



Economia da **Saúde**

Análise Ex Ante
Política Nacional de Economia
da Saúde

Análise Ex Ante da Política Nacional de Economia da Saúde

Projeto de pesquisa aplicado
à cooperações nacionais e internacionais:
economia da saúde na perspectiva
de avaliação das políticas públicas

Natal-RN

Outubro/2025

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE

José Daniel Diniz Melo

Reitor

Henio Ferreira de Miranda

Vice-reitor

Maria Carmem Freire Diógenes Rêgo

Secretária de Educação a Distância

Carla Wilza Souza de Paula Maitelli

Diretora do Centro de Tecnologia

Antonio de Lisboa Lopes da Costa

Diretor do Centro de Ciências da Saúde

Joana Cristina Medeiros Tavares Marques

**Diretora da Faculdade de Ciências da
Saúde do Trairi**

Karilany Dantas Coutinho

**Chefe do Departamento de Engenharia
Biomédica**

Jose Adailton da Silva

Chefe do Departamento de Saúde Coletiva

Ricardo Alessandro de Medeiros Valentim

**Diretor executivo do Laboratório de
Inovação Tecnológica em Saúde**

MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL

Alexandre Rocha Santos Padilha

Ministro de Estado da Saúde

Adriano Massuda

Secretário Executivo

Fernanda de Negri

**Secretaria de Ciência, Tecnologia e
Inovação e do Complexo
Econômico-Industrial da Saúde**

Maria Fernanda Godoy Cardoso de Melo

**Diretora do Departamento de Economia e
Desenvolvimento em Saúde**

Jamyle Calencio Grigoletto

**Coordenadora de Ações Estruturantes
em Economia da Saúde**

ORGANIZAÇÃO

Thaísa Góis Farias de Moura
Santos Lima

Rodrigo Pires de Campos

Manoel Honório Romão

Ricardo Alexsandro de Medeiros Valentim

EQUIPE DE ANÁLISE EX ANTE DA POLÍTICA NACIONAL DE ECONOMIA DA SAÚDE

Andréa Santos Pinheiro

Antonio Isidro da Silva Filho

Elinaldo Bernardo de Oliveira Júnior

Erika Santos de Aragão

Heleni Aires Clemente

Israel José dos Santos Felipe

João Maria Macedo da Costa

Jordana Crislayne de Lima Paiva

José Adailton da Silva

Juciano de Sousa Lacerda

Kaline Sampaio de Araújo

Karilany Dantas Coutinho

Lorena de Macêdo Silva

Luciana Simões Câmara Leão

Manoel Honório Romão

Marilyn Anderson Alves Bonfim

Mauricio da Silva Oliveira Junior

Pedro Henrique Germano Evangelista

Priscila Câmara Reis

Rodrigo Pires de Campos

Thaísa Góis Farias de Moura Santos Lima

Thiago Henrique Câmara de Medeiros

Ricardo Alexsandro de Medeiros Valentim

**EQUIPE DO PROJETO PROJETO
DE PESQUISA APLICADO À
COOPERAÇÃO INTERNACIONAL:
ECONOMIA DA SAÚDE NA
PERSPECTIVA DE AVALIAÇÃO DAS
POLÍTICAS PÚBLICAS**

Aline de Pinho Dias

Alessandra Gaspar Sousa

Amanda Pereira Ferreira Dellanhese

Ana Carolina Esteves da Silva Pereira

Anderson Augusto Silva de Almeida

Anderson José da Rocha Silva

André Felipe Soares de Alcântara

Andréa Santos Pinheiro de Melo

Antonio Higor Freire de Moraes

Antônio Ângelo Menezes Barreto

Beatriz Soares de Souza

Bruna Fernandes de Araújo

Carla de Paula Bernardes

Carlos Alberto Pereira de Oliveira

Cristine Martins Gomes de Gusmão

Danilo Oliveira Imbimbo

Débora Silva de Freitas

Eloiza da Silva Gomes de Oliveira

Everton Macêdo Silva

Fabio Júnio Luiz dos Santos

Felipe Ricardo dos Santos Fernandes

Flávia Andrade Nunes Fialho

Giselle Rodovalho Ribeiro

Gustavo Fontoura de Souza

Ignacio Sánchez Gendriz

Iasmin Moreira Alves Martins

Ingridy Marina Pierre Barbalho

Israel José dos Santos Felipe

Ivan Osmo Mardegan

Ivanessa Thaiane do Nascimento Cavalcanti

Jailton Carlos de Paiva

Jamyle Calencio Grigoletto

Janaína Luana Rodrigues da Silva

João Paulo Queiroz dos Santos

Jordana Crislayne de Lima Paiva

José Adailton da Silva

Joslaine de Oliveira Nunes

Juciano de Sousa Lacerda

Kaline Sampaio de Araujo

Karilany Dantas Coutinho

Karla Mônica Dantas Coutinho
Katia Cristina Martins Guerra
Leonardo Judson Galvão de Lima
Luciana Costa Xavier
Luca Pareja Credidio Freire Alves
Luciano Menezes Bezerra Sampaio
Luís Eduardo Germano Evangelista
Luís Eduardo Maciel dos Santos Ferreira
Lyane Ramalho Cortez
Maciene Mendes da Silva
Marcella Andrade da Rocha
Marcelo Chaves de Castro
Mariana Marzullo Pedreira
Marilyn Anderson Alves Bonfim
Marquiony Marques dos Santos
Mauricio da Silva Oliveira Junior
Milena Cristina Duarte de Almeida
Moisés Henrique da Silva
Natalia Araujo do Nascimento Batista
Patrícia Araújo Bezerra
Pedro Henrique Germano Evangelista
Phillipi Sedir Grilo Moraes
Priscila Carvalho da Costa
Priscila Sanara da Cunha
Raquel Menezes Bezerra Sampaio
Rafael de Moraes Pinto
Raphael Silva Fontes

Rebeca Carmo de Souza
Ricardo Alexsandro de Medeiros Valentim
Rodrigo Dantas da Silva
Ruana Evangelista Galvão
Suelayne Cris Medeiros de Sousa
Thaís Gois Farias de Moura Santos Lima
Thiago Henrique Câmara de Medeiros
Vitor Hugo Tocci Lima
Wesley Rodrigues Trigueiro

Catalogação da publicação na fonte
Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Secretaria de Educação a Distância

Análise Ex Ante Política Nacional de Economia da Saúde: projeto de pesquisa aplicado à cooperações nacionais e internacionais – economia da saúde na perspectiva de avaliação das políticas públicas [recurso eletrônico] / organizado por Ricardo Alexsandro de Medeiros Valentim [et al.]. – 1. ed. – Natal: SEDIS-UFRN, 2025.
1500KB; 1 PDF; il.,col.

ISBN 978-65-5569-625-7

1. Análise Ex Ante. 2. Economia da Saúde. 3. Política Pública. I. Romão, Manoel Honório. II. Campos, Rodrigo Pires de. III. Lima, Thaísa Góis Farias de Moura Santos. IV. Marilyn Anderson Alves Bonfim.

CDU 614:330
A532

Elaborada por Edineide da Silva Marques CRB-15/488.

RESUMO EXECUTIVO

Esta análise *ex ante* examina os desafios e as perspectivas para a formulação de uma Política Nacional de Economia da Saúde (PNES) no Brasil. Seu objetivo principal é diagnosticar os principais problemas, definir um problema fundamental, definir objetivos e estratégias e apresentar recomendações que orientem a implementação de uma política capaz de fortalecer o Sistema Único de Saúde (SUS) de forma sustentável, equitativa e inovadora.

Em 2023, o Ministério da Saúde (MS) descentralizou recursos para a Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), por meio de Termo de Execução Descentralizada (TED 52/2022), para o desenvolvimento do **Projeto de Pesquisa Aplicado à Cooperação Internacional: Economia da Saúde na perspectiva de avaliação das políticas públicas**. A cooperação técnica desse Projeto é realizada pelo Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde (LAIS/UFRN), em parceria com o Departamento de Economia e Desenvolvimento em Saúde (DESID) da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Inovação e do Complexo Econômico-Industrial da Saúde (SECTICS) do Ministério da Saúde.

No que diz respeito às ações estabelecidas no TED 52/2022, em 2023, a Direção do DESID solicitou uma pesquisa do tipo Análise *Ex Ante* (Meta 2). A abordagem *Ex Ante* permite avaliar, de forma antecipada, os impactos potenciais de políticas, programas e investimentos, buscando promover eficiência e efetividade na alocação de recursos e no planejamento das ações públicas (Lassance, 2022). Tal iniciativa reflete o compromisso com a aplicação de ferramentas analíticas prospectivas para subsidiar decisões estratégicas no âmbito da saúde pública.

O presente estudo examinou inicialmente modelos oficiais de análise *ex ante* disponibilizados pelo governo federal brasileiro. O principal deles foi o manual da Casa Civil intitulado “Avaliação de Políticas Públicas: Guia Prático de Análise

Ex Ante" (2018). Outra importante referência foi o Texto para Discussão (TD) do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) intitulado "A Análise *Ex Ante* de Políticas Públicas: fundamentos teórico-conceituais e orientações metodológicas para a sua aplicação prática", de Lassance (2022). A estrutura adotada para a análise ex ante aqui apresentada, ao final do relatório, inclui seis etapas comuns a essas referências, quais sejam: i) diagnóstico do problema, ii) objetivos, ações e resultados, iii) desenho e estratégia de implementação, iv) impacto orçamentário e financeiro, v) estratégias de construção de confiança e suporte, vi) monitoramento, avaliação e controle.

O percurso metodológico para a realização do estudo contou com três grandes fases. A fase 1, referente ao diagnóstico de problemas, para a qual a equipe de pesquisa optou pela estratégia combinada de construção de árvores de problemas intercaladas por oficinas de trabalho, entrevistas e organização/realização de um Simpósio Internacional sobre economia da saúde em Brasília-DF. Após um exame mais detido dos problemas apontados durante o diagnóstico, constatou-se uma infinidade de problemas de naturezas diversas, localizados em diferentes dimensões e atinentes a diferentes sistemas (de saúde, de inovação, de ciência e tecnologia, industrial, etc), para muito além do Sistema Único de Saúde, revelando uma questão extremamente complexa, multifacetada, de grande amplitude, multitissêmica, multissetorial e multinível. Nesta etapa, vislumbrou-se a necessidade premente de adaptações nas metodologias de análise ex ante disponibilizadas pelo governo federal brasileiro para aprofundar a análise de problemas identificados na fase de diagnóstico.

Reconhecendo essa necessidade de adaptações nos modelos de análise *ex ante*, a fase 2 do percurso metodológico contou com buscas e discussões sobre possíveis referenciais teóricos para a análise dos materiais levantados na fase de diagnóstico de problemas. Primeiramente e de forma intuitiva, recuperaram-se o amplo debate global sobre Cobertura Universal de Saúde *versus* Sistema Universal de Saúde e os modelos internacionais para a análise de capacidades estatais, intuitivamente convergentes com desafios enfrentados por agentes e instituições atuantes na economia da saúde. Num segundo momento, após novos debates sobre os problemas identificados na fase de diagnóstico e uma releitura dos debates nacionais sobre o Complexo Econômico Industrial da Saúde (CEIS), tornou-se evidente a necessidade de adotar uma combinação de perspectivas teóricas que estabelecem diálogo mais direto com a dimensão multi sistêmica da economia da saúde, isto é, capazes de oferecer uma visão holística e integral do sistema de saúde

brasileiro integrado/articulado com sistemas de inovação, ciência e tecnologia, e produção industrial. Daí, três perspectivas teóricas foram adotadas: a perspectiva de sistemas de saúde, a perspectiva de sistemas de inovação e a perspectiva histórico-institucional, observando a economia da saúde e um de seus principais agentes no Brasil, o Desid.

De forma muito sintética, referencial teórico de sistemas de saúde (devidamente atualizado pela nossa equipe) evidenciou que um dos problemas centrais da economia da saúde diz respeito à dimensão da gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). O referencial teórico de sistemas de inovação, por sua vez, evidenciou o potencial da gestão ecossistêmica de uma política nacional de economia da saúde, articulando e orquestrando setores (governo, universidade/centros de pesquisa, e indústria) para o desenvolvimento da saúde de forma soberana no Brasil. O referencial teórico histórico-institucional, por sua parte, constatou que o Desid envia esforços louváveis, desde 2003, na institucionalização de ferramentas, manuais, análises, processos, bases de dados, etc. na estruturação da área no Brasil, sem, contudo, alcançar a institucionalização da economia da saúde como função estratégica do SUS. Em suma, esses três referenciais teóricos oportunizaram a compreensão mais profunda dos insumos oriundos das árvores de problemas da fase anterior, essenciais para a elaboração, finalmente, da análise *ex ante* para uma Política Nacional de Economia da Saúde (PNES).

Por fim, na terceira e última fase do estudo, finalmente, realizou-se a análise *ex ante* para uma Política Nacional de Economia da Saúde. Nesta fase, elegeu-se, entre os inúmeros problemas identificados anteriormente, um problema central e, a partir dele, formularam-se todas as cinco etapas subsequentes previstas nos manuais do governo federal listadas anteriormente: ii) objetivos, ações e resultados, iii) desenho e estratégia de implementação, iv) impacto orçamentário e financeiro, v) estratégias de construção de confiança e suporte, vi) monitoramento, avaliação e controle. Vale lembrar que, enquanto a análise *ex ante* é, de fato, uma exigência formal para a proposição/revisão de políticas públicas pelo governo federal no Brasil, e o presente estudo é um importante subsídio nessa direção, não se deve entender o presente estudo como a própria PNES. A PNES deverá, sim, ser o resultado de um diálogo mais amplo, a partir de agora, amparado pelas considerações e proposições apresentadas como subsídios neste estudo.

Nesse contexto, resumimos, a seguir, os principais caminhos propostos na análise *ex ante*, destacando o entendimento de que a PNES deve ser política transversal e integradora, articulando diferentes atores e setores para superar a

fragmentação da economia da saúde no SUS, garantir sustentabilidade financeira e tecnológica e fortalecer o sistema como universal, público e gratuito.

A observação do amplo diagnóstico deste estudo apontou como **problema central a ausência de institucionalização da economia da saúde como função estratégica do SUS**, o que perpetua a fragmentação de iniciativas, o subfinanciamento crônico, a fragilidade informacional e a baixa governança integrada. Essa situação limita a capacidade de o Estado planejar, financiar e gerenciar o sistema de saúde com eficiência, equidade e alinhamento às necessidades da população.

Foram mapeadas **causas estruturais** como: falta de padronização das contas públicas de saúde na perspectiva comparada, carência de dados integrados, baixa articulação federativa, formação técnica insuficiente em economia da saúde e participação social limitada. Esses problemas afetam diversos componentes do sistema: gestão, infraestrutura, financiamento, força de trabalho, tecnologia, regulação, insumos, cobertura e rede de serviços, além de estarem agravados por fatores externos como judicialização crescente, dependência de importações e desequilíbrios fiscais.

A **análise comparativa internacional** demonstrou que o Brasil foi o único, entre países selecionados, a reduzir o gasto público em saúde como proporção do PIB durante a pandemia (queda de 2,5%), enquanto outros aumentaram significativamente seus investimentos, evidenciando uma tendência brasileira de austeridade fiscal em contramão ao contexto global de fortalecimento dos sistemas de saúde.

A Teoria da Mudança proposta indicou que, **se** a economia da saúde for institucionalizada no Brasil por meio de diretrizes normativas, governança federativa, capacitação técnica e integração de dados, **então**, será possível aprimorar o planejamento, o financiamento, a regulação e a avaliação de políticas, aumentando a eficiência, a equidade e a sustentabilidade do SUS. Nesse sentido, a formulação de uma Política Nacional de Economia da Saúde (PNES) foi orientada por **objetivos estratégicos**, quais sejam:

- fortalecer a governança federativa da economia da saúde;
- desenvolver capacidades técnicas locais em gestão econômica;
- integrar a PNES ao Complexo Econômico-Industrial da Saúde (CEIS);
- aprimorar sistemas de informação para subsidiar decisões;

- estimular a cultura de avaliação econômica e uso racional dos recursos;
- reduzir desigualdades territoriais e socioeconômicas;
- institucionalizar as contas SHA (Sistema de Contas de Saúde - System of Health Accounts) como instrumento padronizado e com periodicidade regular.

Esses objetivos foram desdobrados em **metas específicas** com prazos (até 2025, 2026, 2027, 2028 e 2030) e **ações** como: fortalecimento e criação de núcleos estaduais de economia da saúde, integração de sistemas (SIOPS, ApuraSUS, PNGC), atualização dos instrumentos de planejamento orçamentário, produção de análises econômicas periódicas e fortalecimento de mecanismos de transparência.

O **modelo lógico** definido estrutura a **cadeia de resultados** desde **insumos** (apoio político, recursos financeiros, equipes técnicas) até **atividades** (pactuação, formação, integração de sistemas), gerando **produtos** (contas SHA, núcleos locais, estudos), **resultados** de curto/médio prazo (melhoria da governança, maior uso de evidências, transparência) e **impactos** de longo prazo (eficiência alocativa, redução de desigualdades e sustentabilidade do sistema).

Quanto ao **impacto orçamentário-financeiro**, concluiu-se que não é necessário criar orçamento adicional imediato, mas, sim, reorganizar e articular ações e recursos já existentes no DESID, fortalecendo, assim, os níveis de institucionalização da PNES, no âmbito do Ministério da Saúde, nas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e em seus desdobramentos nas políticas do SUS, bem como em outras políticas setoriais.

Para a **construção de confiança e suporte político**, o processo vem sendo conduzido de forma participativa, com oficinas, simpósios e envolvimento de stakeholders estratégicos como Ministério da Saúde, Fiocruz, Conass, Conasems, universidades, sociedade civil organizada e órgãos de controle social. Foi sugerido fortalecer e ampliar núcleos locais de economia da saúde como braços descentralizados da PNES para capilarizar a política e aproximar a gestão econômica das realidades regionais.

Nesse sentido, foram estabelecidas **diretrizes de monitoramento, avaliação e controle**, prevendo integração dos sistemas de informação existentes; definição de indicadores de processo, resultado e impacto; implantação de painéis públicos interativos; realização de avaliações bienais; estudos de caso em territórios

específicos; e mecanismos de transparência ativa e participação social, visando a consolidar a PNES como política de Estado perene, adaptativa e baseada em evidências.

Com base nos diagnósticos e na análise *ex ante*, propõem-se as seguintes **recomendações**:

1. Desenvolver a PNES como política de Estado, com governança clara, atribuições definidas e participação federativa.
2. Aprimorar sistemas de informação e indicadores em economia da saúde, assegurando dados integrados, padronizados e atualizados.
3. Fortalecer formação e capacitação em economia da saúde para gestores e profissionais do SUS.
4. Integrar a política com a estratégia do CEIS, alinhando desenvolvimento industrial, inovação tecnológica e produção nacional de insumos.
5. Adotar abordagem ecossistêmica e colaborativa, envolvendo stakeholders públicos, stakeholders privados, academia e sociedade civil.
6. Prever recursos financeiros sustentáveis e mecanismos de monitoramento e avaliação contínuos para assegurar eficiência, equidade e efetividade.

O presente relatório cumpre seu papel de subsídio fundamental à discussão mais ampla, a partir de agora, sobre a Política Nacional de Economia da Saúde (PNES) no Brasil.

Sumário

RESUMO EXECUTIVO	8
INTRODUÇÃO	16
MÉTODO	19
1.1 O Modelo de análise ex ante do governo brasileiro	
1.2 Os primeiros passos de diagnóstico para uma política nacional de economia da saúde	
1.3 Perspectivas analíticas	
ANÁLISE EX ANTE	31
2.1 Diagnóstico do problema pela perspectiva de sistemas de saúde	
2.2 Diagnóstico do problema pela perspectiva ecossistêmica	
2.3 Diagnóstico do problema pela perspectiva histórico-institucional	
2.3.1 Análise documental (1988-2024)	
2.3.2 Análise de conteúdo e eixos temáticos	
2.3.3 Análise comparativa com referencial de williams (1987)	
2.4 Diagnóstico do problema central	
2.5 Objetivos, ações e resultados	
2.6 Desenho e estratégia de implementação	
2.7 Impacto orçamentário e financeiro	
2.8 Estratégia de construção de confiança e suporte	

SINTESE CONCLUSIVA E RECOMENDAÇÕES

95

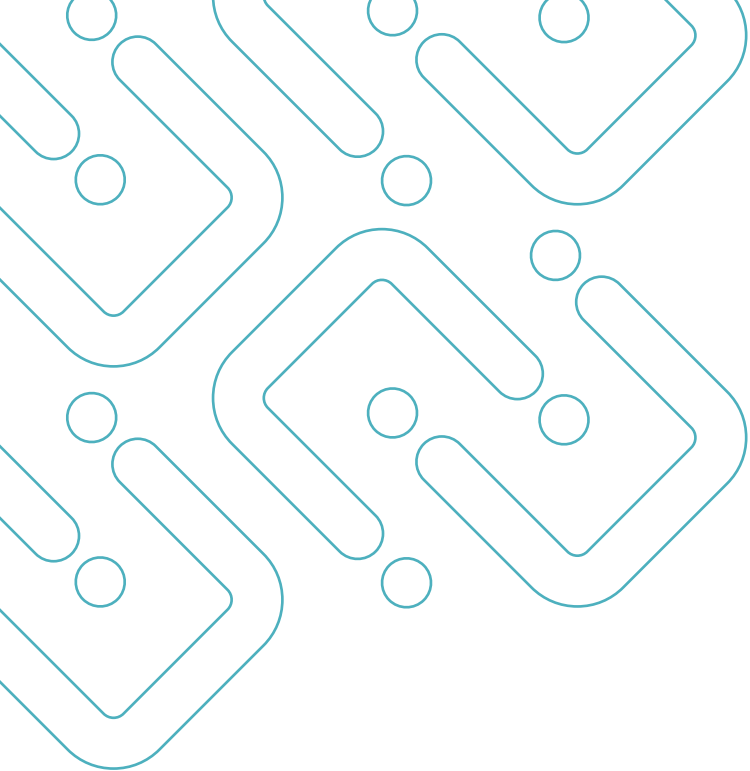
REFERÊNCIAS

104

APÊNDICE

114





INTRODUÇÃO

Em 2023, o Ministério da Saúde (MS) descentralizou recursos para a Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) por meio de Termo de Execução Descentralizada (TED 52/2022) para o desenvolvimento do **Projeto de Pesquisa Aplicado à Cooperação Internacional: Economia da Saúde na perspectiva de avaliação das políticas públicas**. A cooperação técnica desse Projeto é realizada pelo Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde (LAIS/UFRN), em parceria com o Departamento de Economia e Desenvolvimento em Saúde (DESID) da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Inovação e do Complexo Econômico-Industrial da Saúde (SECTICS) do Ministério da Saúde.

No que diz respeito às ações estabelecidas no TED 52/2022, foi solicitada, em 2023, uma pesquisa do tipo Análise *Ex Ante* (Meta 2). Tal iniciativa reflete o compromisso com a aplicação de ferramentas analíticas prospectivas para subsidiar decisões estratégicas no âmbito da saúde pública. A abordagem *Ex Ante* permite avaliar, de forma antecipada, os impactos potenciais de políticas, programas e investimentos, buscando promover eficiência e efetividade na alocação de recursos e no planejamento das ações públicas (Lassance, 2022).

O Departamento de Economia e Desenvolvimento em Saúde (DESID) do Ministério da Saúde do Brasil foi formalmente instituído em 2003, no âmbito da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE), conforme aponta a Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde ([Biblioteca Virtual em Saúde MS](#)). A criação do DESID representou um marco na institucionalização da Economia da Saúde no país, consolidando esforços anteriores que buscavam integrar análises econômicas às políticas de saúde pública.

Entre as principais atribuições do DESID estão a coordenação de sistemas fundamentais para a gestão financeira do Sistema Único de Saúde (SUS), como o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) e o Banco de Preços em Saúde (BPS). O SIOPS coleta e disponibiliza dados sobre receitas e despesas em saúde dos entes federados, promovendo transparência e auxiliando no cumprimento dos percentuais constitucionais de investimento no setor (Teixeira; Teixeira, 2003). O BPS, por sua vez, é uma ferramenta que registra informações de compras de medicamentos e produtos para a saúde, servindo como referência para pesquisas de preços e contribuindo para aquisições mais eficientes e econômicas (Simone *et al.*, 2023).

