indicar falhas na estrutura (falta de profissionais, problemas de cadastro) e no processo (falhas nas visitas domiciliares, prontuários incompletos), sugerem que a auditoria tem um papel crucial em identificar essas deficiências que impactam diretamente os resultados de saúde da população. A baixa frequência de termos como ‘paciente’ ou ‘usuário’ nos relatórios de auditoria, como identificado na análise textual, aponta para uma lacuna na perspectiva de cuidado centrado no paciente, uma dimensão essencial da qualidade conforme o Institute of Medicine (IOM)²³. A valorização da APS, defendida por Barbara Starfield²⁴ como coordenadora do cuidado e porta de entrada preferencial é fundamental para a efetividade do sistema e as auditorias devem ser capazes de diagnosticar e propor soluções para o seu fortalecimento.

Experiências internacionais demonstram que auditorias que incorporam indicadores

clínicos, tempos de espera e satisfação dos usuários conseguem alinhar-se melhor às demandas reais da população. No Reino Unido, por exemplo, o National Health Service (NHS) utiliza auditorias clínicas que monitoram tanto conformidade quanto desfechos assistenciais, integrando a análise de processos e resultados¹¹. No Canadá, mecanismos de *performance auditing* avaliam desde indicadores de acesso até a qualidade percebida pelo paciente, com relatórios que subsidiam ajustes imediatos na rede¹³. Essa perspectiva focada no resultado e na experiência do usuário é crucial para transcender a mera verificação formal e promover uma auditoria que de fato contribua para a melhoria da qualidade do cuidado.

As fragilidades de governança são impactadas na transparência e no planejamento. O eixo de governança (Classes 1, 3 e 4) concentra falhas documentais, ausência de controle social, regulação deficiente e uso inadequado de recursos financeiros. Tais problemas dialogam com discussões anteriores sobre fragilidades de coordenação, gestão e governança no SUS^{25,30}, comprometem a transparência e a capacidade dos municípios de planejar e executar políticas de forma consistente. A ausência ou inoperância dos Conselhos Municipais de Saúde, identificada em parte dos relatórios, revela fragilidades no controle social, pilar previsto na Lei nº 8.142/1990³. A literatura internacional destaca que a participação social efetiva nas instâncias de auditoria e avaliação é capaz de aumentar a *accountability* e reforçar a legitimidade das decisões^{12,20}. A ineficácia na regulação de serviços, como o Tratamento Fora de Domicílio (TFD), e a falta de normatização e acompanhamento indicam a necessidade de fortalecer a capacidade regulatória dos municípios para garantir a organização e o controle dos fluxos assistenciais²⁶.

Os achados evidenciam que a auditoria ainda se mantém predominantemente orientada por uma lógica normativa e técnico-financeira, com menor ênfase nas dimensões assistenciais e na centralidade do usuário. Esse padrão reforça a necessidade de ressignificação da

auditoria como instrumento de aprendizagem institucional, capaz de produzir conhecimento aplicável à gestão e induzir melhorias nos processos de cuidado.

A descentralização do SUS, embora um avanço democrático, impõe desafios complexos de coordenação interfederativa e governança local, como bem descrito por Viana e Lima²⁷. A dependência de transferências federais pode condicionar as políticas locais, como apontado por Arretche²⁵, e a auditoria, nesse cenário, deve atuar como um mecanismo de indução de boas práticas de gestão financeira e orçamentária, garantindo que os recursos cheguem e sejam utilizados de forma eficaz na ponta do sistema. A governança em saúde, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS)²⁸, envolve a responsabilidade do governo pela direção, regulação e desempenho do sistema de saúde, incluindo a utilização de informações para orientar as políticas e estratégias. Essa perspectiva se alinha às fragilidades de controle social e planejamento identificadas em nosso estudo.

A integração entre auditoria e gestão estratégica é um caminho para a eficiência. A análise do grafo de similitude e da AFC demonstra que aspectos administrativos e assistenciais são interdependentes. Uma gestão financeira ineficaz compromete a estrutura de oferta de serviços, enquanto falhas na regulação e no planejamento geram desperdício de recursos e ineficiência no cuidado. Esse ciclo reforça a necessidade de uma abordagem integrada entre auditoria e gestão estratégica. A auditoria não pode ser vista apenas como um processo fiscalizatório a posteriori, mas como uma ferramenta de apoio à tomada de decisão e de melhoria contínua dos processos.

Em países como a Espanha, a auditoria em saúde está articulada a contratos de gestão e metas assistenciais, possibilitando que os achados sejam imediatamente incorporados ao processo decisório. Essa integração contribui para o uso racional dos recursos e para a qualificação contínua dos serviços. No contexto brasileiro, a Política Nacional de Humanização

(PNH)^{29,30} oferece diretrizes para que a auditoria incorpore a dimensão do cuidado e da experiência do usuário, promovendo um olhar mais abrangente e menos burocrático sobre a qualidade dos serviços. A avaliação de impacto das políticas de saúde, conforme o guia do Ministério da Saúde³¹, reforça a necessidade de ir além da conformidade e focar nos resultados efetivos para a população. A utilização de evidências na formulação de políticas públicas, conforme defendido por Nutley et al.³², é um caminho para que os achados das auditorias se traduzam em ações concretas e baseadas em dados, superando a mera identificação de problemas para a proposição de soluções eficazes.

Os padrões de fragilidade identificados neste estudo evidenciam a viabilidade de utilização de critérios técnicos para priorização das auditorias programadas. Entre esses critérios, destacam-se a frequência e a gravidade das não conformidades, seu impacto potencial sobre o acesso e a qualidade assistencial, a recorrência de fragilidades de governança e as características organizacionais e socioeconômicas dos municípios. A integração desses componentes em um índice classificatório representa uma estratégia promissora para apoiar o planejamento das ações de auditoria, permitindo hierarquizar prioridades de forma objetiva, transparente e baseada em evidências.

A utilização de critérios técnicos e transparentes para a priorização das auditorias pode otimizar recursos, maximizar impacto e alinhar o trabalho de auditoria aos objetivos de equidade e integralidade do SUS. Isso permitiria que os órgãos de auditoria concentrassem seus esforços nos municípios e estabelecimentos que apresentam os maiores riscos ou as maiores lacunas na prestação de serviços, promovendo uma alocação mais eficiente dos recursos humanos e financeiros disponíveis. Essa abordagem proativa e baseada em risco é fundamental para sistemas de saúde complexos e com recursos limitados, nos quais a priorização inteligente pode gerar um impacto significativo na melhoria contínua.

Nesse sentido, a utilização sistematizada dos achados das auditorias pode contribuir para o fortalecimento da governança em saúde, ao subsidiar decisões baseadas em evidências, qualificar o planejamento e ampliar a efetividade das ações no âmbito do SUS.

As limitações deste estudo decorrem principalmente da sua natureza documental e da utilização de uma base de dados secundária do Sisaud, cujos achados dependem da forma e da qualidade do registro realizado pelos auditores. A característica do *corpus* textual, que não é padronizada, limita a capacidade da pesquisa de explorar em profundidade as dimensões qualitativas do cuidado, focando a análise na esfera da legalidade e da conformidade, em detrimento de uma perspectiva mais centrada no usuário.

Conclusões

As auditorias em saúde realizadas pela Secretaria de Estado de Saúde no período de 2011 a 2024, em Minas Gerais, evidenciam um conjunto de fragilidades estruturais e interdependentes no SUS, distribuídas entre os eixos de governança e assistência. A predominância de constatações ligadas a aspectos documentais, fragilidades regulatórias, falta de planejamento e inadequações na utilização de recursos demonstra que a auditoria, além de identificar inconformidades, precisa ser capaz de induzir melhorias sistêmicas.

Do ponto de vista assistencial, a precarização da APS, a insuficiência de profissionais e as barreiras de acesso comprometem diretamente a universalidade e a integralidade do cuidado. Os achados sugerem que essas fragilidades possuem caráter sistêmico e não se restringem a municípios de menor porte ou menor capacidade administrativa. Esses resultados, quando analisados de forma sistematizada, oferecem subsídios relevantes para o planejamento, definição de prioridades e qualificação das práticas de gestão no SUS.

Os resultados reforçam a necessidade de superar uma concepção restrita da auditoria centrada exclusivamente na conformidade normativa e financeira, ampliando sua utilização como instrumento estratégico de aprendizagem institucional, produção de conhecimento e fortalecimento da governança em saúde. Nesse sentido, a integração da auditoria aos processos de planejamento e de tomada de decisão pode ampliar sua capacidade de induzir melhorias organizacionais e assistenciais.

Os resultados deste estudo demonstram que a utilização de critérios técnicos derivados dos padrões de fragilidade identificados pode contribuir para qualificar o planejamento das auditorias programadas. A integração sistematizada desses critérios em um índice classificatório constitui uma estratégia potencial para apoiar a definição de prioridades, otimizar a alocação de recursos e fortalecer a atuação do Sisaud no SUS.