Além das atribuições já mencionadas, o DESID é responsável pela gestão do Catálogo de Materiais (CATMAT) - que padroniza a identificação e descrição de materiais utilizados nas atividades da administração pública - e pelo Programa Nacional de Gestão de Custos (PNGC), que promove a cultura de gestão de custos em estabelecimentos de saúde do SUS. Essas iniciativas evidenciam o papel estratégico do departamento na otimização dos recursos públicos e na melhoria contínua dos serviços de saúde oferecidos à população brasileira.

Ao longo de sua trajetória, o DESID tem demonstrado uma notável capacidade de adaptação às demandas emergentes do sistema de saúde brasileiro. Em 2023, ao celebrar duas décadas de existência, o Departamento retornou à Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Complexo da Saúde (SECTICS), consolidando seu compromisso com a promoção do desenvolvimento socioeconômico e sanitário do país. Esse retorno, oficializado pelo Decreto nº 11.358/2023, marcou o encerramento de um ciclo iniciado em 2009, quando, conforme disposto no Decreto nº 6.860/2009, o DES foi alocado sob a Secretaria Executiva do Ministério da Saúde.

Essa reestruturação institucional não apenas reafirma o papel estratégico do DESID no fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) como também destaca a relevância de análises econômicas rigorosas para a formulação de políticas públicas que conciliam eficiência, equidade e sustentabilidade.

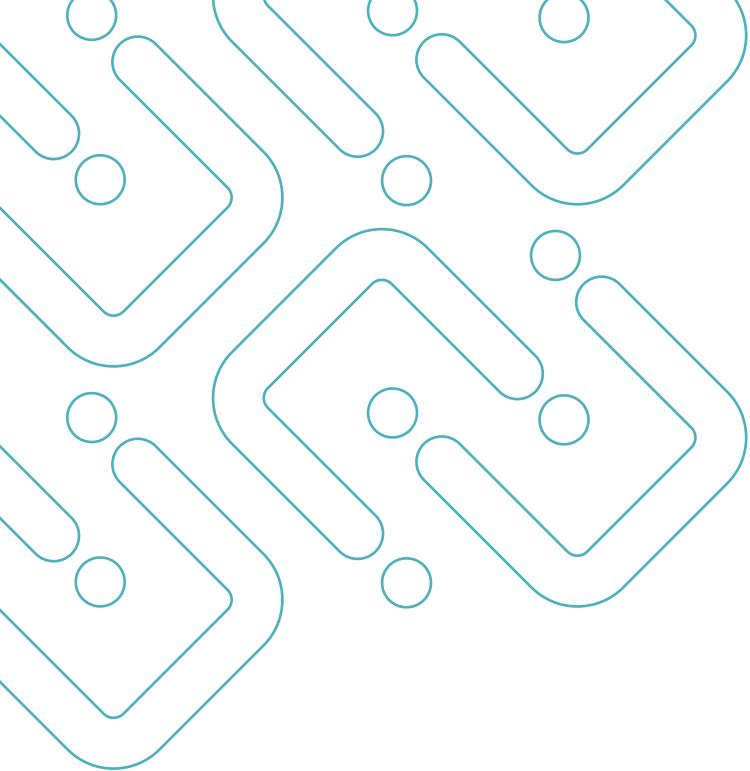
A ação “Avaliação *Ex Ante* ante para proposição de uma Política Nacional de Economia da Saúde” foi inserida na Meta 2 (Desenvolvimento de estudos e pesquisa) a pedido do DESID, em 2023, no âmbito do “Projeto de pesquisa aplicado à cooperação internacional: economia da saúde na perspectiva de avaliação das políticas públicas”. Apresenta-se, neste documento, uma análise *ex ante* dos desafios e perspectivas para a formulação de uma Política Nacional de Economia da Saúde (PNES) no Brasil. A análise tem como objetivo principal diagnosticar problemas,

definir um problema central, propor objetivos e estratégias e oferecer recomendações para a implementação de uma política que fortaleça o Sistema Único de Saúde (SUS) de forma sustentável, equitativa e inovadora.

Este documento é estruturado em duas partes principais: 1. Método e 2. Análise *Ex Ante*. Na primeira parte, referente ao Método, apresenta-se toda a trajetória de pesquisa para a avaliação *ex ante*. Essa parte está subdividida em duas seções. Na primeira seção, apresentamos uma síntese do modelo de análise *ex ante* do governo federal brasileiro, adotada como referência para a condução de estudos dessa natureza. Na segunda seção, desenvolvemos um enquadramento analítico organizado em três perspectivas para a avaliação *ex ante* necessária à formulação de uma política nacional de economia da saúde no Brasil.

Na segunda parte, apresenta-se a avaliação *ex ante* propriamente dita, conforme o guia do governo federal brasileiro. Essa parte está subdividida em nove seções, sendo as três primeiras correspondentes às três perspectivas analíticas (de diagnóstico) complementares à análise *ex ante* (sistemas de saúde, ecossistêmica e histórico-institucional), e as seis últimas referentes à análise *ex ante* propriamente dita (diagnóstico do problema central; objetivos, ações e resultados; desenho e estratégia de implementação; impacto orçamentário e financeiro; estratégia de construção de confiança e suporte; monitoramento, avaliação e controle).

Por fim, concluídas essas etapas, a análise *ex ante* é finalizada com a apresentação de sínteses e recomendações.



MÉTODO

Nesta primeira parte do documento, apresenta-se o método utilizado para a avaliação *ex ante*. Esta parte está organizada em duas seções. Na primeira seção, apresentamos uma síntese dos modelos de análise *ex ante* do governo federal brasileiro (Casa Civil e IPEA), como referência para a condução de estudos dessa natureza, complementada pela trajetória da pesquisa conduzida para os fins deste documento. Na segunda seção, desenvolvemos e propomos três perspectivas analíticas preliminares para fortalecer o diagnóstico da avaliação *ex ante*.

1.1 O modelo de análise *ex ante* do governo brasileiro

O instrumental analítico da Análise Ex Ante concebe o passo a passo para a realização de estudos com o propósito de subsidiar a eventual elaboração de atos normativos acerca de propostas de criação, expansão e aperfeiçoamento de políticas públicas. A análise *Ex Ante* aplica-se à formulação e à revisão de políticas públicas com o propósito de “verificar a consistência de uma política e a coerência dos programas a ela associados” (Lassance, 2022, p. 12). Nesse caso,

O momento *Ex Ante* deve definir e esmiuçar a questão de política pública, mapear causas e consequências, identificar o problema central, escolher o objetivo geral da intervenção, formular uma teoria capaz de explicar o problema e justificar a intervenção, estruturar os programas para dar conta das causas principais a serem atacadas, organizar a governança,

estabelecer as expectativas de resultado para o devido monitoramento e avaliação *Ex Post* de indicadores e metas e prever os recursos orçamentários ou as parcerias para garantir todos os insumos (Lassance, 2022, p. 11).

Em 2016 e, posteriormente, em 2017, a Análise *Ex Ante* ganhou especial atenção no âmbito do governo federal brasileiro. Em 2016, por meio da instituição do Comitê de Monitoramento e Avaliação de Políticas Públicas Federais (CMAP), o Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão estabeleceu requisitos de Análise *Ex Ante* para fins de elaboração e execução do orçamento. Em 2017, o art. 32 do Decreto nº 9.191/2017 estabeleceu a obrigatoriedade de um parecer de mérito com uma Análise *Ex Ante* para qualquer proposta de alteração em programa ou política no Brasil (Lassance, 2022, p. 13). Essa norma foi atualizada em 2024 pelo Decreto nº 12.002, o qual estabelece normas para elaboração, redação, alteração e consolidação de atos normativos. O art. 58 do Decreto evidencia a necessidade dos itens que compõem o parecer de mérito.

O Guia Prático de Análise *Ex Ante* do governo federal para a avaliação de políticas públicas propõe seis passos para a formulação de políticas públicas por meio da análise *ex ante*, a saber:

1. Diagnóstico do problema
2. Objetivos, ações e resultados.
3. Desenho e estratégia de implementação.
4. Impacto orçamentário e financeiro.
5. Estratégia de construção de confiança e suporte.
6. Monitoramento, avaliação e controle.

Para a concretização do primeiro passo, referente ao diagnóstico do problema, o Guia Prático do governo federal propõe seis etapas, quais sejam: 1. Identificação do problema; 2. Causas potenciais; 3. Evidências no Brasil; 4. Comparação internacional; 5. Razões para a intervenção; e 6. Políticas similares. As ferramentas para execução dessas etapas são *brainstorming*, árvore de problemas e pesquisas comparativas.

Para o segundo passo, referente ao estabelecimento de objetivos, ações e resultados, são previstas igualmente seis etapas: 1. Objetivo da proposta; 2. Resultados e impactos; 3. Ações; 4. Metas; 5. Relação com o problema; 6. Políticas semelhantes. As ferramentas previstas para essas etapas são o Modelo Lógico, a Fundamentação e a Análise Crítica.

Para o terceiro passo, referente ao desenho e à estratégia de implementação, são propostas oito etapas: 1. Agentes envolvidos; 2. Articulações com políticas; 3. Impactos ambientais; 4. Período de vigência; 5. Público-alvo; 6. População elegível; 7. Priorização e 8. Seleção de beneficiários. As ferramentas para o cumprimento dessas etapas são: Gestão e governança, *Checklist* para delimitação de público-alvo e Análise crítica do processo de seleção.

Para o quarto passo previsto no Guia de Análise *Ex Ante*, referente ao impacto orçamentário e financeiro, preveem-se quatro etapas: 1. Análise de custo financeiro; 2. Análise fiscal; 3. Análise orçamentária; 4. Riscos fiscais. Em termos de ferramentas, propõem-se Metodologias de estimação de custos e verificação da adequação às normas legais.

Para o quinto passo, referente à Estratégia de Construção de Confiança e Suporte, definem-se cinco etapas: 1. Confiança pública; 2. Envolvimento dos interessados; 3. Elaboração da proposta; 4. Lideranças políticas; 5. Oposições ativas. Nesse caso, as ferramentas para execução seriam consultas públicas, colaboração coletiva e avaliação do apoio político.

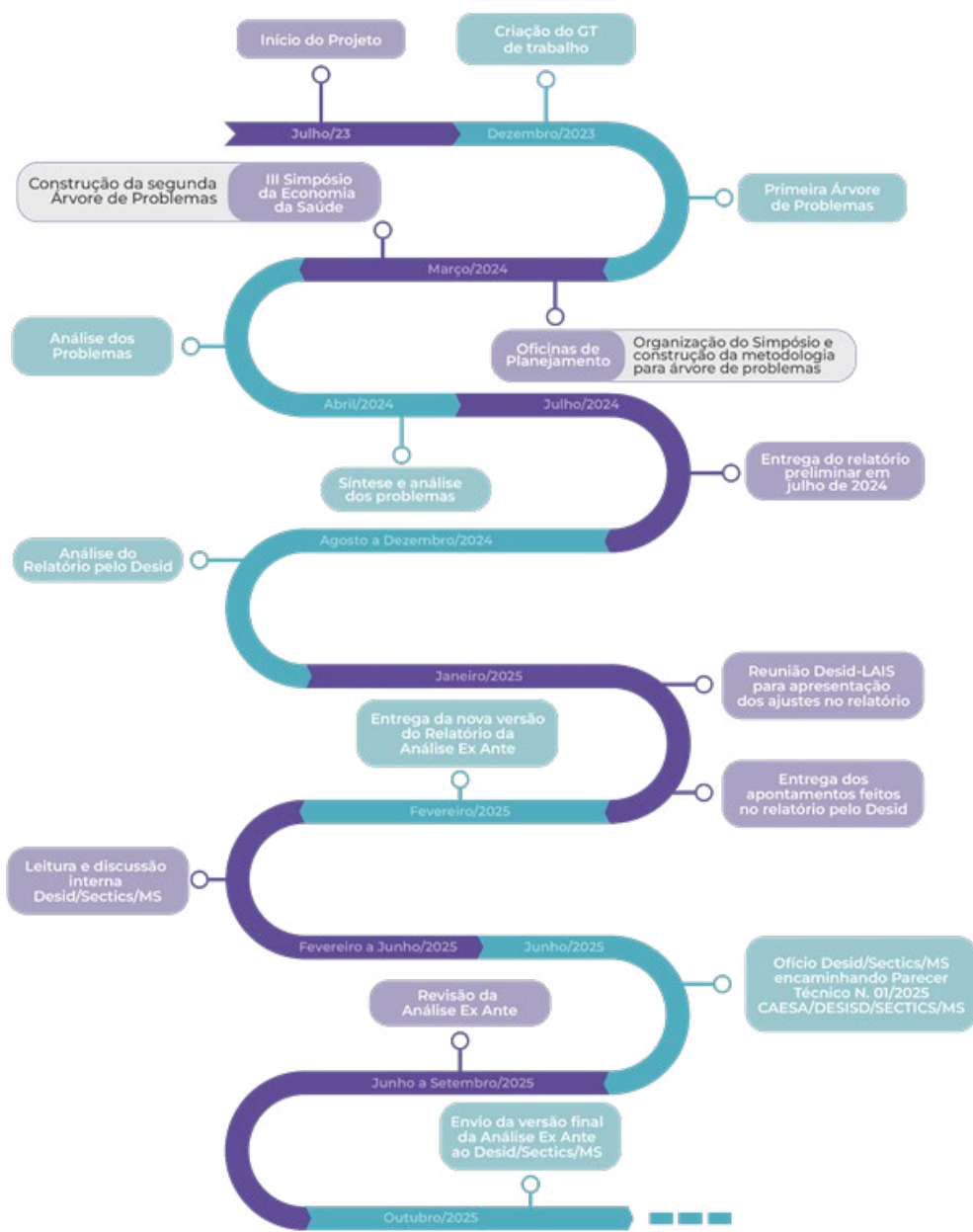
Finalmente, para o sexto e último passo, referente ao monitoramento, à avaliação e ao controle, definem-se cinco etapas: 1. Plano piloto; 2. Monitoramento; 3. Avaliação de resultados e impactos; 4. Transparência; 5. Mecanismos de controle. A execução dessas etapas sustenta-se em ferramentas de monitoramento e avaliação, mecanismos de transparência e mecanismos de controle.

1.2 Os primeiros passos de diagnóstico para uma política nacional de economia da saúde

As ações conjuntas entre o DESID/MS e o LAIS/UFRN para a concretização da análise *ex ante* foram iniciadas com a realização da “Oficina de pesquisa em Economia da Saúde na perspectiva de análise *Ex Ante*”, nos dias 12 e 13 de dezembro

de 2023, nas dependências da UFRN, em Natal, Rio Grande do Norte (RN). A Figura 1, a seguir, apresenta uma visão panorâmica do percurso metodológico associado aos esforços da análise *ex ante* desde então.

Figura 1 – Percurso Metodológico da pesquisa para a Análise *Ex Ante* da Economia da Saúde



Fonte: elaboração própria (2025).

No primeiro momento do trabalho conjunto, em dezembro de 2023, durante a referida oficina, foram alinhados os caminhos que o grupo deveria seguir para culminar na análise *ex ante*. Para tanto, foi encaminhado um ofício ao Ministério da Saúde (MS), do qual constavam os membros que compõem o Grupo de Trabalho para a Análise *Ex Ante* ([Ofício 104_2023_Diretoria Executiva LAIS.pdf](#)), formado no intuito de propor uma Política Nacional de Economia da Saúde. A oficina foi dividida em dois momentos: o primeiro foi formativo e discutiu o estudo e o uso do Guia Prático de Análise *Ex-Ante* – Casa Civil; houve ainda a apresentação do livro *Avaliação de Impactos das Políticas de Saúde – um guia para o SUS*; e o segundo foi utilizado para a construção de uma árvore de problemas preliminar da Economia da Saúde no Brasil (Figura 2). A árvore de problemas é uma das estratégias para o diagnóstico preliminar de determinada política como parte integrante da Análise *Ex Ante*, podendo subsidiar a compreensão de problemas como também de soluções, permitindo que suas causas e consequências possam ser verificadas de forma participativa e dialógica, envolvendo diferentes atores, perspectivas e vivências com o conteúdo em questão.

Figura 2 – Árvore de Problemas 1 – Elaborada por membros do LAIS/UFRN e do DESID/MS em dezembro de 2023



Fonte:Acervo do LAIS/UFRN (2023).

Ao analisar o produto final do primeiro exercício de construção da árvore de problemas, inferiu-se a necessidade de construção de novas árvores por meio da participação de outros atores do Ministério da Saúde, como gestores e especialistas em economia da saúde. Como encaminhamento da oficina, foi agendada uma reunião com o Coordenador-Geral de Informações em Economia da Saúde do DESID/MS para aprofundar os problemas identificados nessa primeira árvore. Na reunião, destacou-se a necessidade de ampliar o envolvimento de novos atores no diagnóstico mediante uma abordagem mais inclusiva para proporcionar uma compreensão mais abrangente e detalhada dos desafios e soluções potenciais na economia da saúde. Definiu-se, então, a inclusão de exercícios de árvores de problemas na programação do III Simpósio de Economia da Saúde: Diagnóstico das Ações e Perspectivas Políticas no Brasil e América Latina, realizado nos dias 19 e 20 de março de 2024, nas dependências da Universidade de Brasília (UnB), em Brasília/DF.

Durante a realização do Simpósio, aproximadamente 40 participantes – incluindo pesquisadores, especialistas e gestores – foram divididos em dois grupos com a missão de construir duas árvores de problemas, perseguindo uma proposta de diagnóstico da Política Nacional de Economia da Saúde. Na dinâmica dos grupos, logo se perceberam dois caminhos possíveis: i) a elaboração de inúmeras árvores de problemas, cada qual referente a questões diversas, mas específicas da economia da saúde no Brasil, com suas respectivas causas e consequências; e ii) a identificação geral de problemas atinentes à economia da saúde no Brasil para, em um momento futuro, dar seguimento à elaboração de árvores de problemas (com causas e consequências) para cada um desses problemas. O segundo caminho foi escolhido pelos dois grupos, priorizando um diagnóstico a partir de um olhar mais amplo para o extenso rol de problemas sobre o tema.

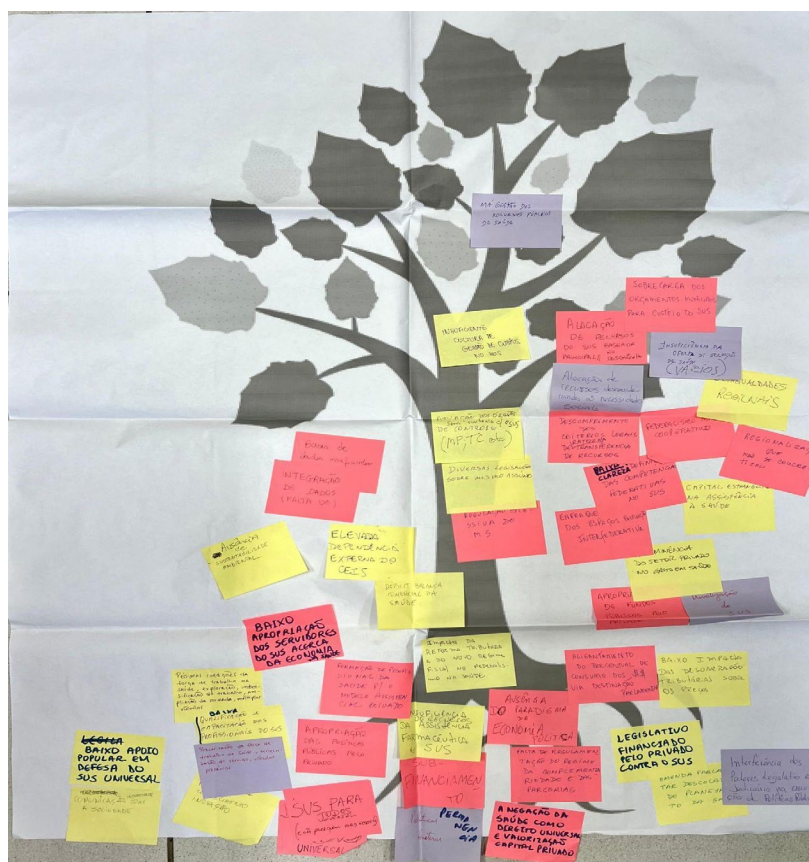
As duas árvores de problemas geradas por meio deste *brainstorming* coletivo foram expostas e apresentadas ao final do evento (Figuras 3 e 4).

Figura 3 – Árvore de Problemas 2 – Elaborada durante do III Simpósio de Economia da Saúde



Fonte: acervo do Lais/UFRN (2024).

Figura 4 – Árvore de Problemas 3 – Elaborada durante do III Simpósio de Economia da Saúde



Fonte: acervo do Lais/UFRN (2024).

1.3 Perspectivas analíticas

Concluída a etapa de construção das árvores de problemas relativas à política nacional de economia da saúde, constatou-se uma infinidade de problemas de naturezas diversas, localizados em diferentes dimensões e atinentes a diferentes sistemas, para muito além do Sistema Único de Saúde, revelando tratar-se de uma questão complexa, multifacetada, de grande amplitude, multissistêmica, multissetorial e multinível. Com isso, tornou-se mais evidente a necessidade de uma visão integral e holística das questões da Política Nacional de Economia da Saúde antes da abordagem de problemas específicos, visando a evitar um diagnóstico baseado em uma visão fragmentada da realidade (Figura 5).

Figura 5 – Representação gráfica da infinidade de problemas identificados

Os hospitais e os postos de saúde não conseguem ter controle sobre os seus gastos. **Má gestão dos recursos públicos de saúde**. Ausências de informações críticas para a tomada de decisão dos gastos. **Alocação de recursos desconsiderando as necessidades sociais**. Secretários de Saúde dos municípios sem formação em gestão. Dificuldade de inserção dos dados no sistema. O MS não atualizou o sistema. **Desperdício de recursos**. Insuficiente cultura de gestão de custos no SUS. **Sustentabilidade a longo prazo**: quanto custa a saúde? Não rastreabilidade das solicitações de consultas e exames da UBS realizadas em papel e levadas SIOPS. Dificuldade de atualizar o sistema com a eficiência exigida. **Sustentabilidade do SUS (financiamento)**. **Suficiência**. Fragilidade da base produtiva em saúde, dependência externa e falta de soberania em saúde. **Interferência dos poderes legislativo e judiciário na execução de políticas públicas**. Falha de sistema unificado com dados/indicadores atualizados sobre orçamento/economia da saúde. Ausência de informações críticas para a tomada de decisão da SECTICS. Economia política da saúde. **Insuficiência da oferta de serviços de saúde (vazios)**. Baixa incorporação de estudos de macroeconomia e conjuntura. **Baixa clareza das competências federativas no SUS**. SECTICS e novas oportunidades de agendas para a economia da saúde. **Atualização morosa**, **Informação inoportuna** sobre disponibilidade de leitos. Saúde, desenvolvimento e industrialização. **Capital estrangeiro na assistência à saúde**. Análise macroeconômica (relação entre a política econômica e os impactos para a saúde). **Baixo impacto das desonerações tributárias sobre os preços**. Provável falta de recursos para manter estas políticas. **Federalismo (pouco) cooperativo**. Os sistemas disponíveis não são utilizados integralmente pela Universal. **Sobreutilização de ASPS** (ações e serviços públicos de saúde) especializadas de gestão insuficiente para as Secretarias de Saúde para marcação/implementar contas SHA. **Destinar recursos para implementação de prontuários eletrônicos dos gestores para utilização dos sistemas de informações disponíveis** DESID objetivos da política nacional da economia da saúde com as necessidades da mais abrangente e sistêmica para avaliação do impacto da política todos: **Universal (e não para quem mais necessita)**. Necessidade de regime, da complementaridade e das parcerias. **Ministério da Saúde**: Falta de adesão de gestores à inserção de dados nos sistemas de (alocação) não baseados em equidade. **Elevada dependência** esforços entre diferentes secretários e entes federativos? **Atuação** Gestão ineficiente dos recursos financeiros. **Público x Privado** federalismo na saúde. **Conjuntura política e governabilidade**. Desconhecimento dos gestores de saúde sobre gestão de político. **Baixa qualificação e capacitação dos profissionais** municípios. **Disparidades regionais**. Cobertura universal x Acesso de recursos do SUS baseada principalmente no desempenho. Falta de planejamento de políticas (causas). **Integração de dados** de comunicação na execução de atividades interdepartamentais privado. Ausência de informações para a tomada de decisão. **Fila** para a alta complexidade? Custos não planejados/esperados oriundos da articulação com a base produtiva. **Desafios do SUS Universal**. Tempo de espera da saúde. **Legislativo financiado pelo privado** contra o SUS. Falta de participação social na (longevidade, custos de doenças crescentes). **Preeminência do setor privado** o gasto em saúde não equitativo. **Necessidade de comunicação** com a sociedade. Falta de interoperabilidade dados. **Indisponibilidade de transporte sanitário** e utilização do SAMU para esse fim. **Alimentação** destinação parlamentar. **Desigualdade – Iniquidade** > em saúde. Diversas legislações sobre o paradigma da economia política. **Estoque de medicamentos**. Capitalismo. **Péssimas condições** múltiplos vínculos. **Austeridade Fiscal**. **Permanência das políticas austeras**. **Inequidade** no públicos pelo privado. **Atores, instituições e interesses envolvidos** são muito diversos. Ausência de estrutura de custos. **A negociação da saúde** como direito universal e difusão. **Emenda parlamentar** descolada do planejamento da saúde. Falta de do SUS acerca da economia da saúde. Falta de interoperabilidade: Falta de interoperabilidade do SIOPS com outros sistemas do MS. **Heterogeneidade** das capacidades (técnicas, infra). **Base de dados insuficientes**. **Baixa governabilidade** sobre a manutenção e evolução dos sistemas. **Desigualdades regionais**. Falta de visão da economia da saúde como elemento estruturante do SUS. **Sobrecarga dos orçamentos municipais** para custeio do SUS. **Centralização da economia da saúde** no MS: estados e municípios com baixo protagonismo. **Precarização da força de trabalho na saúde**, **terceirização do serviço**, **vínculos precários** SIOPS é obrigatório. Grande volume de dados integrados a outros órgãos e ministérios. Lógica do orçamento público.