Entre as limitações do estudo, destaca-se a utilização de dados secundários provenientes de registros administrativos, sujeitos à variabilidade na qualidade do preenchimento dos relatórios e à heterogeneidade das práticas de auditoria ao longo do período analisado.

Ao se consolidar como um mecanismo de avaliação abrangente e estratégico, a auditoria em saúde pode contribuir de forma decisiva para a qualificação do cuidado, eficiência no

uso dos recursos públicos e fortalecimento do SUS, assegurando o direito à saúde de forma mais equitativa, resolutive e orientada às necessidades da população.

Contribuições de autoria

Ferreira LMP (0009-0000-9833-6300)* contribuiu para a concepção do trabalho, coleta, análise e interpretação dos dados, redação do artigo e revisão crítica do manuscrito. Lima PHC (0000-0002-1608-4988)* contribuiu para a redação do artigo ou revisão crítica e aprovação final da versão a ser publicada. Rocha NB (0000-0003-3366-0032)* contribuiu para a revisão crítica quanto ao conteúdo intelectual e aprovação final da versão a ser publicada. Leal DL (0000-0003-4817-9006)* contribuiu para a concepção, aquisição, análise e interpretação de dados para a obra e revisão do manuscrito. Nascimento AR (0000-0001-7094-0987)* contribuiu para a concepção, aquisição, análise e interpretação de dados para a obra e revisão do manuscrito. Moura RNV (0000-0002-8947-2797)* contribuiu para a concepção, aquisição, análise e interpretação de dados para a obra e revisão do manuscrito. Pinto RS (0000-0002-6169-7708)* contribuiu para a concepção, aquisição, análise e interpretação de dados para a obra e revisão do manuscrito. ■

Referências

1. Presidência da República (BR). [Constituição 1988]. Constituição da República Federativa do Brasil. Diário Oficial da União. Brasília, DF. 1988 out 5.
2. Presidência da República (BR). Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, DF. 1990 set 20; Seção 1:18055-9.
3. Presidência da República (BR). Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

- de (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências [Internet]. Diário Oficial da União. Brasília, DF. 1990 dez 31 [acesso em 2026 jul 31]; Seção 1:25694. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm
4. Ayach C, Moimaz SAS, Garbin CAS. Auditoria no Sistema Único de Saúde: o papel do auditor no serviço odontológico. *Saúde e Sociedade*. 2013;22(1):237-248. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902013000100021>
5. Presidência da República (BR). Lei nº 8.689, de 27 de julho de 1993. Dispõe sobre a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – Inamps e dá outras providências [Internet]. Diário Oficial da União. Brasília, DF. 1993 jul 28 [acesso em 2026 jul 31]; Seção 1:10370. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8689.htm
6. Presidência da República (BR). Decreto nº 1.651, de 28 de setembro de 1995. Regulamenta o Sistema Nacional de Auditoria no âmbito do Sistema Único de Saúde [Internet]. Diário Oficial da União. Brasília, DF. 1995 set 29 [acesso em 2026 jul 31]; Seção 1:15196. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1995/d1651.htm
7. Azevedo GA, Gonçalves NS, Santos DC. A relação entre a auditoria e o sistema público em saúde. *Revista de Administração em Saúde*. 2018;18(70). DOI: <https://doi.org/10.23973/ras.70.91>
8. Mendes EV. Desafios do SUS. Brasília, DF: Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); 2019.
9. Massuda A. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso? *Ciênc saúde coletiva*. 2020;25(4):1181-1188. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.01022020>
10. Ministério da Saúde (BR), Departamento Nacional de Auditoria do SUS. Sistema de Auditoria do SUS (SI-SAUD/SUS): manual do usuário [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2006 [acesso em 2026 jul 31]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_auditoria_sus_sisaud_manual_usuario.pdf
11. Burgess R. New principles of best practice in clinical audit. 2nd ed. Oxford: Radcliffe Publishing; 2011.
12. Saltman RB, Durán A, Dubois HFW. Governing Public Hospitals: Reform Strategies and the Movement towards Institutional Autonomy. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2011.
13. Canadian Institute for Health Information. Health system performance. Ottawa, ON: CIHI; 2020.
14. Carvalho DNR, Aguiar VFF, Apolinário DB, et al. Um olhar sobre o uso do software IRaMuTeQ® na pesquisa científica: estudo bibliométrico. *Revista de Enfermagem da UFPI*. 2024;13:e4280. DOI: <https://doi.org/10.26694/reufpi.v13i1.4280>
15. Moimaz SAS, Amaral MA, Miotto AMM, et al. Análise qualitativa do aleitamento materno com o uso do software IRAMUTEQ. *Saúde e Pesquisa*. 2017;9(3):567-577. DOI: <https://doi.org/10.17765/1983-1870.2016v9n3p567-577>
16. Camargo BV, Justo AM. Tutorial para uso do software de análise textual IRAMUTEQ [Internet]. Florianópolis: Laboratório de Psicologia Social da Comunicação e Cognição, Universidade Federal de Santa Catarina; 2013 [acesso em 2026 jul 31]. Disponível em: <http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/tutoriel-en-portugais>
17. Ministério da Saúde (BR), Departamento Nacional de Auditoria do Sistema Único de Saúde. Auditoria interna do Sistema Único de Saúde: conceitos e pressupostos [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2024 [acesso em 2026 jul 31]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/denass/publicacoes/auditoria-interna-do-sistema-unico-de-saude.pdf>
18. Paim JS. O que é o SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2009. 148 p. DOI: <https://doi.org/10.7476/9788575413425>