Fonte: elaboração própria (2024).

Avançando nesse processo e aprimorando a compreensão dos problemas na economia da saúde, realizou-se uma pesquisa bibliográfica nos documentos finais de Análises *Ex Ante* realizada no âmbito do governo federal após 2017, ano em que foi regulamentada a necessidade dessa análise para a formulação de políticas públicas nas áreas de Turismo, Direitos Humanos, Meio Ambiente, entre outras experiências com políticas públicas implantadas e consolidadas há décadas.

Os formatos encontrados forneceram orientações que, de certa forma, indicaram a necessidade de adaptações ao procedimento genérico utilizado em experiências de análises *ex ante* no Brasil dada a singularidade das necessidades de uma eventual Política Nacional de Economia da Saúde para a articulação de ações em políticas públicas.

A fim de abordar a variedade de questões presentes em uma Política Nacional de Economia da Saúde, optou-se inicialmente por uma abordagem de análise mais abrangente e sistêmica de políticas públicas baseada na teoria da complexidade. Ao incorporar abordagens analíticas amplas que dialogassem com o pensamento complexo e a transdisciplinaridade, foi possível problematizar o assunto mais a fundo. Essa abordagem parte de uma ciência que acredita que “[...] tudo aquilo que

é social foi sempre concebido como sistema. Mas essa generalidade não basta para dar à noção de sistema seu lugar epistemológico no universo conceitual” (Morin, 2008, p. 257).

Na obra *Modelagem de Sistemas Complexos para Políticas Públicas*, publicada pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), Furtado, Sakowski e Tóvolli (2015, p. 21) afirmam que sistemas complexos e políticas públicas possuem características semelhantes: de um lado, os sistemas complexos são “dinâmicos, não lineares e de forte interação entre as partes”; do outro, as políticas públicas “abarcam questões setoriais, que são entrelaçadas, assíncronas e espacialmente sobrepostas”, com implicações que envolvem a sociedade como um todo. Na perspectiva desses autores, os objetos de políticas públicas podem ser vistos como sistemas complexos e se beneficiar dessa condição para “melhorar a forma como as políticas de objetos complexos são planejadas, executadas, previstas e avaliadas [ciclo da política pública]”.

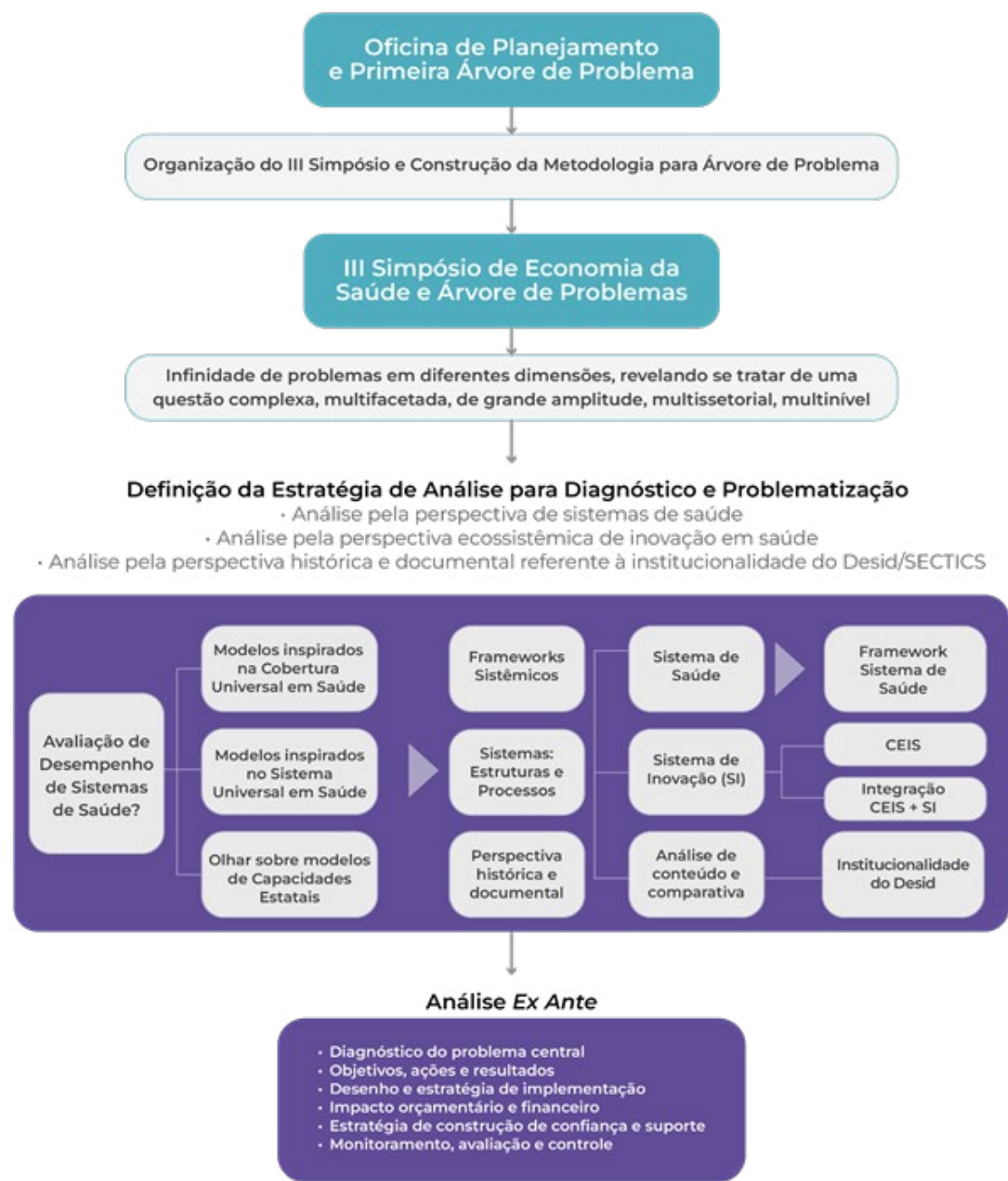
Diante dessas premissas, Rand (2015, p. 54), no capítulo 2 do mesmo livro, constata a existência de certa “resistência [até mesmo psicológica] aos métodos de sistemas complexos”. Apesar dessa predileção por métodos “tradicionais”, baseados em equações e estatística clássica, bem-sucedidos no que se propõem a analisar sobre políticas públicas, o fato é que “sistemas complexos de fato podem resolver problemas que os métodos tradicionais não abordam adequadamente”.

Portanto, em conformidade com a área de análise de políticas públicas para problemas complexos, adotamos, para fundamentar mais o devido diagnóstico de um assunto amplo e complexo, uma estratégia de construção de um referencial analítico próprio anterior à análise *ex ante*. Essa construção iniciou-se a partir dos dados levantados na fase de elaboração das árvores de problemas, de forma a permitir um diagnóstico mais abrangente, integrado e complexo dos problemas associados à proposta de Política Nacional de Economia da Saúde do Brasil, de acordo com a natureza do assunto. Essa estratégia visa a produzir análises que possibilitem entender como os diferentes elementos envolvidos estão interconectados e interdependentes, oferecendo uma visão mais ampla e profunda a partir dos problemas enfrentados pela Política.

A partir dessa estratégia inicial, **definiram-se três perspectivas de análise dos problemas associados à proposta de Política Nacional de Economia da Saúde:** i) **Perspectiva de sistemas de saúde;** ii) **Perspectiva ecossistêmica;** e iii) **Perspectiva histórica e institucional do DESID/SECTICS** (Figura 6). O desenvolvimento de cada uma dessas perspectivas subsidiou, de diferentes formas, as

seções previstas na estrutura de análise *ex ante* do Guia Prática de Análise *Ex Ante* da Casa Civil.

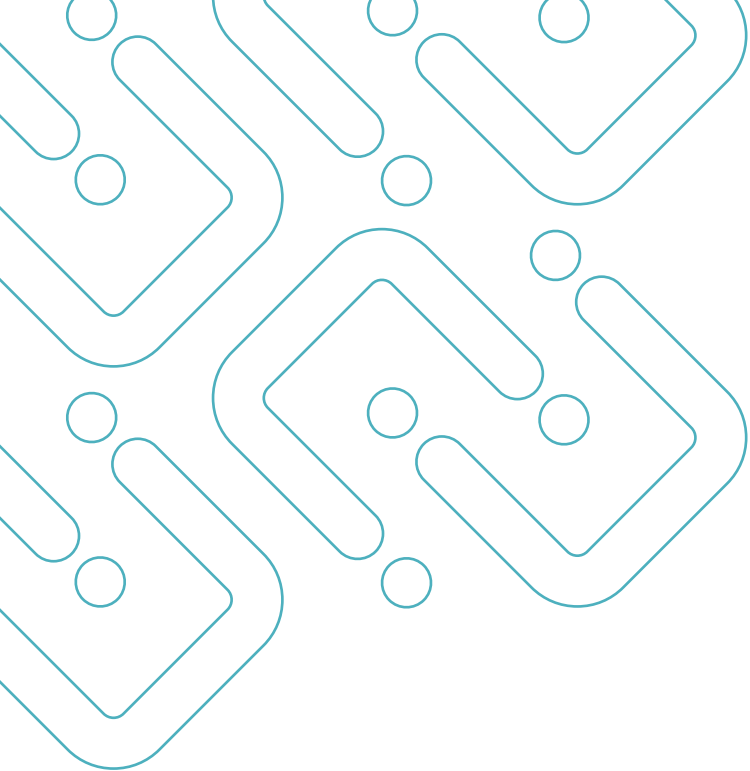
Figura 6 – Detalhamento do percurso metodológico relacionado às três perspectivas analíticas para apoio ao diagnóstico da Política Nacional de Economia da Saúde



Fonte: elaboração própria (2025).

A esse respeito, vale registrar que esse esforço de análise *ex ante* para propor uma Política Nacional de Economia da Saúde não está, e não pode ser, dissociado da conjuntura maior das crises mundiais contemporâneas, de ordens política, econômica, ambiental, social e psíquica. O esforço de análise *ex ante* carece, portanto, de um olhar integrado, sistêmico, complexo e que reconheça a complexidade e a profundidade desse contexto em que uma futura Política Nacional de Economia da Saúde estará inserida. Nesse processo, as três frentes analíticas permitem uma análise mais integrada e abrangente do diagnóstico do problema, considerando as interações e as interdependências entre diferentes sistemas para identificar evidências, problemas e desafios de uma futura Política Nacional de Economia da Saúde.

Nesse sentido, buscou-se uma estratégia analítica de visão sistêmica que parte da totalidade, reconhecendo a impossibilidade de alcançar uma compreensão completa, mas vislumbrando a oportunidade de, por meio da articulação dos problemas, criar uma representação holográfica deles. Esse esforço resultou na compreensão mais abrangente de uma formulação de Política Nacional de Economia da Saúde como um processo dinâmico, multifacetado, sistêmico e complexo.



ANÁLISE EX ANTE

Nesta segunda parte do documento, apresentamos os resultados da pesquisa na direção da execução da avaliação *ex ante*, conforme o guia do governo federal brasileiro. Esta seção está dividida em nove subseções, sendo as três primeiras correspondentes às três perspectivas analíticas complementares desenvolvidas e propostas para os fins desta pesquisa, e as seis seções finais referentes à estrutura da avaliação *ex ante*, recomendada pelo governo federal brasileiro.

2.1 Diagnóstico do problema pela perspectiva de sistemas de saúde

Para essa frente analítica complementar, adotou-se, como fundamento, a estratégia metodológica de pesquisa denominada Taxonomia Semântica dos Problemas da Economia da Saúde no Brasil. De acordo com Maia, Lima e Maculan (2017, p. 7), um relacionamento taxonômico é um “relacionamento ‘é-um-tipo-de’, tal como as relações entre os táxons na Biologia, que indicam o parentesco e a evolução dos organismos vivos”. Em uma relação taxonômica de conceitos, nomenclaturas, significados, sentidos, metalinguagens e classificações, estabelece-se uma relação associativa, definida como uma associação mental de conceitos. Segundo Hjørland (2007), se A é mentalmente conectado a B, existe uma relação associativa entre eles.

Para Demo (2002, p. 356), é necessário pensar adequadamente os instrumentos e estratégias, pois “[...] a dimensão semântica, tipicamente não linear, aparece como predominante sobre o espaço sintático. Sendo o computador apenas

sintático (algorítmico, sequencial, reversível), não entende a semântica, pois não é figura 'autopoiética'. Neste diapasão, a ISO 25964-1 (2011) define que a relação associativa ocorre entre dois conceitos [ou mais] que não estão hierarquicamente relacionados, mas que possuem uma conexão semântica significativa. Dessa forma, a Taxonomia Semântica é uma abordagem para categorizar e organizar informações com base em suas relações conceituais e de significados, em uma compreensão das totalidades. Ao focar nas conexões e nos significados subjacentes e relacionais entre os conceitos, essa abordagem se diferencia das taxonomias tradicionais, que normalmente se baseiam apenas em atributos físicos ou estruturais.

A Taxonomia Semântica transcende a mera comparação de *frameworks* conceituais; ela constitui uma estratégia de visão sistêmica que parte da totalidade, reconhecendo a impossibilidade de alcançar uma compreensão total, mas vislumbrando a capacidade de, por meio da articulação dos problemas, criar uma representação holográfica deles. Nessa fase, recorreremos a todos os aportes teóricos, documentos oficiais e áreas correlatas para estruturar e promover um movimento em prol do fortalecimento da Política Nacional de Economia da Saúde como uma área-fim, capaz de embasar políticas para o desenvolvimento nacional.

Em busca de *frameworks* analíticos sistêmicos de sustentação para a aplicação da Taxonomia Semântica, optou-se por abordar os problemas, primeiramente, pela perspectiva de sistemas de saúde. A busca por referências sólidas para a análise de sistemas de saúde levou à identificação de alguns modelos analíticos. Assim, optou-se por correlacionar os problemas com as categorias de modelos adaptados de Lobato e Giovanella (2012) e de Paim (2011), o que resultou na associação dos problemas elencados pelos participantes aos "componentes básicos" do sistema de saúde e/ou a sua "dinâmica" ou seu "funcionamento" (Figura 7).

Figura 7 – Dinâmica de Sistemas de Saúde



Fonte: Lobato e Giovanella (2012).

Após a definição do *framework* analítico de sistemas de saúde, foi criado um novo repositório com o propósito de transcrever e organizar os problemas da Economia da Saúde que foram identificados, classificá-los de acordo com as categorias do *framework* de sistema de saúde, analisá-los e sintetizá-los como insumos para propor uma Política Nacional de Economia da Saúde (Figura 8). O repositório ampliou a visualização e facilitou uma análise mais abrangente dos problemas elencados, além de permitir a integração de diferentes perspectivas e conhecimentos e de promover uma análise mais holística e aprofundada dos desafios enfrentados.

Figura 8 – Etapas da construção do repositório para a análise de problemas



Fonte: elaboração própria (2024).

Para a análise sobre a perspectiva de sistemas de saúde, tomou-se em conta a literatura do campo da análise de sistemas de saúde, que engloba tanto a sua organização e o seu funcionamento como as análises comparadas entre os sistemas e, ainda, os estudos sobre políticas e serviços. Optou-se por, inicialmente, correlacionar os problemas com as categorias de modelos adaptados de Lobato e Giovanella (2012), e de Paim *et al.* (2019).

Para Lobato e Giovanella (2012, p. 89), a definição de sistema de saúde é:

[...] o conjunto de relações políticas, econômicas e institucionais responsáveis pela condução dos processos referentes à saúde de uma dada população, que se concretizam em organizações, regras e serviços que visam a alcançar resultados condizentes com a concepção de saúde prevalente na sociedade.

Trata-se de uma definição abrangente, que situa os sistemas de saúde como “complexos” e “inseridos nas relações sociais de uma sociedade” (Lobato; Giovanella, 2012, p. 100). Para facilitar os estudos sobre esses sistemas e sua relação com políticas e serviços de saúde, as autoras avançaram no que seria a distinção entre o que é estrutura de sistemas de saúde (componentes básicos) e o que significa seu funcionamento (dinâmica).

Nesse modelo, considera-se que tanto os componentes como o funcionamento de um sistema de saúde têm relação com elementos históricos, econômicos, sociais, políticos e culturais dos países, exatamente porque a criação e a sustentação de um sistema de saúde dependem de sua construção social e política ao longo do tempo, em diferentes conjunturas históricas e econômicas. Ao mesmo tempo, o funcionamento, a organização e o alcance de resultados na vida do indivíduo “dependem do quanto a sociedade (governo, mercado e comunidade) toma

para si a responsabilidade pela saúde da população” (Lobato; Giovanella, 2012, p. 90). Nesse modelo, são considerados como componentes básicos do sistema:

- cobertura;
- financiamento;
- força de trabalho;
- rede de serviços;
- insumos;
- tecnologia e conhecimento; e
- organizações.

Quanto às funções principais de um sistema de saúde, o modelo considera a alocação de recursos, a prestação de serviços, a gestão e a regulação, que são desenvolvidas “a partir de relações políticas e econômicas que se manifestam por meio dos interesses dos agentes e atores envolvidos direta ou indiretamente com os sistemas de saúde” (Lobato; Giovanella, 2012, p. 108).

Nessa mesma linha, as leituras de Jairnilson Paim (2011) a respeito dos desafios e perspectivas do Sistema Único de Saúde (SUS) também ajudaram a complementar o olhar sobre o que ele trata como “condições subjetivas” do SUS (valores, crenças, ideologias e projetos) e como “condições objetivas” do SUS (financiamento, infraestrutura, e organização dos processos de trabalho e das tecnologias que conformam os modelos de atenção) (Paim, 2011).

Ao mesmo tempo, a proposta da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) sobre as funções essenciais de saúde pública, enquadradas como capacidades institucionais que os países devem fortalecer – quais sejam “Avaliação”, “Formulação de Políticas”, “Alocação de Recursos” e “Acesso Equitativo” (OPAS, 2022) –, foram também úteis para não apenas complementar a categorização dos problemas mas também sustentar a evidência de que o enquadramento teórico do sistema de saúde é insuficiente para analisar todas as dimensões dos problemas elencados. A Figura 9, a seguir, apresenta as categorias de sistemas de saúde utilizadas para análise dos problemas.

Figura 9 – Distribuição das categorias de análise de problemas pela perspectiva dos sistemas de saúde



Fonte: elaboração própria (2024).

A seguir, serão apresentados os resultados da análise referente à perspectiva de sistemas de saúde, organizados com base na sequência de categorias de sistemas de saúde que agregaram o maior número de problemas para aquelas com menor número. Esse ordenamento sinaliza, desde já, as categorias, em princípio, mais relevantes no processo de formulação de uma Política Nacional de Economia da Saúde.

O elemento que agrupou o maior número de problemas foi a **Gestão**, categoria que trata dos mecanismos legais e normativos de condução dos sistemas de saúde (regulação sobre prestadores de serviços, regulação sanitária e regulação dos mercados em saúde). Os problemas associados a essa categoria refletem desafios estruturais e operacionais do SUS, no que diz respeito à Economia da Saúde. Foi observado, pelos participantes, que não há cultura de gestão profissionalizada no SUS, o que implica desperdícios, gestão ineficiente de recursos e falta

de transparência nos processos. Há pouca clareza sobre as competências federativas no SUS, bem como alta centralização do poder decisório em Economia da Saúde no nível central, sendo importante incorporar os demais entes federados no planejamento e na gestão da área de Economia da Saúde.

Além disso, os participantes elencaram que é necessário definir claramente os objetivos de uma Política Nacional de Economia da Saúde. Observou-se que a regionalização de serviços de saúde, fundamental para um acesso equitativo, não se concretizou, o que denota enfraquecimento dos espaços de pactuação interfederativa, comprometendo a cooperação e a coordenação das políticas. Também foi vista a baixa participação social ou pouco engajamento da sociedade civil na formulação e na implementação de políticas, o que tende a reduzir a legitimidade e a eficácia das ações governamentais na área de Economia da Saúde.

No âmbito mais operacional, foi apresentado que há diversos instrumentos legais sobre o mesmo assunto, o que favorece sobreposição, conflitos de interpretação e dificuldades na implementação. Foi também observada carência de métodos para contas de saúde. A não institucionalização das contas *System Health Account* (SHA) dificulta a utilização desses instrumentais para o SUS. Para a superação desse problema, os participantes observaram que seria preciso implementar a prática de padronizar, operacionalizar, tornar reproduzível e publicizar tais métodos.

A categoria **Infraestrutura** correlaciona problemas dos sistemas de informação e comunicação, dados e geração/aplicação de conhecimento para a tomada de decisão, instalações e equipamentos. Nessa categoria, os participantes centraram suas preocupações na falta de dados críticos, na subutilização de sistemas de informação, principalmente pelos demais entes federativos, na heterogeneidade das capacidades tecnológicas e de infraestrutura, problemas de integração de dados, falta de comunicação entre os sistemas, falhas no Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde (SIOPS), no Banco de Preços e no ApuraSUS. Nessa perspectiva, o SIOPS contém dados inoportunos, pois não é atualizado com a frequência exigida. Foi mencionado, no âmbito da ausência de informação para a tomada de decisão, a necessidade de estrutura de custos referentes a todos os gastos, tanto fixos quanto variáveis. Além disso, foi observado que atualmente não há a incorporação de estudos e análises de macroeconomia e de conjuntura aplicada à implementação de políticas públicas de saúde.

O **Financiamento** do SUS, que significa recursos financeiros disponíveis para ações e serviços públicos de saúde e que sustenta o sistema como um todo, foi a terceira categoria em número de problemas elencados. Para os participantes, o

financiamento do SUS deveria considerar o envelhecimento populacional, o crescente custo associado às doenças crônicas, o aumento da demanda por serviços especializados e ainda ter um caráter acíclico.

Os participantes observaram que a elevada participação do setor privado nos gastos totais com saúde reflete-se em iniquidades por causa da redução dos recursos públicos. Ao mesmo tempo, as decisões judiciais obrigam o fornecimento de tratamentos caros e não previstos pelo Estado, criando, assim, custos inesperados, o que dificulta a gestão financeira do sistema.

A importação de medicamentos e equipamentos médicos contribui para um déficit na balança comercial da saúde, comprometendo a soberania nacional e a sustentabilidade do SUS. As mudanças na política fiscal e tributária, bem como um novo regime fiscal, podem também estar afetando negativamente o financiamento do SUS, especialmente no contexto do federalismo, para o qual a redistribuição de recursos entre os entes federativos é crucial. Observou-se ainda que uma parte significativa dos orçamentos de saúde vem sendo ocupada por emendas parlamentares, pouco articuladas com o planejamento estratégico do sistema. Segundo os participantes, isso evidencia que a distribuição de recursos, frequentemente, não considera as reais necessidades sociais e regionais. Vale mencionar que os municípios continuam sobrecarregados com a responsabilidade financeira pelo custeio do SUS, o que, por sua vez, implica a limitação da capacidade de investimento em outras áreas essenciais.

A **Alocação/Mobilização de Recursos**, função de saúde pública que tem a ver com os mecanismos e critérios de distribuição dos recursos financeiros no interior do sistema, foi a quarta categoria em número de problemas elencados. Nela, grande parte desses problemas está relacionada ao subfinanciamento do sistema, que gera inadequação de cobertura de saúde, com consequente limitação de serviços e de infraestrutura. Há descumprimento de critérios legais, prejudicando a equidade e agravando desigualdades regionais e sociais.

Para além do subfinanciamento, a forma como se faz a alocação de recursos, com foco principalmente no desempenho, pode, segundo os participantes, ignorar as necessidades específicas de regiões mais vulneráveis, que já enfrentam desafios maiores para alcançar altos índices de desempenho meramente econômico. Ou seja, é importante que os critérios de distribuição tenham como base a equidade, que sejam consideradas as disparidades regionais e as necessidades sociais e que se evite que regiões mais desenvolvidas recebam mais recursos. Isso inclui a destinação das emendas parlamentares, que, atualmente, consomem um percentual

crescente do orçamento, que é consumido em ações que frequentemente não estão alinhadas com as necessidades reais ou com o planejamento estratégico da saúde, resultando em alocação ineficiente de recursos.

Chama-se a atenção para o aumento da longevidade populacional e o crescente aumento do número de doenças para a população mais envelhecida, o que eleva os custos de saúde e pressiona o orçamento. Há também custos não planejados/espontâneos, oriundos da judicialização, que tendem a desviar recursos que poderiam ser planejados e aplicados de forma mais eficiente e equitativa. Ademais, a assistência farmacêutica necessita de mais recursos alocados, sendo igualmente importante o investimento na implementação de prontuários eletrônicos, que ajudam na estruturação da atenção integral e de qualidade para toda a população.

Quanto à **Força de Trabalho**, categoria que se refere a profissionais e técnicos que desenvolvem atividades nas organizações do sistema e na atenção à saúde, os problemas foram relacionados à formação inadequada, à falta de capacitação específica, a condições de trabalho adversas e à precarização dos vínculos empregatícios. Segundo os participantes, muitos secretários municipais necessitam de formação em gestão, sobretudo em gestão financeira. Percebe-se que há desconhecimento sobre os aspectos fundamentais de gestão de custos e orçamento. De maneira geral, há pouco conhecimento sobre Economia da Saúde e os cursos de gestão não priorizam esse tema. Os profissionais de saúde são frequentemente treinados para atuar no setor privado. Foi observado que há heterogeneidade das capacidades técnicas, o que resulta em desigualdades na qualidade dos serviços e falta treinamento em sistemas de informação.

A categoria relacionada a **Organizações** (ou estruturas organizacionais responsáveis pela regulação, gestão e administração do sistema de saúde), na perspectiva dos participantes, não integra a Economia da Saúde como parte estruturante do sistema, o que eles apontam como “falta de visão” reflete as falhas de comunicação entre secretarias e departamentos existentes no Ministério da Saúde.

Os participantes ainda relataram a falta de clareza sobre as necessidades da SECTICS relativas à Economia da Saúde. Tal indefinição dificulta a elaboração de objetivos centrais de uma proposta de Política Nacional de Economia da Saúde por essa Secretaria. Ao mesmo tempo, a Economia da Saúde é centralizada no Ministério da Saúde, com pouca participação e protagonismo de estados e municípios, o que gera fragilidades no alinhamento estratégico e limita a adaptabilidade. Observou-se ainda que há pouca comunicação com os entes federativos, o que

dificulta a adesão e a compreensão à temática de Economia da Saúde pelos profissionais de saúde e pela população geral.

O sexto agrupamento de problemas está relacionado a **Tecnologia, Conhecimento e Incorporação**, que diz respeito ao conhecimento e à produção de medicamentos, vacinas, equipamentos médicos, reagentes para diagnóstico e hemoderivados (complexo médico-industrial da saúde). Nesse aspecto, os participantes observaram que há fragilidade na base produtiva do SUS, insuficiência na produção de insumos e de tecnologias em saúde, além de elevada dependência externa e falta de soberania, questões que foram bastante percebidas durante a crise sanitária gerada pela pandemia da covid-19. Há ainda a necessidade de um conhecimento mais detalhado sobre as demandas do SUS e sua articulação com a base produtiva nacional. Os participantes sentem falta de avanços no campo das análises macroeconômicas que estimulem uma maior compreensão sobre o impacto econômico das políticas de saúde que gerem mais integração entre o SUS e a base produtiva do país.

Em seguida, foram agrupados os problemas relativos à **Saúde Digital**, que dizem respeito à aplicação das tecnologias da informação e da comunicação à saúde. Para os participantes, a falta de abrangência dos prontuários eletrônicos, que limita a integração e o compartilhamento de informações entre unidades de saúde, a deficiência na rastreabilidade das solicitações de consultas e exames, bem como informações inoportunas sobre leitos, causam atrasos e falhas na gestão e são desafios persistentes do componente saúde digital no SUS.

Foi ainda observado que a concentração histórica na centralização excessiva na gestão de sistemas e de bases de dados tem dificultado a agilidade na adaptação às necessidades locais. Ademais, a baixa governabilidade sobre a manutenção e a limitada evolução dos sistemas digitais do SUS podem impactar negativamente a qualidade e a eficiência dos serviços prestados. Por último, foram elencadas a alimentação e a retroalimentação dos dados como problemas que comprometem a atualização e a precisão das informações de Economia da Saúde, nos sistemas do DESID e em outros do SUS.

A função de saúde pública nos quesitos **Prestação de Serviços e Regulação** foi a oitava categoria em número de problemas elencados pelos participantes. Na prestação de serviços, eles observaram que há uma tensão constante entre o setor público e o privado na prestação de serviços de saúde. O setor privado muitas vezes atrai mais investimentos e oferece serviços de mais qualidade, enquanto o setor público enfrenta dificuldades para atender a demanda crescente com recursos

limitados. Segundo eles, a entrada de capital estrangeiro na assistência à saúde tende a aumentar a dependência de entidades internacionais, potencialmente priorizando lucros em detrimento da qualidade e da acessibilidade dos serviços. A cobertura desigual de serviços de saúde prejudica o objetivo do SUS de proporcionar saúde universal e equitativa.

A relação público-privado no SUS traz em si mesma um cenário de complementaridade e também de competição, uma vez que a apropriação de políticas públicas pelo setor privado pode levar a uma distorção das prioridades de saúde, de modo que os interesses comerciais podem prevalecer sobre as necessidades de saúde pública. A falta de regulamentação do regime, da complementaridade e das parcerias público-privadas, ou seja, de regulamentação adequada, pode resultar em práticas inconsistentes, falta de transparência e má gestão dos recursos.

Por último, foi mencionado que o enfraquecimento dos espaços de pactuação interfederativa, em que estados e municípios acordam políticas e estratégias conjuntas, tem prejudicado a coordenação e a eficácia das ações de saúde, tendo como consequência a fragmentação dos serviços e a ineficiência no sistema.

Quanto à **Regulação**, foi mencionada a excessiva utilização de Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS) Especializadas devido ao excessivo encaminhamento pela falta de triagem eficaz no atendimento primário. A demanda por exames de alta e média complexidade bem como de leitos de UTIs vem superando a oferta disponível, resultando em longas filas de espera. No quesito leitos, há ainda o agravante da informação desatualizada ou ineficiente sobre a disponibilidade de vagas, o que dificulta a gestão e a regulação dos atendimentos, muitas vezes resultando em transferências desnecessárias ou atrasadas, aumentando a espera por internações. Por último, os participantes criticaram o que chamam de “regulação excessiva” do Ministério da Saúde, muitas vezes com burocracia complexa e ineficaz, que limita a autonomia e a ação dos estados e municípios nessa função tão relevante do sistema de saúde.

O componente **Rede de Serviços** foi a nona categoria em números de problemas. Os participantes mencionaram a falta de sistemas de custeio em hospitais e outras unidades pela dificuldade que enfrentam em monitorar e gerenciar seus gastos. Também observaram que a rede é sobrecarregada, portanto, faltam leitos para atender a demanda, ao mesmo tempo que se observam vazios assistenciais pela insuficiência de serviços e baixo acesso em várias regiões do país. Há falta de informações atualizadas, o que dificulta a gestão e a tomada de decisão rápida, comprometendo o atendimento aos pacientes.

Quanto ao componente **Insumos**, ou recursos utilizados no tratamento e na prevenção em saúde (equipamentos, medicamentos e suprimentos para exames diagnósticos), os participantes relataram que há um significativo desperdício de vacinas, medicamentos e outros insumos, gestão inadequada dos recursos públicos e má gestão de estoques, o que resulta em situações de falta ou excesso, comprometendo a disponibilidade de medicamentos essenciais para os pacientes. Também foi mencionada a insuficiência de recursos para a assistência farmacêutica, o que limita o acesso a medicamentos para o tratamento adequado dos pacientes.

No tocante à **Cobertura**, que tem a ver com o aspecto populacional – população coberta pelo sistema – e com o aspecto de serviços – catálogo de benefícios e ações de saúde garantidos à população coberta –, os participantes mencionaram que as desigualdades regionais e as iniquidades no acesso são os principais empecilhos para o alcance da cobertura total de serviços para a garantia do acesso universal em saúde. Observou-se que as disparidades no acesso e na qualidade dos serviços têm a ver com as diferenças socioeconômicas e infraestruturais entre regiões: aquelas mais remotas e menos desenvolvidas economicamente enfrentam mais dificuldades. Além disso, fatores como renda, educação e raça também levam a vulnerabilidades e são barreiras adicionais que podem perpetuar ciclos de desigualdade e de exclusão.

De acordo com Lobato e Giovanella (2012, p. 108), para cada componente ou função dos sistemas de saúde, há um conjunto de relações sociais que interfere em sua dinâmica, sendo desenvolvido “a partir de relações políticas e econômicas que se manifestam por meio dos interesses dos agentes e atores envolvidos direta ou indiretamente com os sistemas de saúde”. Assim, os problemas elencados pelos participantes também foram correlacionados à dimensão contexto social, político e econômico, por meio dos elementos: **atores/agentes**, **interesses** e **estratégias**.

Sobre o elemento **atores/agentes** do SUS, podem-se resumir os problemas elencados da seguinte forma: a baixa participação social efetivamente representativa na formulação de políticas, muitas vezes, consequência da comunicação inadequada das políticas do SUS para a sociedade, com consequente baixo apoio popular, o que pode resultar em decisões desalinhadas com as necessidades da população e com a própria concepção política e estratégica desse sistema.

Foi colocada ainda a dificuldade de se estabelecer diálogos institucionais profícuos entre o SUS e os órgãos de controle. Nesse processo, há certo grau de resistência entre alguns gestores em inserir dados no sistema de controle de custos, impedindo a transparência e a gestão eficiente dos recursos. Em certos tópicos

de interesse da saúde, eventuais interferências distorcidas dos poderes legislativo e judiciário (a exemplo do recente “PL do Aborto”) pode atrasar ou até mesmo desvirtuar a implementação das políticas planejadas.

O financiamento privado de campanhas eleitorais pode influenciar parlamentares a legislar contra os interesses do SUS. Além disso, os recursos previstos por emendas parlamentares, no formato em que estão sendo aplicados, muitas vezes desconectados do planejamento estratégico da saúde, são alocados de maneira inadequada, ao mesmo tempo que os próprios sistemas de planejamento e gestão dos municípios têm sido subutilizados, agravando ainda mais as distorções.

Em relação aos **interesses** atinentes ao SUS, identificaram-se problemas complexos e multifacetados. No contexto atual de crises geradas por desequilíbrios na política global, incluindo as mudanças climáticas – além das tensões intrínsecas ao sistema de saúde, como envelhecimento da população e aumento das doenças crônicas –, observou-se que a austeridade fiscal e a ortodoxia econômica constituem grande ameaça à universalidade e à equidade do SUS. Inclusive, a manutenção do sistema também sofre pela pressão por privatizações, dado o investimento insuficiente do setor público. Segundo Safatle (2024), a crise que vivemos na atualidade é ecológica, social, política, econômica, psíquica e demográfica.

A diversidade de interesses e conflitos entre múltiplos atores dificulta a coordenação e a implementação das políticas de saúde nos planos doméstico e internacional. O planejamento e a execução de políticas públicas de saúde, nesse contexto, ficam prejudicados, comprometendo o funcionamento do SUS, o que atualmente dificultaria o planejamento estratégico e/ou a alocação dos recursos conforme as exigências e necessidades.

Quanto às **estratégias**, os participantes mencionaram que as desonerações tributárias não reduzem significativamente os preços de produtos e serviços de saúde, limitando os resultados esperados em termos financeiros e as isenções como as de serviços de saúde privados. Mais uma vez, eles afirmam que a desconexão entre a política econômica de saúde e as necessidades da SECTICS impede a inovação e o alcance de resultados na prática. A ausência do paradigma da economia política nas estratégias de saúde resulta em soluções distantes das causas estruturais. A constante tensão entre a cobertura e o acesso universais gera inconsistências na política de saúde. As mudanças na reforma tributária e no regime fiscal afetam o financiamento e a distribuição de recursos, comprometendo os serviços de saúde nos estados e municípios. Cabe destacar que por muitas vezes tais mudanças são incompreendidas pelos agentes do SUS. A falta de continuidade

nas políticas prejudica também programas de longo prazo, enquanto a ausência de práticas de sustentabilidade ambiental afeta a saúde pública. Finalmente, a abordagem universal do SUS sem foco nos mais vulneráveis resulta em distribuição desigual dos recursos, deixando os mais necessitados sem a atenção adequada.

O financiamento do SUS, por exemplo, colocado pelos participantes como uma questão central, está em meio a uma batalha entre forças do mercado e do capital (políticas de austeridade para reduzir o Estado e abrir mercados com o propósito final de concentração de renda) e forças sociais e democráticas (políticas de ampliação dos gastos diante de mudanças climáticas, pandemias e do envelhecimento da população como garantia do direito à saúde e redução das desigualdades).

Outro problema é o da ausência de dados com potencial de insumos para análises econômicas, que foi mencionado pelos participantes como uma séria limitação para o desenvolvimento da economia da saúde, e que está relacionado à falta, também, de integração dos sistemas de informação e, sobretudo, à falta de uma política de governança da informação com ênfase em indicadores de economia da saúde.

Ou seja, o exercício de enquadramento dos problemas nos modelos de sistemas de saúde permitiu uma primeira constatação: **os problemas elencados nos exercícios de árvores de problemas durante a fase de diagnóstico revelam diferentes níveis de complexidade, estão interconectados e presentes em mais de um componente da dinâmica do sistema de saúde e fora dele, na maioria das vezes, de maneira fragmentada.**

De forma transversal à análise dos problemas pela perspectiva de sistemas de saúde, vale explicitar a presença de um embate teórico dentro da própria economia da saúde. Trata-se das distinções entre a visão de Cobertura Universal em Saúde (UHC, da sigla em inglês) e a de Sistema Universal de Saúde (UHS, da sigla em inglês) como política nacional de saúde. Essas duas perspectivas envolvem diferenças significativas em termos de premissas, conceitos, abordagens e implicações políticas nos sistemas de saúde.

A cobertura universal em saúde, bastante comum em países com sistemas de saúde que se baseiam no mercado, refere-se ao objetivo de garantir que todas as pessoas tenham acesso aos serviços de saúde necessários sem sofrer dificuldades financeiras, o que muitas vezes acontece por meio de subsídios ou mandatos de seguro. Essa visão tem foco em acesso a cuidados essenciais, incluindo prevenção, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos. Em termos de acesso e

financiamento, a cobertura universal de saúde pode ser alcançada por meio de diferentes sistemas de financiamento, incluindo seguros de saúde públicos, privados ou uma combinação de ambos.

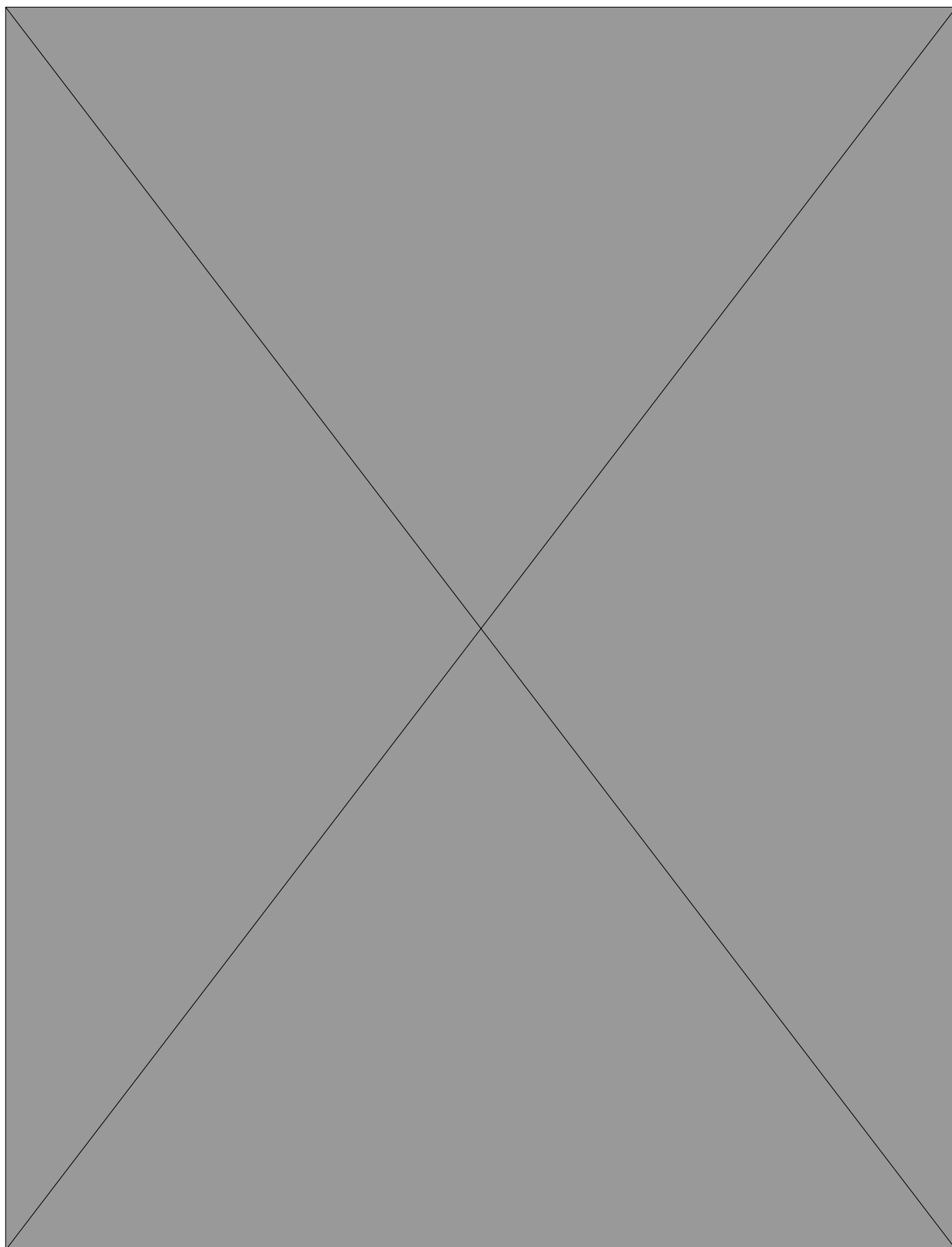
Já a visão de sistemas universais refere-se aos sistemas de saúde dos países em que todos os residentes têm acesso a uma gama completa de serviços financiados principalmente por impostos, com garantia de que tais serviços sejam gratuitos nos locais de atenção à população. Trata-se de uma visão de sistema com foco na garantia do acesso universal oportuno e de qualidade a serviços de saúde integrados, independentemente da capacidade de pagamento do cidadão.

Em linhas gerais, a questão central entre as duas visões está situada no caminho escolhido pelos sistemas de saúde para o acesso da população aos cuidados de saúde. Enquanto a cobertura universal de saúde oferece um caminho mais flexível e incremental para aumentar o acesso, os modelos de sistemas universais representam uma abordagem mais abrangente e equitativa, garantindo cuidados de saúde universais financiados por impostos. No caso do SUS do Brasil, claramente centrado na garantia do acesso universal com equidade, esse embate permeia a discussão sobre os desafios da consolidação do sistema, o que esbarra nos seus vários problemas de gestão e governança, muitos deles apresentados pelos participantes.

De forma mais ampla, esse embate conecta-se com disputas de visões entre a economia neoclássica e a economia política aplicada à saúde, que se fundamenta em diferenças profundas de abordagem teórica, metodológica e filosófica no estudo dos fenômenos econômicos. A economia neoclássica é criticada por confiar excessivamente em modelos matemáticos, assumindo leis gerais, e por simplificar demais a realidade ao ignorar as influências sociais e históricas. Já a economia política é vista como mais realista porque leva em conta as complexidades das interações sociais e históricas, mas sofre críticas tanto pela falta de precisão quanto pela dificuldade em criar modelos preditivos concretos. Ambas oferecem contribuições distintas para a compreensão dos fenômenos econômicos aplicados à saúde.

Giovanella *et al.* (2018, p. 1768) apresentam características contrastadas dos modelos de cobertura universal de saúde (UHC) e sistema universal de saúde (SUS), apresentados na Figura 10, a seguir.

Figura 10 – Características contrastadas dos modelos de cobertura universal de saúde (UHC) e sistema universal de saúde (SUS)



Fonte: Elaboração própria.

A análise feita até o momento evidencia a necessidade de pensar a política da economia da saúde não apenas da perspectiva de sistemas de saúde mas também de uma perspectiva que englobe sistemas econômicos. Uma integração dessa natureza, por sua vez, requer tanto uma concepção de política de economia da saúde que relaciona administrativamente elementos do sistema de saúde com elementos da economia da saúde quanto uma concepção mais abrangente e capaz de promover, de forma integrada e interconectada, um ambiente e uma dinâmica propícios ao desenvolvimento dessa política pública integrada a outros sistemas, de forma a superar fragmentações práticas e impeditivas desse desenvolvimento. Assim, observa-se que pensar os problemas relacionados à proposição política nacional de economia da saúde no SUS é uma questão complexa, multifacetada, de grande amplitude, multissetorial e multinível.

A constatação sobre a complexidade dos problemas apresentados indicou a necessidade de uma segunda frente de análise capaz de pensar os problemas de uma política nacional de economia da saúde de forma integrada e articulada com outros sistemas, ou uma compreensão ecossistêmica que englobe diferentes sistemas inter-relacionados para o olhar sobre os problemas apresentados. Um olhar mais próximo dessa constatação de correlação de sistemas pode ser identificado na concepção do Complexo Econômico-Industrial da Saúde (CEIS).

2.2 Diagnóstico do problema pela perspectiva ecossistêmica

Uma segunda perspectiva de análise complementar desses problemas, por sua vez, foi relativa aos ecossistemas de inovação e de inovação em saúde. Ecossistema de inovação pode ser definido como uma dinâmica de inter-relações num conjunto de múltiplos atores que atuam para a cocriação ou a criação conjunta de soluções de valor. É composto de atores em rede interconectados e interdependentes (incluindo empresas, sociedade, fornecedores, inovadores complementares, agentes reguladores, entre outros) que interagem/cooperam e competem no ecossistema em um processo contínuo de coevolução (Gomes *et al.*, 2018). De modo complementar, um ecossistema de inovação é o conjunto em evolução de atores, atividades e artefatos, considerando as instituições e as relações, incluindo relações complementares e substitutivas, que são importantes para o desempenho inovador de um ator ou de uma população de atores (Granstrand; Holgersson, 2020).