19. Power M. The Audit Society Revisited. In: Power M, editor. *The Audit Society: Rituals of Verification*. 2nd ed. Oxford: Oxford University Press; 2017. p. 1-20. DOI: <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780198796282.001.0001>
20. Hood C, Rothstein HF, Baldwin R. *The Government of Risk: Understanding Risk Regulation Regimes*. 2nd ed. Oxford: Oxford University Press; 2004. 232 p. DOI: <https://doi.org/10.1093/0199243638.001.0001>
21. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. *Ciênc saúde coletiva*. 2010;15(5):2297-2305. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000500005>
22. Donabedian A. *The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment. Explorations in Quality Assessment and Monitoring*. Vol. 1. Ann Arbor, MI: Health Administration Press; 1980. 163 p. DOI: <https://doi.org/10.4324/9781912281848>
23. Institute of Medicine (US), Committee on Quality of Health Care in America. *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Washington, DC: National Academies Press; 2001. 360 p. DOI: <https://doi.org/10.17226/10027>
24. Starfield B. *Primary Care: Balancing Health Needs, Services, and Technology*. New York: Oxford University Press; 1998. 448 p. DOI: <https://doi.org/10.1093/med/9780195125436.001.0001>
25. Arretche M. Federalismo e políticas sociais no Brasil: problemas de coordenação e autonomia. *São Paulo em Perspectiva*. 2004;18(2):17-26. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-88392004000200003>
26. Ministério da Saúde (BR). Portaria GM/MS nº 1.559, de 1º de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde [Internet]. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF. 2008 ago 4 [acesso em 2026 jul 31]; Seção 1:48-49. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/drac/regulacao-do-acesso/legislacao/portaria-no-1-559-de-lo-de-agosto-de-2008>
27. Lima LD, Queiroz L, Machado CV, et al. Descentralização e regionalização: dinâmica e condicionantes da implantação do Pacto pela Saúde no Brasil. *Ciênc saúde coletiva*. 2012;17(7):1903-1914. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000700030>
28. World Health Organization. *The World Health Report 2000: Health Systems: Improving Performance* [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2000 [acesso em 2026 jul 31]. 215 p. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42281>
29. Carvalho GP. Desigualdades regionais e o papel dos recursos federais no SUS: fatores políticos condicionam a alocação de recursos? *Ciênc saúde coletiva*. 2021;26(Supl 2):3409-3421. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021269.2.31192019>
30. Ministério da Saúde (BR), Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: política nacional de humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. 2ª ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2004.
31. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Complexo da Saúde, Departamento de Ciência e Tecnologia. *Avaliação de impacto das políticas de saúde: um guia para o SUS*. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2023.
32. Nutley SM, Walter I, Davies HTO. *Using Evidence: How Research Can Inform Public Services*. Bristol: Policy Press; 2007. 376 p. DOI: <https://doi.org/10.1332/policypress/9781861346650.001.0001>

Recebido em 12/08/2025

Aprovado em 20/07/2026

Conflito de interesses: inexistente

Disponibilidade de dados: os dados de pesquisa estão contidos no próprio manuscrito

Suporte financeiro: não houve

Editora responsável: Maura Vanessa Silva Sobreira, Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN), Caicó (Rio Grande do Norte/RN), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4231913524179274> - Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-6804-4198> - e-mail: maurasobreira@ufrn.br