A necessidade de olhar para a construção de uma Política Nacional de Economia da Saúde pela combinação de sistemas para além do sistema de saúde foi derivada da primeira análise, quando se evidenciou a amplitude – para além da saúde – das questões identificadas nos exercícios coletivos de diagnóstico mediante a construção das árvores de problemas.

A busca por referências sólidas para essa segunda análise levou ao resgate da taxonomia do Complexo Econômico Industrial da Saúde, que reflete ecossistemas em que a saúde é um elemento transversal e central para o desenvolvimento. Assim, optou-se por buscar a visão do Complexo Econômico-Industrial da Saúde (CEIS), que, em termos sistêmico-estruturais, busca avançar na compreensão sobre a complexidade e a interdependência entre diferentes setores e tecnologias em saúde. O CEIS é uma construção teórica e prática que busca integrar de maneira sistêmica os setores produtivos e de serviços da saúde, promovendo a inovação e o desenvolvimento econômico de forma coesa e interdependente (Gadelha, 2001).

A visão sistêmico-estrutural do CEIS repousa sobre alguns aspectos fundamentais, quais sejam: i) integração de políticas horizontais e verticais; ii) foco em interdependências; iii) dinâmica da inovação; e iv) estrutura produtiva e tecnológica. Esses aspectos podem ser relacionados aos microfundamentos neoschumpeterianos, uma vez que contribuem para entender como a inovação e a interação entre os agentes econômicos e institucionais podem transformar o setor da saúde (Gadelha, 2001, 2003).

O autor parte do campo da política industrial para reforçar uma crítica às abordagens políticas tradicionais, que tende a se concentrar em políticas horizontais ou em políticas seletivas verticais separadamente. Para ele, é possível buscar uma abordagem mais eficaz a partir da combinação de políticas horizontais e verticais, adaptando-se às realidades econômicas e tecnológicas específicas, permitindo uma interação mais dinâmica entre diferentes setores industriais e o governo (Gadelha, 2001).

As políticas horizontais são medidas gerais aplicadas pelo governo que afetam a economia inteira ou grandes setores dela, sem ter foco específico em indústrias particulares. Ou seja, são projetadas para criar um ambiente propício à inovação e ao crescimento empresarial em todos os setores. No entanto, elas podem falhar em atender às necessidades específicas de setores econômicos que precisam de mais suporte. Já as políticas verticais ou seletivas são aquelas que um governo implementa com o objetivo de desenvolver indústrias específicas que são consideradas estratégicas para o desenvolvimento econômico nacional. Elas são

muitas vezes utilizadas para proteger ou promover setores considerados vitais para a economia. Entretanto, podem levar a ineficiências e dependência governamental por parte dos agentes econômicos.

Em síntese, o conceito de CEIS já sugere a necessidade de uma abordagem ecossistêmica. Ao propor a combinação de políticas horizontais e verticais, Gadelha (2003) indica a importância de uma articulação coordenada entre diferentes políticas, criando sinergia entre diferentes setores como fator crucial para fomentar a inovação tecnológica e a competitividade no mercado de saúde. Nesse sentido, o CEIS se configura como uma estratégia privilegiada para a experimentação e implementação de uma orquestração dessas políticas. Converging com autores que refletiram sobre a complexidade das políticas de saúde, observa-se que o enfoque dinâmico na economia da saúde reforça a necessidade de políticas industriais que induzam a colaboração e a integração entre setores, garantindo um ambiente propício para a inovação contínua (Wieczorek; Hekkert, 2012), especialmente no setor de saúde (Consoli; Mina, 2009).

A trajetória da concepção do CEIS em publicações posteriores reforça essa constatação anterior. Os sistemas de inovação são estruturas dinâmicas que evoluem continuamente. Nesse caso, a interação entre políticas públicas e o mercado é essencial para promover um ambiente favorável à inovação tecnológica, uma vez que as políticas públicas adaptativas (Gadelha; Temporão, 2018) respondem às necessidades do setor de saúde de maneira flexível e dinâmica, contribuindo para a sustentabilidade, o bem-estar social e o crescimento econômico em longo prazo (Gadelha; Costa; Maldonado, 2012).

Ao olhar para o sistema de saúde como um sistema de inovação, ou seja, colocando a inovação tecnológica como elemento central do CEIS em termos de avanço contínuo do sistema de saúde, torna-se vital a interação intensiva entre os setores produtivos e de pesquisa para promover um fluxo constante de novas tecnologias e práticas inovadoras. As políticas de incentivo e o financiamento público das atividades de Pesquisa e Desenvolvimento (P&D) são mecanismos essenciais para fomentar a inovação no setor de saúde (Gadelha, 2006; Guimarães *et al.*, 2021).

Considera-se que as políticas de saúde precisam ser responsivas aos desafios do cotidiano, bem como às mudanças e demandas dinâmicas do ambiente tecnológico e econômico, além de adaptativas (Gadelha; Temporão, 2018). Também, de forma convergente com autores que pensam as políticas de saúde na perspectiva da complexidade, os sistemas evoluem a partir da interação contínua entre agentes, tecnologias e instituições, evidenciando que tais sistemas não são estáticos,

mas estão em constante transformação dinâmica devido a várias pressões internas e externas (Consoli; Mina, 2009).

Por fim, o CEIS consolida-se como uma opção estratégica nacional para o desenvolvimento econômico e social (Gadelha, 2022). Considerando as profundas transformações sociais, econômicas e ambientais que a saúde no Brasil tem passado, especialmente as mudanças demográficas, epidemiológicas, tecnológicas e do mundo do trabalho, Gadelha (2022) assevera que o Estado Nacional continuará a ter papel fundamental na formulação e implementação de políticas sistêmicas e estruturais, contextualizadas e coordenadas em vários níveis territoriais. Para o autor, a saúde como vetor de desenvolvimento econômico e social requer que o Estado oriente e coordene estrategicamente o desenvolvimento do CEIS, regulando o setor privado, atuando onde o mercado disputa (alta tecnologia e produtos de alto valor), e onde o mercado não tem interesse imediato, ou seja, onde o interesse público prevalece (Gadelha, 2022).

Nesse sentido, as políticas de saúde devem ser priorizadas como uma estratégia nacional para promover o desenvolvimento sustentável e inclusivo, enfatizando a necessidade de integração dessas políticas com outras políticas econômicas e sociais. Essa visão integrada é sintetizada na proposta do CEIS numa perspectiva estrutural-sistêmica (Gadelha, 2001). Nesse sentido, a ideia do CEIS 4.0 é a de procurar construir uma abordagem mais atual e responsiva às necessidades prementes no Brasil contemporâneo e em situação pós-pandemia (Gadelha, 2021).

Quatro pilares sintetizam as proposições de Gadelha (2021) para o CEIS 4.0, a saber: inovação tecnológica, sustentabilidade econômica, equidade social e sustentabilidade ambiental. Segundo o autor, a inovação tecnológica é o coração do CEIS 4.0 e envolve a adoção e a integração de tecnologias emergentes (inteligência artificial, big data, internet das coisas, biotecnologia e impressão 3D) para melhorar a eficiência, a qualidade e o alcance dos serviços de saúde. A sustentabilidade econômica se refere à capacidade do CEIS 4.0 de gerar valor econômico de maneira eficiente e duradoura, garantindo a viabilidade financeira do setor de saúde. Isso envolve não apenas a redução de custos mas também a criação de novos modelos de negócios que fomentem a inovação e a produção local de insumos e equipamentos de saúde.

A equidade social refere-se à garantia de que todas as pessoas – independentemente de sua localização geográfica, condição socioeconômica ou etnia – tenham acesso igualitário a cuidados de saúde de qualidade. Faz-se necessária, para tanto, a implementação de políticas públicas que mitiguem as disparidades no

acesso aos serviços de saúde e promovam a inclusão social efetiva. A sustentabilidade ambiental envolve a integração de práticas e tecnologias que minimizem o impacto ambiental das atividades de saúde nos diferentes níveis de atenção. Isso inclui a promoção de práticas ecoeficientes, a redução do desperdício de materiais e a implementação de tecnologias que apoiem a conservação dos recursos naturais (Gadelha, 2021).

O itinerário formativo do pensamento do CEIS destacado neste projeto toma forma governamental pelo Decreto nº 11.715, de 26 de setembro de 2023, que instituiu a Estratégia Nacional para o Desenvolvimento do Complexo Econômico-Industrial da Saúde. Essa estratégia possui a finalidade geral de orquestrar os investimentos públicos e privados para a inovação em saúde, por meio de soluções tecnológicas e produtivas, no enfrentamento dos desafios de saúde, da vulnerabilidade do SUS, tornando possível a ampliação do acesso à saúde e a equidade social. Em síntese, os direcionadores estratégicos do CEIS, em sua concepção atual, já apontam para a centralidade da inovação tecnológica, a sustentabilidade econômica e ambiental e a equidade social.

A Figura 11, a seguir, representa uma esquematização preliminar de integração e articulação entre os diversos atores dos sistemas de saúde, do complexo econômico-industrial da saúde e dos sistemas de inovação de forma dinâmica na busca pela promoção da saúde e do desenvolvimento.

Figura 11 – Visão integrada de sistemas de saúde, complexo econômico-industrial da saúde e sistemas de inovação



Visão Integrada de Sistemas Universais de Saúde
(sistemas de saúde, sistemas de inovação e CEIS)

Fonte: elaboração própria (2024).

As reflexões trazidas por Gadelha (2021, 2022) e pelos demais autores – como Consoli e Mina (2009) e Wieczorek e Hekkert (2012) – permitem inferir que a concepção do CEIS intencionou englobar diversos atores e agentes econômicos que não aqueles do setor de saúde. Assim, é possível formular que o CEIS pode ser a base para se compreender a proposição da integração do SUS como um sistema de saúde e de inovação simultaneamente.

Argumentos podem reforçar a importância de um olhar ecossistêmico e colaborativo de políticas e programas para subsidiar a análise *ex ante* da política nacional de economia da saúde. Com base em Ansell e Gash (2007), Emerson *et al.* (2011) e Emerson e Nabatchi (2015), pode-se afirmar que: (a) políticas públicas são respostas essenciais para o enfrentamento de problemas perversos (do inglês, *wicked problems*) que envolvem a interdependência entre múltiplos *stakeholders* e interesses divergentes; (b) o olhar ecossistêmico promove inclusão participativa de múltiplos *stakeholders*, incluindo setores públicos, privados, academia e sociedade civil para que decisões sejam mais justas e legítimas; (c) a governança na perspectiva colaborativa é indispensável para sustentar processos de cooperação e coordenação no longo prazo em políticas públicas complexas, como no caso da economia da saúde; (d) a perspectiva ecossistêmica oferece flexibilidade para responder a mudanças contextuais em virtude da natureza dinâmica da economia da saúde; (e) a visão sistêmica e colaborativa contribui para o alinhamento de objetivos entre *stakeholders* e a mobilização conjunta de recursos financeiros, técnicos e humanos.

Souza (2018, p. 16) aponta para uma direção bastante similar, ao afirmar que

A coordenação na perspectiva da política pública se desdobra principalmente em dois momentos: no da formulação da política e no da sua implementação. Do primeiro participam os diversos atores e instituições com interesses na política que será formulada. Como se verá adiante, o número de atores e de instituições com poderes de aprovação ou de veto é significativo, especialmente em sociedades democráticas e complexas, e onde os conflitos distributivos ainda não foram minimamente equacionados. Se os conflitos no momento da decisão de uma política pública podem ser mais intensos e requerer mecanismos de coordenação mais complexos, a coordenação também faz parte do momento da implementação da política. [...] A coordenação de políticas públicas também é requerida entre organizações e atores políticos e burocráticos que compõem o mesmo nível de governo (coordenação horizontal) ou que compõem diferentes níveis de governo (coordenação vertical). No sentido da coordenação,

esses atores e essas agências jogam papéis diferentes nas distintas fases da mesma política pública.

Observa-se, portanto, uma convergência entre autores de diferentes matizes teóricas para a necessidade de implementação de políticas públicas adaptativas e integradas que viabilizem os pilares e princípios do CEIS, dos sistemas de saúde e dos sistemas de inovação. A seguir, realizamos a aplicação dessa perspectiva a políticas de saúde que dialogam com a economia da saúde e revelam a necessidade de se pensar a estratégia de execução de uma eventual Política Nacional de Economia da Saúde.

Uma vez que a análise dos problemas da economia da saúde nos levou a uma discussão sobre problemas complexos, sentiu-se a necessidade de um ensaio teórico para a aplicação da visão ecossistêmica sobre a Política Nacional de Economia da Saúde no SUS. O objetivo desta seção é analisar como algumas políticas transversais do SUS incorporam a visão ecossistêmica e colaborativa, a fim de compreender quais seriam os principais desafios para a estratégia de execução de uma Política Nacional de Economia da Saúde que seja transversal e orquestradora das demais políticas do SUS. Recorre-se, como estratégia analítica, às funções de ecossistemas de inovação para demonstrar a dinâmica do setor saúde numa perspectiva que integra múltiplos atores de segmentos diversos.

As funções de um sistema de inovação referem-se aos processos essenciais para que o sistema tenha bom desempenho. Assim, a partir das funções, pode-se compreender a dinâmica do sistema de inovação (Wieczorek; Hekkert, 2012). Nessa direção, Bergek, Hekkert e Jacobsson (2008) propõem sete funções essenciais, a saber: desenvolvimento e difusão do conhecimento; influência sobre a direção da busca; experimentação empreendedora; formação de mercado; legitimação; mobilização de recursos; criação de externalidades positivas.

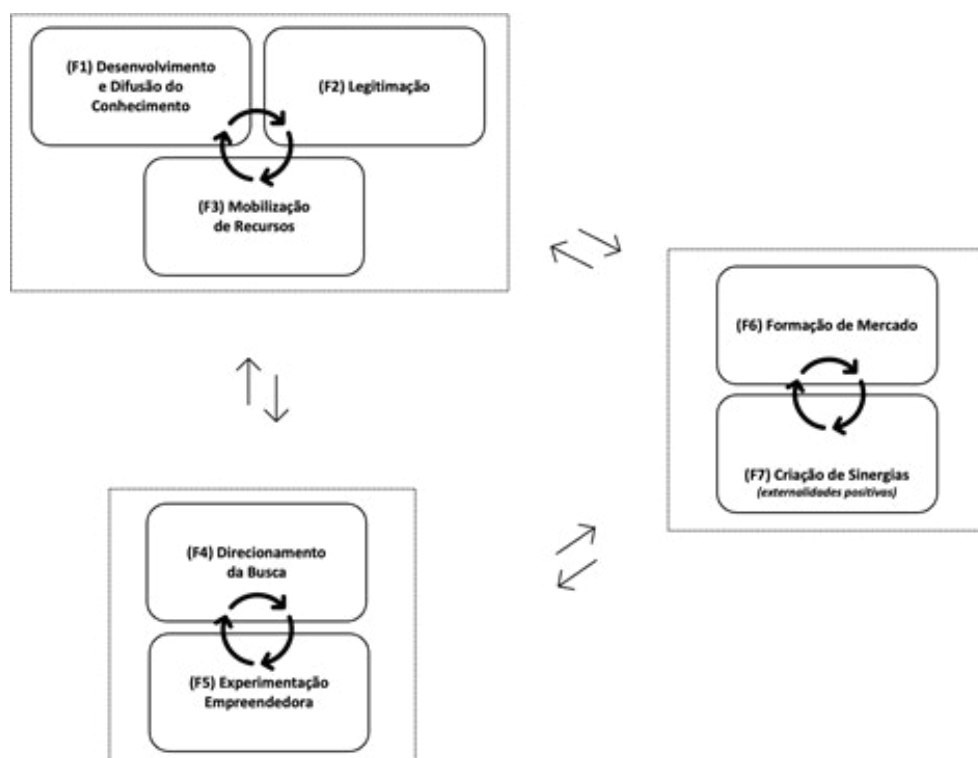
A função **Desenvolvimento e Difusão de Conhecimento** trata da criação e da disseminação de conhecimento essencial (científico e tecnológico) para a inovação, bem como do aprendizado por meio de aplicações práticas e produção de novos conhecimentos. A função **Influência na Direção da Busca** envolve os fatores que direcionam os atores do sistema a focar em áreas específicas de inovação, tais como incentivos econômicos, expectativas de crescimento de mercado, políticas governamentais e pressões regulatórias. A **Experimentação Empreendedora** refere-se à criação de novas combinações de tecnologias e mercados por meio

de experimentação por parte de empreendedores, tanto novos entrantes quanto empresas já estabelecidas que diversificam suas atividades (Bergek; Hekkert; Jacobsson, 2008).

A função **Formação de Mercado** consiste na criação e no desenvolvimento de mercados para novas tecnologias, envolvendo a criação de nichos de mercado, a expansão de mercados existentes ou a abertura de novos mercados para tecnologias emergentes. A **Legitimação** refere-se à obtenção de aceitação social e política para novas tecnologias, assegurando a superação de resistências, a criação de confiança e a significação de novas tecnologias como soluções válidas e desejáveis. A **Mobilização de Recursos** envolve a arregimentação de recursos necessários para a inovação, incluindo capital financeiro, recursos humanos e ativos complementares. Por fim, a função **Desenvolvimento de Externalidades Positivas** refere-se à criação de benefícios indiretos que suportam a inovação, como a transferência de conhecimento e sinergias entre setores. Importa destacar que essas externalidades são muitas vezes críticas para a evolução contínua do sistema de inovação (Bergek; Hekkert; Jacobsson, 2008).

Conforme visto na análise dos problemas relativos à Economia da Saúde pela perspectiva de Sistemas de Saúde, cabe destacar que a visão integrada dessa análise, bem como do complexo econômico-industrial e de sistemas de inovação, transformou-se em uma concepção dinâmica para pensar a Política Nacional de Economia da Saúde. Larisch, Amer-Wahlin e Hedefjall (2016) utilizaram as funções propostas por Bergek, Hekkert e Jacobsson (2008) e Wieczorek e Hekkert (2012) para estudar a dinâmica do sistema de saúde sueco. Seus achados mostraram que há inter-relações entre as funções em virtude das especificidades do setor de saúde, sobretudo devido à intensidade de inovação tecnológica inerente ao segmento. Na Figura 12, a seguir, é possível observar as interdependências entre as funções do sistema de inovação em saúde, englobando atores, instituições e infraestruturas inerentes à produção de saúde.

Figura 12 – Concepção da interdependência entre as funções do sistema de inovação em saúde



Fonte: Larisch, Amer-Wahlin e Hidefjall (2016).

As interdependências propostas por Larisch, Amer-Wahlin e Hidefjall (2016) representam dinâmicas específicas entre as funções que os atores devem observar na gestão e na governança de sistemas de saúde. Porém, entende-se que é possível que haja um desbalanceamento das funções individualmente e das interdependências entre elas.

A relação entre as funções F1, F2 e F3 (Figura 12) pode ser denominada **Dinâmica de Legitimação e Criação do Conhecimento em Saúde** e argumenta-se que a legitimidade é um pré-requisito para a mobilização de recursos. Os recursos, por sua vez, são necessários para financiar a pesquisa, o desenvolvimento do conhecimento e sua difusão em saúde. Além disso, a criação de conhecimento na saúde é altamente dependente da sua legitimidade, que muda devido à acumulação de conhecimento em um processo de mudança institucional.

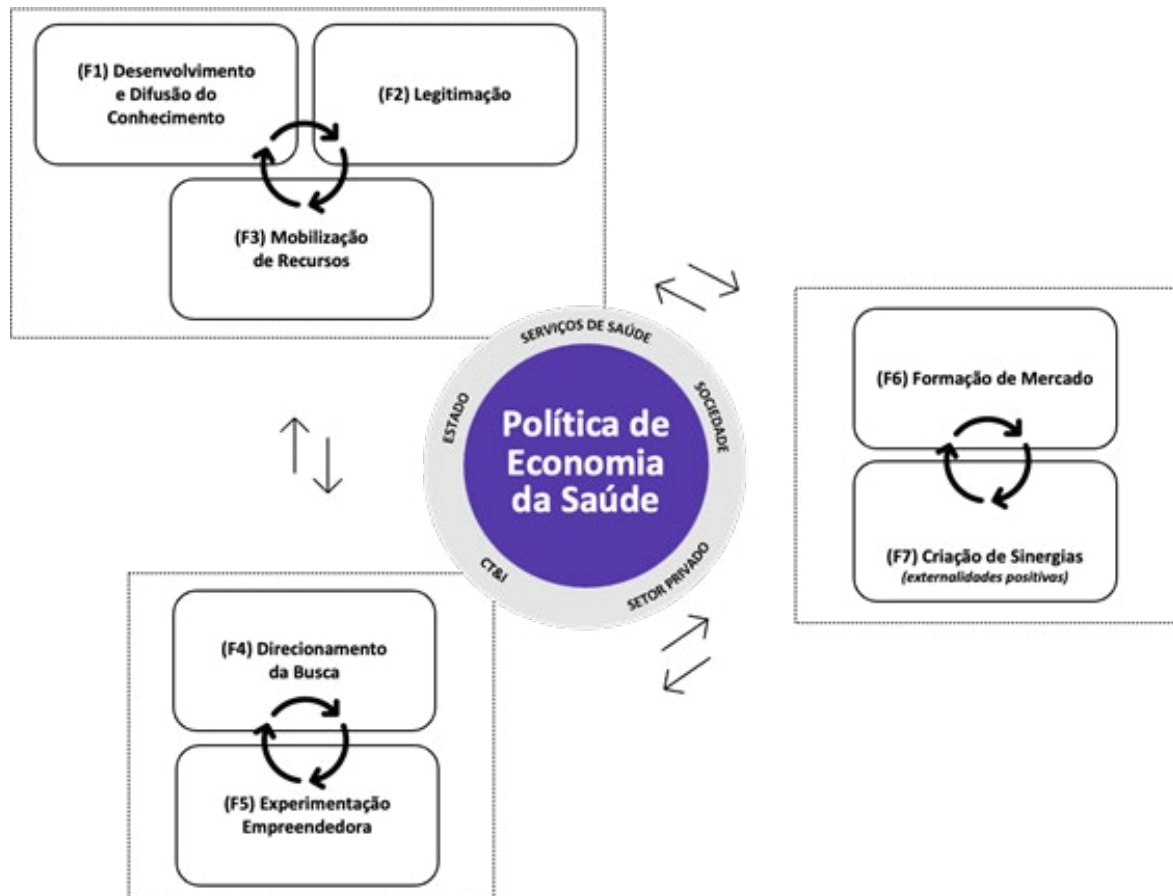
A relação entre as funções F4 e F5 (Figura 12) pode ser denominada **Dinâmica de Direcionamento e Experimentação em Saúde** e argumenta-se que os empreendedores são essenciais para que o sistema de saúde funcione bem e seja pujante.

Nesse processo, a experimentação empreendedora é guiada e incentivada pela articulação de demandas, de necessidades, de prioridades políticas estabelecidas pelos territórios e pelas políticas de saúde, isto é, pelo direcionamento da busca.

A relação entre as funções F6 e F7 (Figura 12) pode ser denominada **Dinâmica de Mercado e Criação de Sinergias em Saúde** e argumenta-se que as externalidades positivas e a formação de mercado influenciam principalmente o efeito de “exploração” econômica das atividades do setor privado. O grau de externalidades positivas e a formação de mercado influenciam a pressão competitiva sobre a atividade empresarial e seus efeitos econômicos, assegurando mais atratividade e produtividade do setor de saúde.

Nesse contexto, observa-se que, se não houver atores que cumpram funções, haverá desbalanceamentos e, com eles, a impossibilidade da interdependência. Essas inconsistências podem levar à fragilização das entregas do SUS à sociedade. Portanto, considerando ainda o alto grau de entrelaçamento de problemas, sugere-se que **uma das funções de uma política de Economia da Saúde seria a de corrigir tais inconsistências, cumprindo uma função integradora e orquestradora dos diversos atores e instrumentos de políticas públicas para o desenvolvimento e a implementação de soluções e inovações com o propósito maior do acesso universal com equidade**, conforme Figura 13, a seguir.

Figura 13 – Política Nacional de Economia da Saúde como integradora e orquestradora de políticas e de sistemas de saúde



Fonte: elaboração própria (2024).

A perspectiva sobre a Economia da Saúde como integradora e orquestradora de políticas e de sistemas de saúde proposta neste estudo repousa sobre pressupostos ecossistêmicos de inovação defendidos por Thomas e Autio (2020), Thomas, Autio e Gann (2022) e Autio (2022), os quais afirmam que podem ser destacadas **quatro características-chave em sistemas com maturidade**. A primeira característica diz respeito à **heterogeneidade dos atores**, ou seja, os ecossistemas são compostos por atores heterogêneos que atuam em diferentes papéis, portanto, frequentemente podem abranger vários setores e transcender a fronteira entre os setores público e privado. A segunda característica é que os ecossistemas facilitam resultados que são mais abrangentes do que aquilo que qualquer ator poderia gerar sozinho. Significa a **capacidade geral de produzir mudanças espontâneas impulsionadas por públicos grandes, variados e descoordenados**.

A terceira característica diz respeito à **natureza da interdependência** entre os atores do ecossistema, considerada principalmente a partir de perspectivas tecnológicas, econômicas e cognitivas. Por fim, a quarta característica é a **natureza da governança do ecossistema**, que depende principalmente de mecanismos não contratuais, como definições de papéis, complementaridade e o coalinhamento entre atores. Em vez de contratos formais e específicos de relacionamento, as interações entre os atores são coordenadas conjuntamente por uma estrutura de coalinhamento que permite que os atores do ecossistema se especializem em áreas específicas, exercendo funções que não são necessariamente definidas por contratos formais.

As quatro características-chave descritas por Thomas e Autio (2020), Thomas, Autio e Gann (2022) e Autio (2022) **reforçam o papel estratégico do Estado na inovação**, conforme já afirmavam Halvorsen, Hauknes, Miles e Roste (2005). Segundo esses autores, o Estado desempenha os seguintes papéis relevantes na inovação: (i) usuário principal para tecnologias-chave (radicais); (ii) parceiro nas interações usuário-produtor por meio das compras públicas; (iii) fornecedor de infraestruturas para tecnologias; (iv) proprietário – propriedade pública e seu efeito na inovação; (v) regulador de mercado e de novas tecnologias. O Estado e as administrações públicas são cruciais para o desenvolvimento econômico por meio da inovação, uma vez que detêm a capacidade de lidar com incertezas, de executar projetos de grande porte, de mobilizar grandes recursos e de explorar uma gama de possíveis caminhos de inovação.

Cabe mencionar que as assertivas de Thomas e Autio (2020), Thomas, Autio e Gann (2022) e Autio (2022) encontram sinergia com a visão estrutural-sistêmica do CEIS proposta por Gadelha (2001, 2003, 2021, 2022), bem como com os argumentos de Larisch, Amer-Wahlin e Hidefjall (2016) e de Consoli e Mina (2009) para a compreensão da dinâmica da inovação em saúde e seu papel no desenvolvimento econômico e social de um país. Assim, percebe-se oportuna **a ideia de uma política de economia da saúde ser integradora e orquestradora de diferentes políticas públicas de saúde (policy mix), bem como de sistemas e serviços de saúde**. O desafio da orquestração não se resume a uma visão estrutural (*top-down*) de um ecossistema, mas na aceitação de que o valor (*offering*) entregue à sociedade necessita de intensa negociação e codescoberta endógena entre os atores do ecossistema (*bottom-up*), conforme aponta Autio (2022).

Por fim, após as pesquisas referentes a modelos de gestão ecossistêmica de inovação em saúde, o estudo identificou a existência do Projeto de Lei n°

1505, de 6 de junho de 2022, em tramitação no Congresso Nacional, cuja ementa “estabelece os mecanismos de estímulo ao desenvolvimento e fortalecimento do Complexo Econômico e Industrial da Saúde brasileiro no âmbito da Política Nacional de Inovação Tecnológica em Saúde e dá outras providências”. A análise do PL 1.505/2022 permite constatar, nesta altura da análise e de forma convergente com as evidências deste estudo, que o seu foco se restringe à concepção institucional-estrutural – mecanismos legislativos e jurídicos – necessária ao funcionamento do CEIS, não abarcando a dinâmica desse ecossistema. Ou seja, mesmo que o PL avance e seja eventualmente aprovado, permanecerá latente o desafio de executar – de forma sustentável, equitativa e eficiente – o complexo ecossistêmico de uma Política Nacional de Economia da Saúde.

Nesse contexto, considerando a premissa de que diversos atores dos sistemas de saúde, do complexo econômico-industrial da saúde e dos sistemas de inovação se integram de forma dinâmica na busca pela promoção da saúde e do desenvolvimento, entende-se que a compreensão e a implementação de uma política ou programa sob a perspectiva ecossistêmica pode contribuir para assegurar que a alta complexidade e os múltiplos interesses que caracterizam a saúde no Brasil sejam levados em conta.

Com base nessa análise preliminar, apresenta-se, a seguir, um conjunto de ensaios de aplicação da perspectiva ecossistêmica aos programas e/ou políticas consideradas transversais no SUS. Nesse caso, entende-se um ensaio como

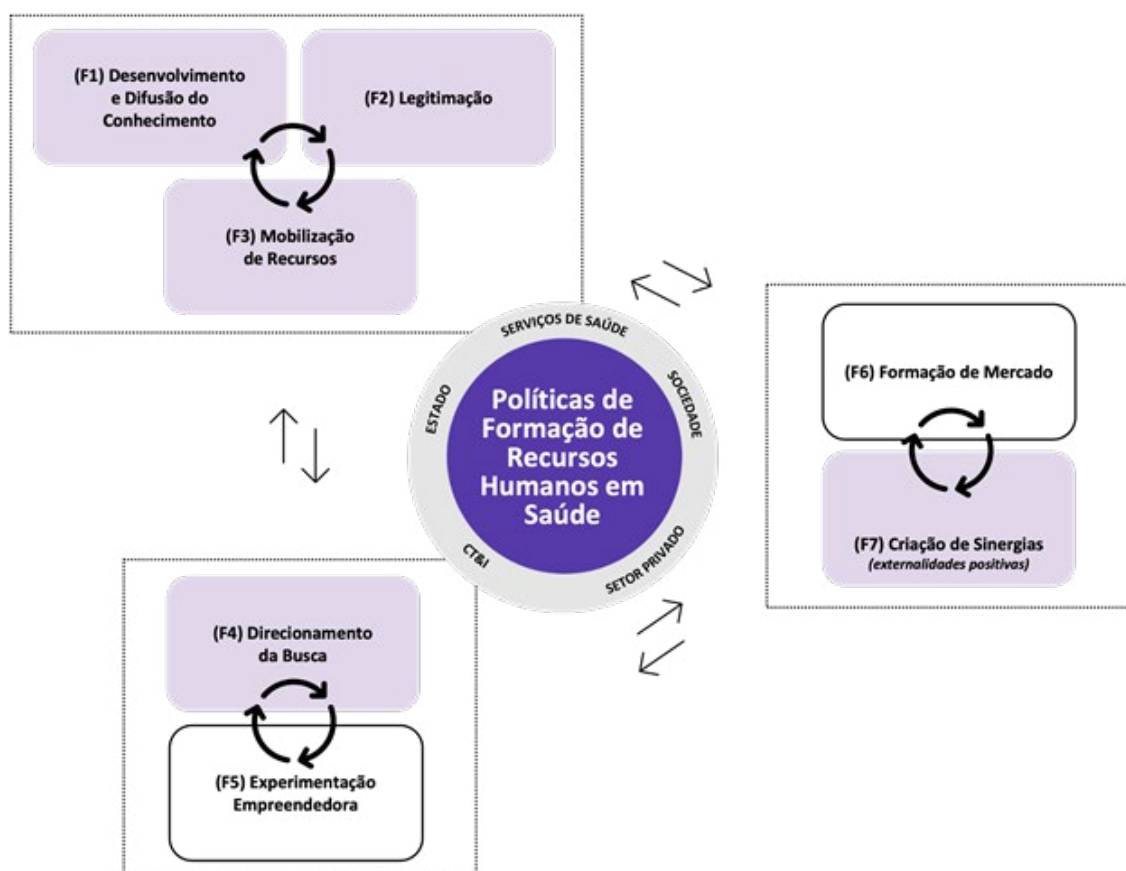
[...] um meio de análise e elucubrações em relação ao objeto, independentemente de sua natureza ou característica. A forma ensaística é a forma como são incubados novos conhecimentos, até mesmo científicos ou pré-científicos. Não é instrumento da identidade entre sujeito e objeto, mas é meio para apreender a realidade, por renúncia ao princípio da identidade. Assim, surge como tentativa permanente de resolver a questão central da filosofia moderna: a separação e tensão permanente entre sujeito e objeto na compreensão da realidade (Meneghetti, 2011, p. 323).

Nessa perspectiva de ensaio, os esforços de concepção de soluções apresentadas nesta e na próxima seção do estudo, não ignoram a necessidade de um aprofundamento futuro em torno dos elementos analíticos da economia da saúde que coloque esses vários referenciais de modelos de gestão ecossistêmica em diálogo com as abordagens teóricas da economia neoclássica e da economia política e seus desdobramentos para sistemas universais e sistemas de cobertura universal

em saúde. Além disso, observa-se a necessidade de realizar os ensaios a seguir, futuramente, de forma integrada com as áreas responsáveis por tais políticas e programas.

Para fins de ilustração do argumento desenvolvido nesta seção, realizaremos simulações de diferentes cenários de saúde no Brasil com a visão ecossistêmica. Seleccionaram-se, para esse fim, políticas de formação da força de trabalho em saúde, programas de provimento de profissionais de saúde no SUS e as Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo (PDP). Optou-se por essas frentes devido à complexidade de seus objetos e ao caráter transversal das suas temáticas em relação à política nacional de saúde. Para cada frente de saúde selecionada, esquematizou-se uma simulação de cenários sobre a implementação da política a partir da presença ou ausência de cada função ecossistêmica como ferramenta de apoio à decisão.

Figura 14 – Formação de recursos humanos na visão de gestão ecossistêmica de inovação em saúde



Fonte: elaboração própria (2024).

A Figura 14 apresenta a força de trabalho como um pilar estruturante dos sistemas de saúde, sendo que as políticas de formação podem ser analisadas à luz das funções e dinâmicas do sistema de inovação em saúde. A Figura mostra como as políticas de formação de recursos humanos em saúde ensejam um ecossistema com múltiplos atores mobilizados diante dos desafios da qualificação da força de trabalho, considerando as heterogeneidades dos territórios do Brasil.

O ambiente normativo que institucionaliza as políticas sugere a presença da Dinâmica de Legitimação e Criação do Conhecimento em Saúde visto que, em termos de Desenvolvimento e Difusão do Conhecimento (F1, Figura 13), as políticas se propõem a: promover a formação contínua e o desenvolvimento dos trabalhadores de saúde, difundindo conhecimento e tecnologias; promover a incorporação da aprendizagem ao cotidiano do trabalho, estimulando a troca constante de saberes entre a força de trabalho; e incentivar a atualização profissional baseada em evidências e melhores práticas em saúde.

No que diz respeito à Legitimação (F2, Figura 14), as políticas se legitimam por meio de fóruns interinstitucionais e intersetoriais, garantindo aceitação e adesão de diversos atores sociais e institucionais, envolvendo a participação de gestores das três esferas de governo e atores do controle social, promovendo a superação das desigualdades regionais na formação e no desenvolvimento em saúde. Em termos de Mobilização de Recursos (F3, Figura 14), as políticas tratam da alocação de recursos financeiros do orçamento de órgãos da Saúde para a implementação de projetos e ações de formação continuada, utilizam infraestruturas já existentes para otimizar recursos e oferecem apoio financeiro para iniciativas em saúde em diferentes territórios.

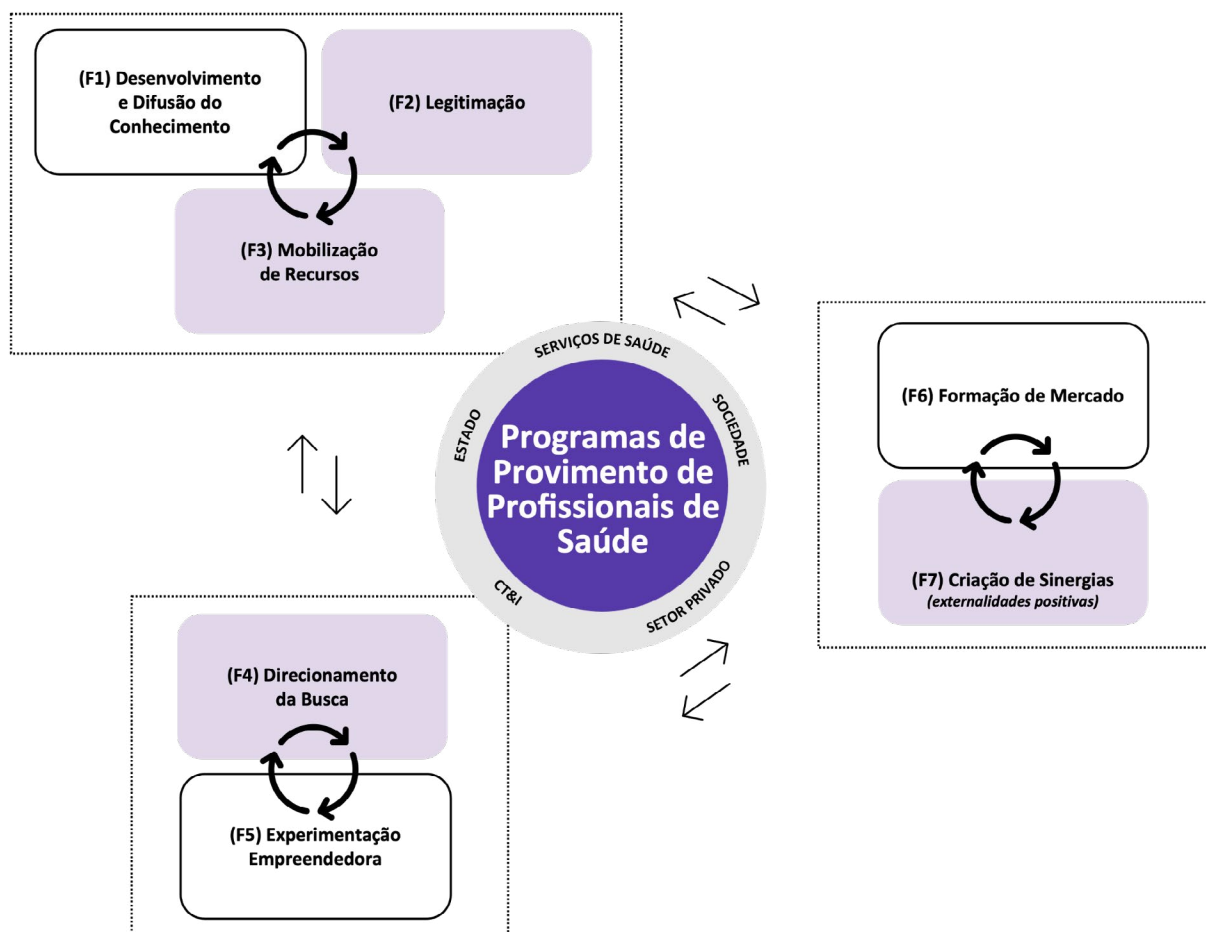
A Dinâmica de Direcionamento e Experimentação em Saúde é frágil, visto que apenas a função Direcionamento da Busca (F4, Figura 14) está presente em políticas de formação permanente no SUS. As políticas focalizam as necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde (orientando demandas específicas de qualificação), aproximam os processos formativos para o SUS das necessidades sociais e estabelecem diretrizes claras para a implementação da formação em saúde nos territórios. Entretanto, a Experimentação Empreendedora (F5, Figura 14) não é fortemente observada nas políticas, pois o foco principal é a capacitação e a qualificação dos profissionais de saúde, bem como a difusão de conhecimentos e tecnologias, mas não a criação de novos processos, métodos ou técnicas de trabalho como resultados de processos formativos ou de inovação.

As políticas de formação são vocacionadas para transformar novos conhecimentos em oportunidades e iniciativas de melhoria dos serviços públicos de saúde.

A fragilidade da Dinâmica de Mercado e Criação de Sinergias em Saúde é observada, pois apenas a função Criação de Sinergias (F7, Figura 14) é fortemente evidenciada. As políticas promovem cooperação entre instituições de saúde e de ensino, criando sinergias e fortalecendo a capacidade de gestão e formação. Além disso, as políticas de formação incentivam a integração dos serviços de saúde, da educação e da assistência social no cotidiano dos processos de trabalho e dos estabelecimentos do SUS, facilitando a troca de conhecimentos e práticas entre profissionais de saúde. Porém, a função Formação de Mercado (F6, Figura 14) não é fortemente observada nas políticas, pois, apesar de facilitar a criação de espaços para novas práticas e tecnologias educacionais no SUS, o foco principal não é criar mercados novos ou novos empreendimentos, isto é, não promove diretamente a competição de mercado entre tecnologias estabelecidas e emergentes. A ênfase da política está na melhoria do SUS em termos de gestão, governança e entrega de serviços à sociedade.

A Figura 15, a seguir, mostra a análise de programas de provimento de profissionais de saúde no SUS. A Figura mostra que tais políticas ou programas poderiam ensejar um ecossistema maduro com múltiplos atores mobilizados diante dos desafios do provimento e da fixação de recursos humanos na atenção primária, especialmente em territórios mais vulneráveis.

Figura 15 – Políticas/Programas de provimento na visão gestão ecossistêmica de inovação em saúde



Fonte: elaboração própria (2024).

Em termos de Desenvolvimento e Difusão do Conhecimento (F1, Figura 15), os programas enfatizam a formação prática de profissionais de saúde, sem grande investimento em pesquisa e desenvolvimento de novas tecnologias. Facilita a troca de práticas existentes, mas não promove significativamente novos conhecimentos ou tecnologias no trabalho. A formação contínua parece ser baseada em práticas estabelecidas, não em inovação. O programa promove conhecimento adaptado às necessidades práticas do SUS a partir da interação com profissionais providos de outros territórios e realidades culturais, sociais e econômicas, introduzindo novas perspectivas de atuação profissional e entrega de serviços de saúde à sociedade.

No que diz respeito à Legitimação (F2, Figura 15), os programas, por meio das referidas legislações, buscam promover a equidade no acesso a serviços médicos, ganhando legitimidade social. Habitualmente formalizados e apoiados por leis e decretos, sua aceitação institucional é reforçada e o aumento da aceitação pública

do SUS, ao suprir a falta de profissionais em regiões carentes, é evidenciada. A estrutura dos programas reforça a confiança pública. A melhoria nos serviços de saúde em áreas carentes legitima os programas aos olhos da população.

Em termos de Mobilização de Recursos (F3, Figura 15), os programas direcionam recursos significativos para a contratação de profissionais de saúde e a melhoria da infraestrutura de saúde nos territórios. Ao mobilizar profissionais de saúde brasileiros e estrangeiros para atender áreas necessitadas, os programas alocam recursos humanos e financeiros de forma eficiente, maximizando seu impacto na saúde da população. Por fim, os programas incentivam parcerias com universidades e instituições de saúde para otimizar recursos e esforços de formação, provimento e fixação de profissionais de saúde na atenção primária de regiões mais vulneráveis.

A Dinâmica de Direcionamento e Experimentação em Saúde parece ser frágil, visto que apenas a função Direcionamento da Busca (F4, Figura 15) está presente nos programas, pois estes apresentam objetivos específicos para a alocação de profissionais de saúde em regiões prioritárias, bem como orientam a formação para atender às demandas do sistema de saúde. Os programas utilizam indicadores de desempenho para ajustar e direcionar ações e esforços para as regiões com maior déficit de profissionais de saúde. Entretanto, a Experimentação Empreendedora (F5, Figura 15) não é fortemente observada, pois, apesar de os programas introduzirem novas práticas na atenção básica e fomentarem o intercâmbio para aperfeiçoamento dos profissionais de saúde, percebe-se que experimentações e processos de inovação deixam de ser considerados objetivos explícitos dos programas.

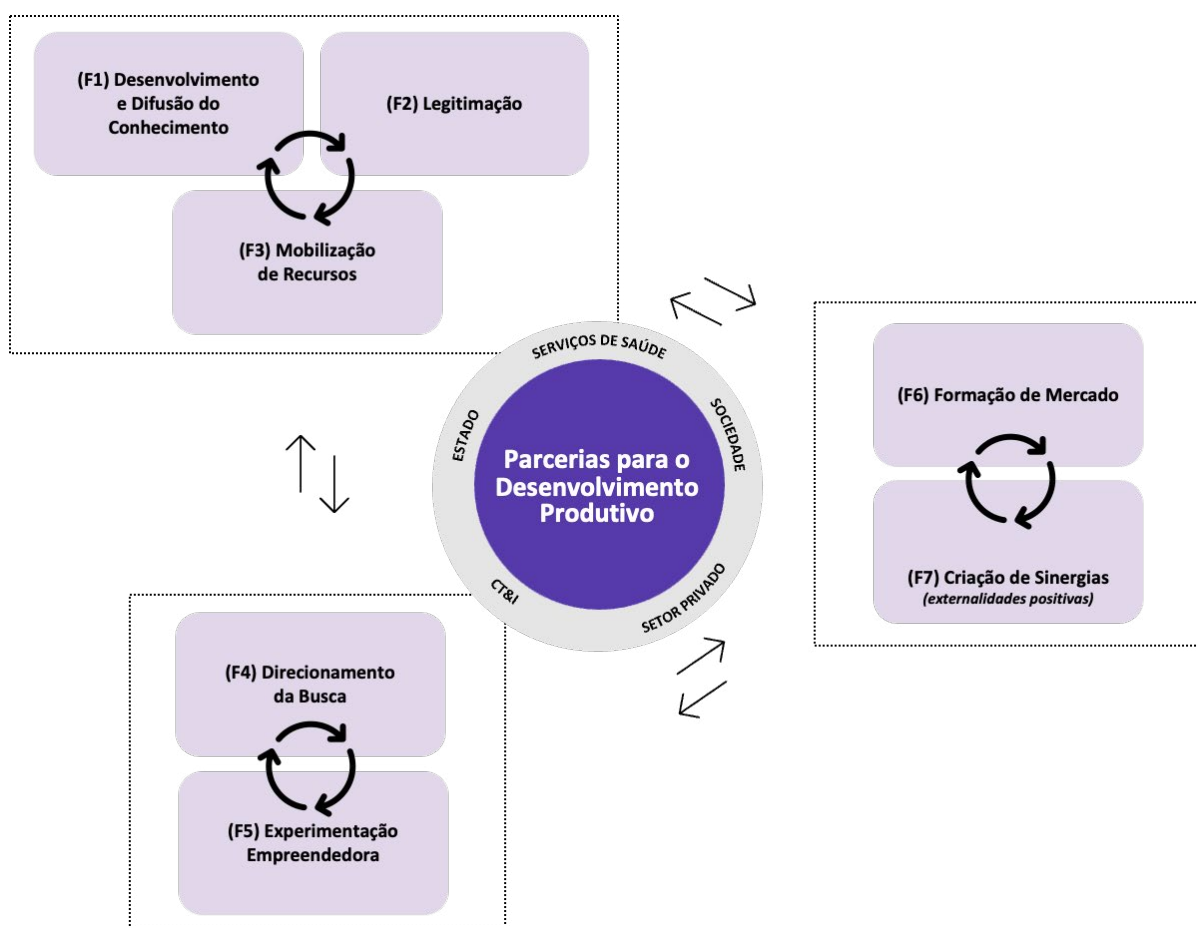
A função Formação de Mercado (F6, Figura 15) não é fortemente observada nos programas de provimento, pois facilitaram a criação de novos cursos em regiões prioritárias, mas isso não foi suficiente para formar um novo mercado competitivo capaz de mitigar a escassez e fortalecer a fixação de profissionais de saúde em áreas remotas e de maior vulnerabilidade. A alocação e o pagamento dos profissionais são controlados pelos governos, limitando a competição de mercado e a criação de novos empreendimentos privados no setor de saúde. Além disso, a dependência de financiamento público para a continuidade dos programas restringe a criação de um mercado autossustentável.

A função Criação de Sinergias (F7, Figura 15) é evidenciada nos programas de provimento de profissionais de saúde, pois se percebe a integração entre instituições de ensino superior e governos federal, estaduais e municipais, fortalecendo a cooperação interinstitucional. Além disso, tais programas criam sinergias entre

ensino, pesquisa e prática profissional, bem como reforçam a articulação com instituições de ensino e sistemas de saúde para garantir a formação contínua e o acompanhamento dos profissionais de saúde.

As políticas e os programas exemplificados anteriormente reforçam, na visão ecossistêmica, a necessidade de integração e orquestração de políticas públicas de saúde para que o Estado e as administrações públicas possam assegurar o direito à saúde em todas as suas formas de oferta. Um exemplo de orquestração ecossistêmica são as Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo (PDP) capitaneadas pela Secretaria de Ciência e Tecnologia, Inovação e Complexo da Saúde (SECTICS) do Ministério da Saúde. A Figura 16, a seguir, mostra a análise das PDP feita a partir da Portaria nº 4.472/GM/MS, de 20 de junho de 2024.

Figura 16 – PDP na visão gestão ecossistêmica de inovação em saúde



Fonte: elaboração própria (2024).

A Figura 16 sugere que, conforme a referida Portaria, as PDP ensejam um ecossistema maduro com múltiplos atores mobilizados diante dos desafios da transferência e absorção de tecnologias, da capacitação produtiva e tecnológica do país, visando à produção local de tecnologias e produtos estratégicos para atendimento às demandas do SUS. A Dinâmica de Legitimação e Criação do Conhecimento em Saúde está presente e revela-se intensiva.

Em termos de Desenvolvimento e Difusão do Conhecimento (F1, Figura 16), a análise das PDP sugere que as parcerias promovem a transferência de tecnologia entre instituições públicas e privadas, facilitando a disseminação de conhecimento e a melhoria da capacitação técnica e das competências dos profissionais envolvidos. Além disso, estimulam parcerias entre instituições de pesquisa e empresas, ampliando a base de conhecimento, a pesquisa e o desenvolvimento de novos produtos de saúde. Tais parcerias promovem a disseminação de conhecimentos técnicos e científicos por meio de redes colaborativas.

No que diz respeito à Legitimação (F2, Figura 16), as PDP são sustentadas por políticas públicas que envolvem diferentes setores (público, privado e academia), aumentando a aceitação e a legitimidade de suas ações e os instrumentos formais. Operam de maneira transparente, o que aumenta a confiança dos *stakeholders*. As PDP promovem a produção local, com vista a reduzir a dependência de produtos importados e a aumentar a confiança na capacidade nacional. Assim, os produtos desenvolvidos são utilizados no SUS, demonstrando resultados tangíveis e eficazes na melhoria da capacidade produtiva das indústrias locais.

Em termos de Mobilização de Recursos (F3, Figura 16), as PDP direcionam recursos financeiros significativos para projetos de desenvolvimento produtivo, mobilizando especialistas e profissionais qualificados para atuar nos projetos. Utilizam e melhoram a infraestrutura existente para pesquisa e desenvolvimento, facilitando a cooperação entre setores público e privado, e a otimização de recursos a ser alocados. Por fim, as PDP garantem financiamento contínuo para o desenvolvimento e a criação de novos produtos e tecnologias para o SUS.

A Dinâmica de Direcionamento e Experimentação em Saúde está presente e é intensiva. No que se refere ao Direcionamento da Busca, as PDP focam no desenvolvimento de produtos que atendem às necessidades prioritárias de saúde do Brasil, definindo objetivos e diretrizes claros para os projetos de desenvolvimento produtivo. Buscam assegurar o alinhamento dos projetos com as políticas de saúde nacionais, promovendo inovações potenciais. Além disso, as PDP se utilizam de sistemas de monitoramento, controle e avaliação para garantir que os

objetivos estratégicos sejam alcançados. Na Experimentação Empreendedora (F5, Figura 15), as PDP permitem a criação e o teste de novos modelos de negócio no setor de saúde, oferecendo um ambiente regulatório flexível e seguro para a experimentação e o desenvolvimento de novas tecnologias. Elas diminuem os riscos para empresas ao compartilhar recursos e conhecimento com parceiros públicos, ao mesmo tempo que apoiam *startups* e empresas inovadoras no setor de saúde.

A Dinâmica de Mercado e Criação de Sinergias em Saúde nas PDP é fortemente observada, pois a função Formação de Mercado (F6, Figura 16) mostra que as parcerias estimulam a demanda por novos produtos de saúde ao integrá-los ao SUS, contribuindo para o aumento da competitividade do mercado nacional e para a criação de espaços protegidos para o desenvolvimento e a entrada de novas tecnologias no mercado. Além disso, as PDP promovem a sustentabilidade do mercado ao garantir compras públicas dos produtos desenvolvidos. Incentivam a diversificação de produtos e serviços disponíveis no mercado de saúde.

Na função Criação de Sinergias (F7, Figura 16), as PDP promovem a cooperação entre instituições de pesquisa, empresas e governo, criando redes de inovação que facilitam a troca de conhecimento e recursos entre os atores. Ao integrarem atividades de pesquisa, desenvolvimento e produção, as PDP fortalecem as cadeias produtivas locais, aumentando a capacidade de produção nacional de tecnologias em saúde. Por fim, distribuem os riscos e benefícios do desenvolvimento de novos produtos entre os parceiros.

Os exemplos de políticas/programas apresentados anteriormente sugerem, portanto, a necessidade de se buscar estratégias de gestão e de governança que visem a integrar e orquestrar todas as funções essenciais de ecossistemas, evitando desbalanceamentos e quebras de interdependências. Vale observar que as análises propostas neste primeiro ensaio analítico estão respaldadas em documentos de políticas e programas que refletem mais as estruturas que oportunizam as dinâmicas do que as dinâmicas em si. A complementação dessas análises poderá, no futuro, e naturalmente, ser feita mediante a aplicação dos modelos de análise da gestão de ecossistemas propostos, com a inclusão dos processos e dinâmicas de implementação dessas políticas nos diversos contextos sociais, políticos, econômicos e culturais do Brasil.

Retomando o compromisso de pensar a Política Nacional de Economia da Saúde, também em um contexto de crise, podemos nos referir à pandemia de covid-19 como um contexto singular, complexo e desafiador que exigiu olhares sobre e para além dos sistemas existentes. Ou seja, a pandemia representa, até hoje, uma

oportunidade para se pensar a análise de sistemas e de ecossistemas de saúde e de inovação em saúde, que inclui uma Política Nacional de Economia da Saúde.

Nesse sentido, tomando-se em conta que é possível encontrar tanto os riscos quanto os benefícios em contextos de crise, admite-se que nela existem elementos para reformular ou reformar um ecossistema a partir da realidade concreta dos problemas sociais. Enxerga-se que

O caráter sistêmico da crise que atravessamos é, portanto, formado por essa dupla excesso/mal-estar. As estratégias positivas de transformação devem então resolver a questão da articulação entre a “simplicidade”, como aceitação dos limites, e o “melhor-estar” dando forte ênfase à palavra “estar” em “melhor-estar”. Visto que, muitas vezes, aqueles chamados estados de “bem-estar” eram na realidade estados de “muito ter”. Essa relação entre “simplicidade” e “arte de viver” no sentido mais forte da expressão, o de “saber viver”, é uma questão plenamente política (Morin; Vivert, 2013, p. 40).

Diante de uma crise, são atuais e ainda válidos os questionamentos “Como viver em tempo de crise?” e “O que faremos com a nossa vida?”, dos pensadores Edgar Morin e Patrick Vivert (2013). Nessa compreensão, encontram-se os desafios e as superações, potenciais de aprendizado para a transformação social e oportunidades de revelação de algo novo e inovador. De acordo com Morin (2021, p. 21), a covid-19 representou uma “mega crise”, por haver combinado impactos políticos, econômicos, sociais e ecológicos, em níveis nacionais e planetário, que “se sustentam mutuamente com componentes, interações e indeterminações múltiplas e interligadas, ou seja, complexas, no sentido original da palavra *complexus*, “o que é tecido junto”.

Inúmeros foram os registros de aprendizagens “tecidos juntos”, oriundos da experiência mundial com a covid-19, em diferentes países, de diferentes continentes, cancelados ora por governos nacionais, ora por organismos internacionais. No *Relatório Especial 2023*, sobre os 25 anos de desenvolvimento humano no Brasil, do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), por exemplo, as lições recentes aprendidas com o surto indicam que crises em países e regiões com níveis de desenvolvimento desiguais tendem a ser ainda mais severas. Segundo o documento, cuja elaboração teve início em 2021, ou seja, durante os desafios impostos pela crise sistêmica da covid-19 no Brasil e no mundo, pode-se inferir que a crise da covid-19 vai além de uma emergência de saúde global, sendo uma

“crise sistêmica de desenvolvimento humano”, que impactou profundamente o Brasil, um país com grandes desigualdades e vulnerabilidades significativas (PNUD, 2024, p. 70).

No caso do Brasil, em relação às ações de combate à covid-19, o Relatório destaca que as transferências de recursos na economia dos Estados, por meio dos programas federais, não foram suficientes, sendo necessário “desenhar e adotar políticas articuladas, que levassem, explicitamente, em consideração as fragilidades e os arranjos locais” (PNUD, 2024, p. 71). Vale frisar que experiências e modelos existentes reconhecem, em comum, um contexto de crise ou crises em nível mundial e, decorrente dessa(s) crise(s), há o imperativo de abordagens de governança que integrem sistemas em uma perspectiva ecossistêmica, tendo na cooperação e na colaboração elementos centrais.

Nessa linha, o próprio Relatório apresenta a experiência do Consórcio Nordeste, instrumento de governança pública composto por governadores e governadoras, cuja coordenação de esforços definiu um modelo de atuação formado por diferentes instrumentos e instâncias de coordenação. Como destacado pelo PNUD (2024, p. 71), esse modelo ecossistêmico é um “esforço colaborativo” que “proporcionou o fortalecimento e a articulação regional de forma a somar possibilidades de governança compartilhada, capazes de produzir inúmeras inovações – melhorando as capacidades e capacitações dos estados”. Desse contexto, destaca-se uma experiência no Nordeste brasileiro, especificamente no estado do Rio Grande do Norte (RN). Essa iniciativa é fruto da cooperação entre o Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde (LAIS) da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) e a Secretaria de Saúde Pública do Estado e a Governadoria do RN. Observa-se, assim, a aplicação de um modelo de gestão ecossistêmica na abordagem da crise da covid-19 no estado.

De acordo com Valentim *et al.* (2021), a experiência trata de um modelo de ecossistema tecnológico que foi customizado e guiado por protocolos de integração e interoperabilidade, totalmente desenvolvido em consonância com diferentes políticas de saúde do SUS, com o objetivo maior de beneficiar toda a sociedade (usuários, profissionais, gestores, prestadores de serviços de saúde, instituições de ensino e pesquisa e a sociedade civil organizada).

Observa-se que o modelo aplicado no RN tem características de (i) ecossistema tecnológico, evidenciado no desenvolvimento de sistemas alinhados à política de Informação e Informática em Saúde do Ministério da Saúde; (ii) ecossistema econômico, por haver disponibilizado capacidades que atuaram na eficiência

e efetividade do sistema de saúde do estado; e (iii) de ecossistema cognitivo-comportamental, pelo alinhamento de valores, interesses, crenças e condutas que garantiram a funcionalidade ecossistêmica. Esses três elementos revelam-se, por meio dessa experiência, fundamentais para a resiliência e a sustentabilidade de um ecossistema.

A pandemia de covid-19 transformou-se, portanto, em um laboratório vivo de aprendizado e inovação com perspectiva ecossistêmica. Foi lá que o uso do modelo de gestão ecossistêmica se tornou essencial. As evidências mostram que a resiliência e a sustentabilidade de um ecossistema dependem da cooperação entre tecnologia, economia e elementos cognitivo-comportamentais. Essas experiências não só ajudam na superação da crise atual como também fornecem um modelo replicável e adaptável para futuras situações de emergência. Isso mostra que, mesmo em situações difíceis, é possível transformar e fortalecer a sociedade e os sistemas de saúde como um todo.

2.3 Diagnóstico do problema pela perspectiva histórico-institucional

Uma terceira perspectiva de análise complementar dos problemas da economia da saúde no Brasil foi relativa à dimensão histórico-institucional da área até os dias atuais (ano de referência 2024), iniciando na Constituição de 1988 e passando pela criação do DESID em 2003. A identificação de fontes de dados e informações relevantes sobre a área de economia da saúde no Ministério da Saúde foi crucial para rastrear e analisar os caminhos estratégicos adotados nos processos decisórios referentes à implementação da agenda do DESID, além de vislumbrar o seu alcance e as interconexões com outras políticas da saúde e de outros setores do desenvolvimento nacional. O recorte temporal foi definido a partir da data do documento mais antigo, a Constituição Federal do Brasil (1988)¹, até o ano do último documento, depositado na Biblioteca Virtual em Saúde - Economia da Saúde (BVS/REDE ECOS), em 2024.

Realizou-se esse processo em três etapas: i) levantamento e catalogação de documentos; ii) análise documental; iii) análise de conteúdo e construção

¹O Art. 37 da Constituição Federal do Brasil de 1988 oferece os fundamentos para o que eventualmente veio a se constituir como o Banco de Preços em Saúde (BPS), um dos pilares de atuação do DESID e uma das ferramentas do próprio Departamento.

de eixos temáticos; iv) comparação e correlação das análises com o referencial de economia da saúde de Williams (1987). Os resultados dos momentos analíticos serão apresentados na seção correspondente da próxima parte deste documento: análises.

Primeiramente, levantaram-se documentos referentes à área de economia saúde disponíveis no âmbito do DESID/SECTICS/MS e na Biblioteca Virtual em Saúde - Economia da Saúde (BVS/REDE ECOS). Com base nesse levantamento, devidamente registrado por meio de um repositório *online*, elaborou-se uma catalogação dos documentos selecionados (Apêndice), com criação de banco de dados contendo os seguintes campos de organização dos conteúdos: gênero documental, catalogação, tipologia documental, ano de publicação, título do documento, descrição de cada documento, resenha crítica de cada documento, pessoa responsável pela identificação e localização do documento, *link* do documento disponível online, número de páginas.

A análise desses documentos foi realizada em três momentos: (1) análise documental; (2) análise de conteúdo e construção de identificação de eixos temáticos; e (3) comparação e correlação com o referencial de economia da saúde de Williams (1987). O *corpus* analisado consistiu em 126 produções, com um total de 8.583 páginas, distribuídas entre documentos oficiais e publicações do Departamento de Economia da Saúde (DESID/SECTICS/MS), indexadas na Biblioteca Virtual de Economia da Saúde, vinculada à Biblioteca Virtual de Saúde Brasil e ao Portal Nacional de Informação em Economia da Saúde.

Para a análise dos dados, foi utilizada a técnica da análise de conteúdo, que consiste em “um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando obter, por procedimentos objetivos e sistemáticos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) dessas mensagens (Bardin, 2016, p. 48).

Os documentos foram examinados a partir do referencial de Williams (1987), que elenca oito dimensões relacionadas à economia da saúde. São elas: A - what influences health? (other than health care); B - what is health? what is its value?; C - demand for health care; D - supply of health care; E - micro-economic evaluation at treatment level; F - market equilibrium; G - evaluation at whole system level; e H - planning, budgeting, & monitoring mechanisms (Williams, 1987).

Quando utilizadas na análise da economia da saúde, essas dimensões podem fornecer um *framework* abrangente para análise e comparação de diferentes aspectos dos sistemas de saúde. Destaca-se também que essas dimensões são capazes de fornecer um quadro extenso para a análise dos documentos e a avaliação das políticas de saúde no contexto brasileiro. Esses resultados estão compilados em repositório disponível online para uso restrito do DESID/SECTICS/MS e LAIS/UFRN (Apêndice).

A identificação de fontes de dados sobre a área de economia da saúde foi fundamental para analisar os processos decisórios da agenda do DESID e suas conexões com outras políticas, abrangendo o período de 1988 a 2024. A análise documental consiste em um método sistemático para revisar ou avaliar documentos, tanto impressos quanto eletrônicos, que detalham os procedimentos e as técnicas para a análise de conteúdo (Bowen, 2009; Cellard, 2008).

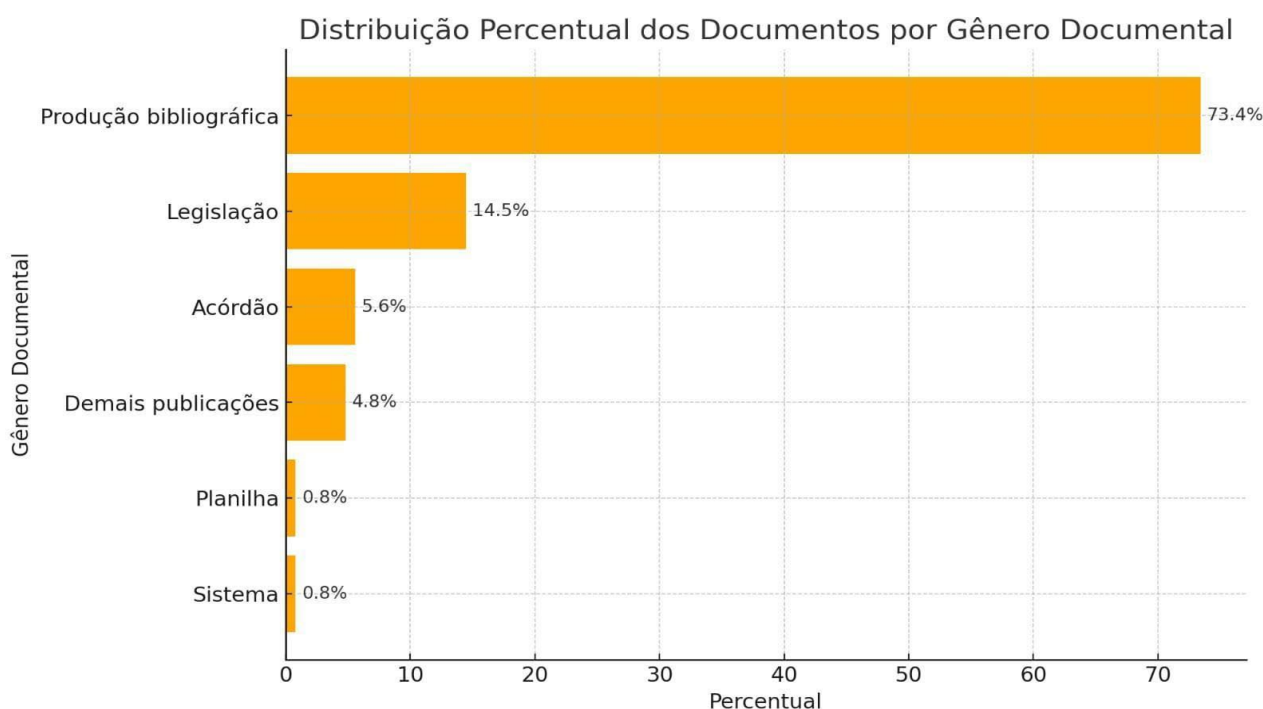
O trabalho foi dividido em quatro etapas: levantamento e catalogação de 126 documentos, análise documental, construção de eixos temáticos e correlação com o referencial de economia da saúde de Williams (1987). Os documentos foram sistematicamente classificados e catalogados, abrangendo diversos gêneros como legislação e publicações do Departamento de Economia da Saúde. A análise se concentrou na incorporação gradual de princípios da economia da saúde no Sistema Único de Saúde (SUS). As dimensões propostas por Williams proporcionaram um *framework* para a avaliação das políticas de saúde no Brasil, cujos resultados estão disponíveis em um repositório online restrito.

2.3.1 Análise documental (1988–2024)

O recorte temporal 1988–2024 proporciona um panorama histórico, antes mesmo da criação do Departamento de Economia da Saúde, em 2003, mostrando os fundamentos que alicerçaram a sua estruturação e ressaltando as diretrizes primordiais para a área de economia da saúde no SUS.

Após a identificação dos documentos, foi feita uma catalogação por gênero documental e tipo de documento, além da criação de um glossário com códigos e títulos de identificação. Os 126 documentos foram inseridos num repositório digital, com essa classificação e catalogação. Nesse universo documental, foram elencados seis gêneros, quais sejam: acórdão, legislação, planilha, sistema, produção bibliográfica, demais Publicações. A Figura 17 apresenta a distribuição percentual dos documentos por gênero documental.

Figura 17 – Distribuição Percentual dos Documentos por Gênero Documental

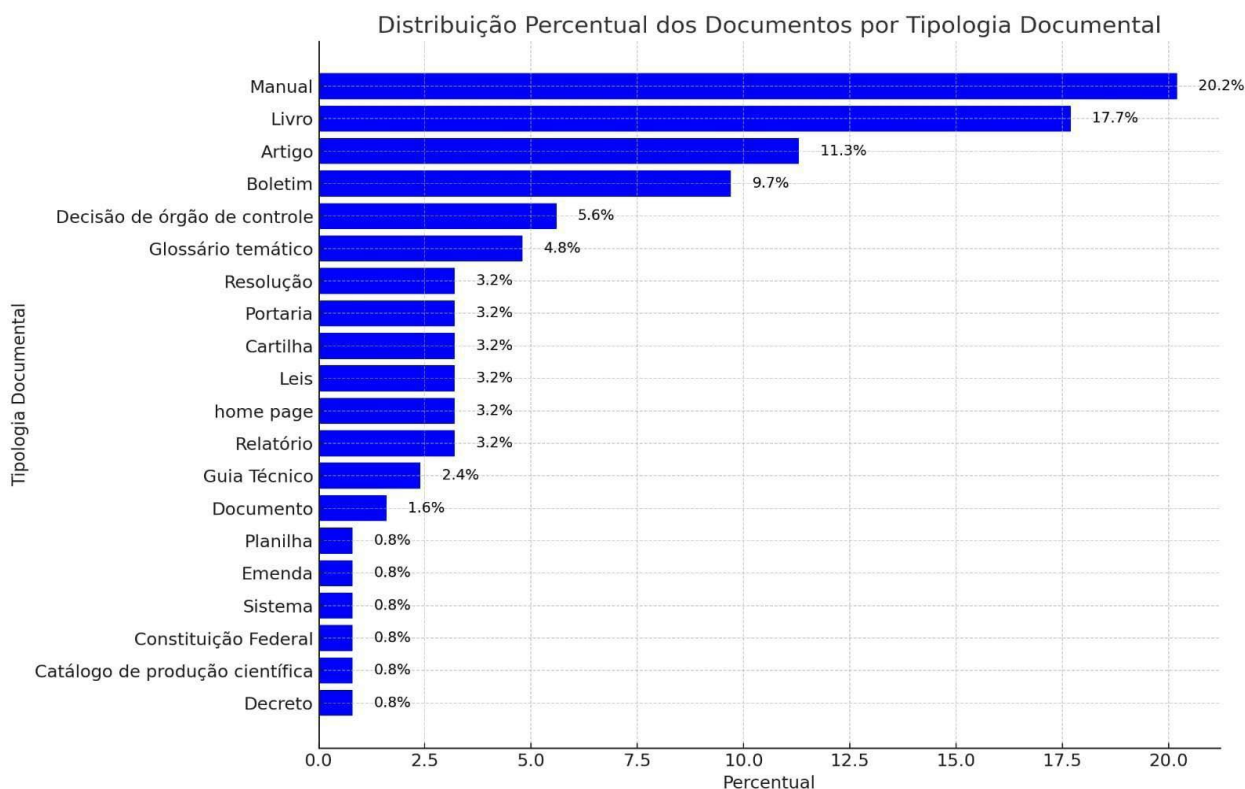


Fonte: elaboração própria (2025).

Observa-se o gênero produção bibliográfica como responsável por ocupar 73,4% do universo de documentos; seguido de legislação, com 14,5%; e acórdão, com 5,6%. O sistema, com 0,8%, é relativo ao Banco de Preços em Saúde; e a planilha, também com 0,8%, trata de documento que contém a padronização de preços de medicamentos e insumos de saúde para fins de regulação de preços justos e acessíveis.

Vale lembrar, conforme apontado anteriormente, que a produção bibliográfica, maior gênero documental, é composto por documentos do tipo livros, manuais, boletins, relatórios, cartilhas, catálogo de produção científica, glossários temáticos, nota técnica e guias técnicos. O gênero legislação contempla a Constituição Federal, decretos, emendas, leis, portarias e resoluções; já o acórdão representa as decisões de órgãos de controle. A Figura 18 apresenta a distribuição percentual do universo de documentos por tipologia.

Figura 18 – Distribuição Percentual dos Documentos por Tipologia Documental



Fonte: elaboração própria (2025).

A distribuição documental por tipo evidencia que a produção bibliográfica do DESID orbita em torno da sustentação do Banco de Preços em saúde (BPS), Catálogo de Materiais do Governo Federal (CATMAT) e Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS). Por exemplo, a tipologia Manual (20,2%), maior percentual da Figura 17, incorpora documentos de produção bibliográfica voltados a orientar os gestores e trabalhadores para o uso de instrumentos, sistemas, ferramentas, entre outros, principalmente para orientações sobre o uso do BPS, do CATMAT e do SIOPS. Os demais tipos de documentos, em sua maioria, seguem a mesma linha.

A análise documental teve como propósito analisar a evolução e a aplicação dos princípios da economia da saúde nas políticas públicas vinculadas à gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). Ela criou uma base sistemática e catalogada para fundamentar outras análises relacionadas ao tempo de criação do DESID e à sua trajetória no Ministério da Saúde. O aspecto histórico-documental demonstra o rigor científico dessa área do conhecimento, em determinado período. Para qualificar esse aspecto, podem-se utilizar outras análises, por exemplo, a análise de

conteúdo, que será abordada nesse processo, para refinar os gêneros e respectivos tipos documentais, em eixos temáticos, que foram produzidos pelo departamento ao longo de 20 anos.

Por fim, destaca-se que a análise por gênero e tipo de documento permitiu identificar o foco de atuação do DESID, ao longo de sua história, no BPS, no CATMAT e no SIOPS, bem como ampliar sua atuação no delineamento da área da economia da saúde, relativamente nova, para atuação em pesquisas e no desenvolvimento de legislações sobre controle de gastos e controle de preço, bem como criar outros mecanismos e instrumentos voltados para a construção de políticas públicas na área da economia da saúde a fim de promover a transparência, a responsabilidade fiscal e o controle de despesas.

2.3.2 Análise de conteúdo e eixos temáticos

Para a análise de conteúdo, foi necessário integrar outros processos a fim de criar eixos temáticos em novo agrupamento dos documentos em função deles. O instrumento da resenha crítica, que pode ser observado no Apêndice 1, foi utilizado para uma descrição minuciosa, ressaltando os detalhes e a importância do documento para a área de economia da saúde. Esse detalhamento crítico proporcionou uma cosmovisão e um panorama histórico qualificado, com os pormenores aspectos e fatos da atuação do DESID.

Como apresentado no método desta análise *ex ante*, segundo Bardin (2016), os procedimentos sistemáticos e objetivos a partir dos documentos resultaram na criação dos Eixos Temáticos, mais frequentes e qualificados dentro dos respectivos gêneros e tipos documentais. A Figura 18 apresenta o agrupamento dos documentos tanto em gênero e tipo documental quanto nos eixos temáticos ou categorias analíticas, conforme Bardin.

Figura 19 - Análise de Conteúdo e Eixos Temáticos

Análise de Conteúdo - Eixos temáticos		
Acórdão	Decisão de órgão de controle	1. Racionalização do uso de medicamentos 2. Promoção da economicidade 3. Transparência e responsabilidade 4. Melhoria da qualidade da assistência farmacêutica 5. Eficiência na gestão dos medicamentos
Legislação	Constituição Federal / Decreto / Emenda / Leis / Portaria / Resolução	1. Promoção da transparência 2. Controle de preços 3. Eficiência na gestão dos recursos 4. Equidade no acesso à saúde 5. Sustentabilidade do SUS
Planilha	Planilha	Registro de compras de insumos de saúde
Sistema	Sistema	Registro e a consulta de informações de compras de medicamentos e produtos para a saúde
Produção bibliográfica	Artigo	1. Sustentabilidade e Eficiência do Sistema de Saúde 2. Inovação e Tecnologia na Gestão da Saúde 3. Modelos de Gestão no SUS e na Saúde Suplementar 4. Economia da Saúde e Gastos Públicos 5. Políticas de Saúde Pós-Pandemia 6. Saúde Baseada em Valor e Modelos Alternativos de Financiamento
	Boletim	1. Gestão e Monitoramento de Recursos Públicos em Saúde 2. Ferramentas para Transparência e Eficiência nas Aquisições de Saúde 3. Capacitação e Suporte Técnico em Economia da Saúde 4. Análise de Dados e Indicadores de Desempenho na Saúde Pública 5. Impacto Regional nas Políticas de Saúde e Aquisição de Materiais
	Cartilha	1. SIOPS 2. Lei complementar nº 141/2012 3. Gestão dos recursos públicos em saúde 4. Transparência e monitoramento dos gastos
	Catálogo de produção científica	Evolução e Mapeamento da Produção Científica em Economia da Saúde no Brasil (2004-2012)
	Glossário temático	1. Conceitos Fundamentais de Economia da Saúde 2. Financiamento e Gastos em Saúde 3. Avaliação Econômica de Tecnologias em Saúde 4. Gestão e Planejamento de Serviços de Saúde 5. Políticas de Saúde e Regulação 6. Indicadores de Saúde e Economia 7. Mercado de Saúde e Comportamento dos Agentes 8. Sistemas de Informação em Saúde
	Guia Técnico	1. Fortalecimento da gestão do SUS 2. Uso de ferramentas e metodologias da economia da saúde 3. Disseminação do conhecimento
	Livro	1. Financiamento e Gestão de Recursos no SUS 2. Avaliação de Tecnologias e Custos na Saúde 3. Desigualdades Regionais e Eficiência na Distribuição de Recursos 4. Sustentabilidade e Eficiência na Gestão de Saúde Pública 5. Transparência e Monitoramento no Uso de Recursos Públicos 6. Economia da Saúde: Princípios e Conceitos 7. Capacitação e Suporte Técnico para Gestores do SUS
	Manual	1. Gestão de Custos e Tomada de Decisões 2. Padronização e Catalogação de Materiais e Medicamentos 3. Análise de Preços e Planejamento de Compras Públicas 4. Transparência e Fiscalização nos Gastos Públicos 5. Capacitação e Orientação para Gestores
	Relatório	1. Financiamento da saúde 2. Acesso aos serviços de saúde e cobertura populacional 3. Gestão e avaliação em saúde 4. Cooperação internacional e transferência de conhecimento

Fonte: elaboração própria (2025).

Retomando a análise documental, na qual a produção bibliográfica representa o maior percentual de documentos, podem-se destacar, nos vários eixos temáticos, cinco grandes categorias analíticas, a saber: a) financiamento e sustentabilidade do sistema de saúde; b) gestão transparência e monitoramento; c) avaliação econômica e tecnológica em saúde; d) capacitação e disseminação do conteúdo; e) modelo de gestão de políticas públicas.

Pode-se afirmar que essas categorias representam a estruturação do DESID, como a área da Economia da Saúde no Ministério da Saúde. Entretanto, **observa-se uma lacuna em relação à dinâmica necessária para um sistema funcionar e se relacionar com unidades internas e externas a ele.** Essa dinâmica poderia ser induzida a partir do uso de algumas categorias analíticas por meio dos documentos oficiais desse departamento, mas que estão ausentes e pouco articuladas até o momento desta pesquisa.

2.3.3 Análise comparativa com referencial de Williams (1987)

A economia da saúde pode ser representada esquematicamente por disciplinas que visam a contribuir para a compreensão do cuidado em saúde (Williams, 1897). Os elementos propostos pelo autor são: (A) determinantes da Saúde; (B) valor da Saúde; (C) demandas por cuidados de Saúde; (D) oferta de cuidados de Saúde; (E) avaliação microeconômica no nível do tratamento; (F) equilíbrio de mercado; (G) avaliação de sistemas de Saúde; e (H) mecanismos de planejamento, orçamento e monitoramento da Saúde. O Quadro 1 apresenta os elementos, as suas definições constitutivas e os respectivos descritores.

Quadro 1 - Definição e descritores dos Elementos de Williams (1987)

Elementos	Definição Constitutiva	Descritores
Determinantes da Saúde	Fatores que afetam a saúde da população além do sistema de saúde, incluindo determinantes sociais, econômicos e ambientais	Riscos ocupacionais, padrões de consumo, educação, renda
Valor da Saúde	Significado da saúde, como é percebida e quais são suas implicações econômicas, sociais e individuais	Percepção de saúde, status de saúde, valor da vida, utilidade da saúde

Demandas por cuidados de Saúde	Acesso e utilização dos serviços de saúde por indivíduos e grupos, considerando fatores econômicos e comportamentais	Influências sobre a saúde, comportamento de autocuidado, barreiras de acesso
Oferta de cuidados de Saúde	Fornecimento dos serviços de saúde, incluindo estruturas institucionais, profissionais e incentivos	Custos de produção, técnicas de produção alternativa, substituição de insumos, oferta de insumos, métodos de remuneração e incentivos
Avaliação microeconômica no nível do tratamento	Análise econômica de intervenções específicas em saúde para avaliar custo-efetividade e impactos sobre a alocação de recursos	custo-efetividade, custo-benefício da oferta de cuidados de saúde
Equilíbrio de mercado	Estudo do funcionamento dos mercados de saúde, incluindo competição, falhas de mercado e impacto das políticas públicas	Preço da moeda, concorrência, monopólio
Avaliação dos sistemas de Saúde	Avaliação do desempenho de sistemas de saúde como um todo, considerando eficiência, equidade e acessibilidade	Eficiência, equidade, acesso, financiamento, desempenho
Mecanismos de planejamento, orçamento e monitoramento da Saúde	Mecanismos de alocação de recursos, planejamento estratégico e monitoramento de sistemas de saúde	Orçamento público, alocação de recursos, regulação

Fonte: elaboração própria com base em Williams (1987).

A trajetória da atuação do DESID, em termos histórico-documentais, foi analisada de modo comparativo com os elementos da economia da saúde propostos no trabalho seminal de Williams (1987). Para isso, comparou-se o conteúdo dos documentos produzidos pelo Departamento, ou com sua participação, com a definição constitutiva e os descritores de cada disciplina da economia da saúde.

Os gêneros documentais legislação, especialmente portarias e resoluções, planilha e sistema abordam elementos como equilíbrio de mercado e mecanismos de planejamento, orçamento e monitoramento da Saúde. Por exemplo, tais documentos enfatizam diretrizes importantes acerca da regulação de preços e da aplicação de recursos financeiros no âmbito do SUS. As produções bibliográficas do tipo artigo abordam elementos como valor da Saúde, oferta de cuidados em Saúde,

avaliação microeconômica no nível do tratamento, equilíbrio de mercado e mecanismos de planejamento, orçamento e monitoramento da Saúde.

As produções bibliográficas do tipo boletim priorizam os elementos mecanismos de planejamento, orçamento e monitoramento da Saúde, uma vez que abordam diretrizes e análises sobre orçamentos públicos em saúde e gestão de custos em saúde. As produções bibliográficas do tipo cartilha abordam os elementos equilíbrio de mercado e mecanismos de planejamento, orçamento e monitoramento da Saúde, visto que priorizam diretrizes sobre monitoramento e controle da aplicação dos recursos públicos em saúde e utilização de informações sobre preços para gestão e alocação de recursos no SUS.

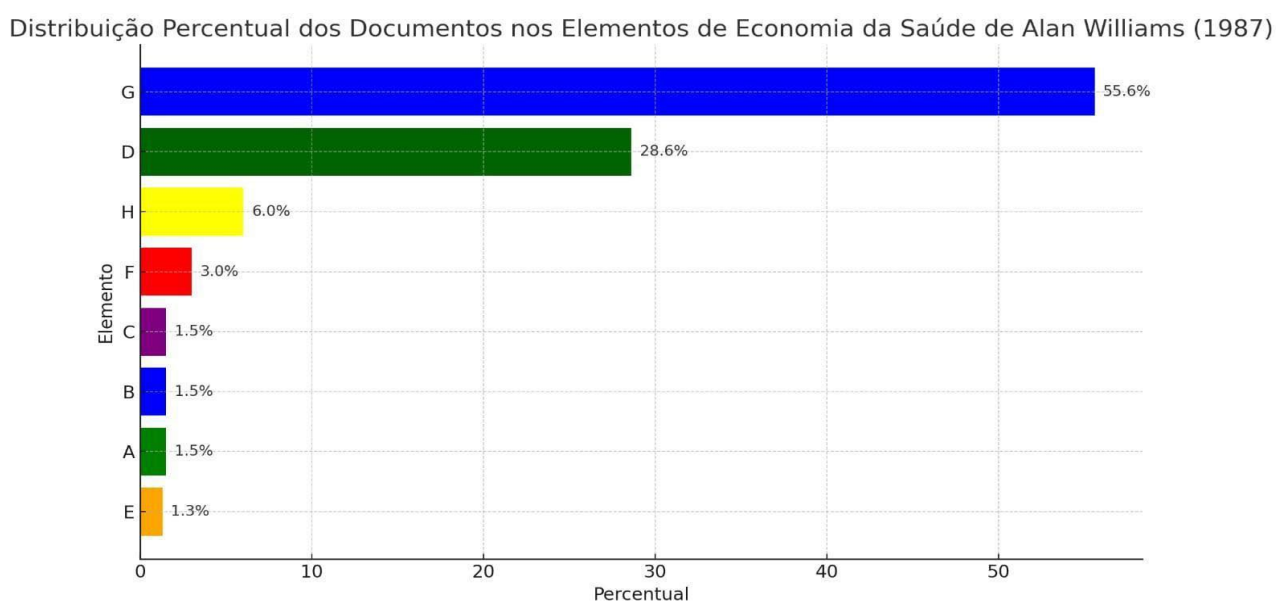
As produções bibliográficas do tipo guia técnico priorizam os elementos de avaliação microeconômica no nível do tratamento e mecanismos de planejamento, orçamento e monitoramento da Saúde, pois organizam diretrizes de estruturação e organização de conhecimentos e ferramentas de economia da saúde que podem contribuir significativamente para a gestão do SUS. As produções bibliográficas do tipo livro enfatizam elementos como avaliação microeconômica no nível do tratamento, equilíbrio de mercado e mecanismos de planejamento, orçamento e monitoramento da Saúde, uma vez que lançam luz sobre a importância de informações, ferramentas, métodos e estratégias que contribuem para o SUS na perspectiva da economia da saúde como campo de conhecimento e de atuação institucional para fortalecimento das políticas de saúde.

As produções bibliográficas do tipo manual abordam os elementos equilíbrio de mercado e mecanismos de planejamento, orçamento e monitoramento da Saúde, visto que priorizam instruções e diretrizes acerca da utilização de informações e ferramentas relativas a preços e orçamentos públicos em saúde para aprimoramento da gestão e aplicação de recursos no SUS. As produções bibliográficas do tipo relatório priorizaram o elemento mecanismos de planejamento, orçamento e monitoramento da Saúde tendo em vista que descrevem esforços em busca de compreender e qualificar os investimentos e os gastos públicos em saúde.

Evidencia-se que os elementos equilíbrio de mercado e mecanismos de planejamento, orçamento e monitoramento da Saúde foram mais frequentes na trajetória histórico-documental do DESID, mostrando que, em sua atuação, o Departamento reconhece tais assuntos como prioritários e direcionadores de

programas, projetos e ações institucionais. Percebe-se que as demais disciplinas menos frequentes revelam-se oportunidades potentes para o desenho de estratégias e políticas em economia da saúde a fim de contribuir para a produção de evidências econômicas que aprimorem a gestão e a alocação de recursos no SUS, conforme assevera Williams (1987) e como destacado na Figura 20, a seguir.

Figura 20 - Distribuição Percentual dos Documentos nos Elementos de Economia da Saúde de Alan Williams (1987)



Fonte: elaboração própria (2025).

Por fim, pode-se fazer um destaque sobre a ausência de documentos voltados para a Educação Permanente em Saúde para Economia da Saúde. Esse destaque busca contribuir com a agenda atual do DESID, de modo a fortalecer os Núcleos de Economia da Saúde (NES) e a Rede de Economia e Desenvolvimento em Saúde (REDE ECOS). Para assegurar a existência de especialistas em Economia da Saúde, além de outros temas cruciais para a sustentabilidade do SUS, é necessário estabelecer um processo de educação permanente pautado na realidade. Essa educação busca não só atualizar o conhecimento científico e técnico mas também desenvolver as habilidades e competências essenciais para enfrentar os desafios em constante evolução no campo da saúde (Ceccim; Feuerwerker, 2004). A perspectiva é de formar profissionais para entender e implementar os fundamentos do SUS: universalidade, integralidade e equidade.

Concluída a análise tridimensional (das perspectivas de sistemas de saúde, ecossistêmica e histórico-institucional) sobre as questões apontadas nos diagnósticos a partir das árvores de problemas, apresenta-se, a seguir, a análise *ex ante* propriamente dita dos desafios e perspectivas para a formulação de uma Política Nacional de Economia da Saúde (PNES) no Brasil, estruturada conforme o Guia de Análise *Ex Ante* do governo federal brasileiro.

2.4 Diagnóstico do problema central

A análise do problema central, assim como os diagnósticos anteriores, partiu de um conjunto extenso e robusto de exercícios participativos (oficinas e simpósios) e ferramentas, como árvores de problemas e taxonomia semântica. O diagnóstico considera a fragmentação, a ausência de uma política consolidada e a baixa institucionalização da economia da saúde no SUS. Para tanto, são mapeadas causas estruturais e funcionais, como ausência de governança integrada, subfinanciamento, fragilidade informacional e baixa institucionalização das contas em saúde sob a governança do Ministério da Saúde, entre outras.

O **problema central** identificado é a **ausência de institucionalização da Economia da Saúde como função estratégica do SUS**. Essa lacuna estrutura e retroalimenta os diversos problemas observados no campo da economia da saúde no Brasil, comprometendo a capacidade do Estado de promover um sistema de saúde eficiente, equitativo, transparente e alinhado às necessidades da população, razão pela qual **deve-se fomentar a elaboração de uma Política Nacional de Economia da Saúde (PNES)**.

No que diz respeito a políticas anteriormente adotadas para combater o problema central, observa-se, pela análise histórico-institucional do DESID, que desde a sua criação, em 2003, houve avanços significativos no processo de institucionalização da economia da saúde como campo técnico-estratégico no âmbito do SUS. Esse percurso foi caracterizado por uma produção normativa robusta, pela qualificação progressiva dos instrumentos de gestão e pela sistematização e disseminação de informações orientadas à promoção da transparência, da eficiência e da equidade no financiamento público da saúde.

A consolidação dessas iniciativas expressa o empenho contínuo do Departamento em estruturar a institucionalização da área com fundamentos técnico-operacionais mais integrados e transversais, contribuindo para o aprimoramento da governança financeira do sistema de saúde. No entanto, tais ações não

foram suficientes para que a economia da saúde se tornasse função estratégica do SUS. Isso ocorre porque persistem desafios estruturais, notadamente a carência de mecanismos mais robustos para subsidiar políticas públicas voltadas à redução das desigualdades regionais, ao fortalecimento da articulação intersetorial e à integração das ferramentas desenvolvidas em uma política nacional de economia da saúde devidamente estruturada e unificada. Tais lacunas reforçam a premência da formulação e implementação da PNES do SUS, capaz de conferir mais coerência e efetividade às ações desenvolvidas no setor.

A necessidade da formulação da PNES, portanto, ocorre em um contexto de lacunas estruturais e funcionais que comprometem sua institucionalização no nível central do SUS, ou seja, no âmbito do Ministério da Saúde. A ausência de uma diretriz consolidada, a fragmentação das iniciativas existentes, o subfinanciamento crônico e a fragilidade informacional sobre gasto, alocação e eficiência constituem desdobramentos diretos desse problema central.

Nesse processo, diversas oficinas e inúmeros simpósios foram promovidos pelo LAIS/UFRN, pelo DESID/MS e por pesquisadores e gestores convidados, com uso de árvores de problemas, o que permitiu mapear causas no contexto brasileiro como: falta de padronização internacional das contas públicas de saúde; carência de dados integrados para tomada de decisão; ausência de governança federativa; formação técnica insuficiente em economia da saúde; e participação social incipiente.

As análises também revelam que os problemas estão distribuídos em diferentes componentes do sistema de saúde brasileiro: gestão, infraestrutura, financiamento, alocação de recursos, força de trabalho, organizações, tecnologia e conhecimento, regulação, insumos, cobertura e rede de serviços. Ademais, observa-se tensão entre os modelos de cobertura universal e sistema universal, e entre abordagens neoclássicas e de economia política.

São apontados ainda elementos externos agravantes: judicialização crescente; dependência externa de insumos; desequilíbrios fiscais; e desarticulação entre instâncias do MS. Os exercícios metodológicos também apontaram para a necessidade de se adotar uma perspectiva ecossistêmica, superando a fragmentação e permitindo compreender a interdependência entre sistemas de saúde, inovação e economia.

No plano internacional, um marco econômico global foi a crise sanitária provocada pela covid-19, que obrigou economistas a examinar como as políticas econômicas se associam às políticas de saúde, especialmente com relação à

determinação das causas de morbimortalidade das populações, além de reforçar a necessidade de capacidades estatais para soberania sanitária e autonomia produtiva dos países (FUNCIA, 2022). Nesse contexto, a ampliação do gasto público em saúde tornou-se uma prioridade do Estado em várias regiões e países do mundo, com o Brasil ainda na contramão dessa tendência. No período pós-pandemia, enquanto diversos países ampliaram os investimentos públicos em saúde para promover crescimento e reduzir desigualdades, o Brasil intensificou a política de austeridade fiscal a partir de 2021, com uma agenda mais social a partir de 2023. Apesar do uso de créditos extraordinários fora do teto de gastos para enfrentar a covid-19, o governo federal, no período 2021-2022, adotou medidas que restringiram os direitos sociais, em desacordo com os preceitos da Constituição de 1988. Gastos totais com saúde em diferentes países em 2022, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), revelam disparidades, conforme mostra a Tabela 1, a seguir.

Tabela 1 – Gasto público e privado em saúde em países selecionados, 2022

País	Gasto total em saúde (% PIB)	Gasto público (% PIB)	Gasto privado (% PIB)	Gasto público (% do total)	Gasto público per capita (US\$ PPC)
França	12,10%	10,00%	2,00%	82,60%	5.384
Canadá	10,70%	8,00%	2,60%	74,70%	4.857
Reino Unido	11,30%	9,40%	1,90%	83,00%	4.742
Austrália	9,40%	6,90%	2,50%	73,10%	4.247
Brasil	9,40%	3,90%	5,50%	41,70%	873
Portugal	10,40%	7,10%	3,30%	67,80%	2.717
Espanha	10,70%	8,10%	2,60%	75,60%	3.400
Itália	9,20%	7,10%	2,10%	76,70%	3.335

Fonte: OMS (2024).

É importante destacar que, ao se comparar os dados dos relatórios de gastos globais em saúde, da OMS (2021) (referentes a 2019) e da OMS (2024) (referentes a 2022), o Brasil foi o único país a registrar uma redução no gasto público com saúde durante a pandemia, considerando a proporção do PIB, com queda de 2,5%.

Em contraste, todos os demais países analisados — França, Canadá, Reino Unido, Austrália, Portugal, Espanha e Itália — apresentaram aumentos: +7,5%, +1,3%, +13,3%, +3,0%, +6,0%, +14,1% e +6,0%, respectivamente.

Em síntese, a não institucionalização da economia da saúde como política de Estado leva à invisibilização do seu papel estruturante no SUS, impedindo a sistematização de mecanismos de planejamento, financiamento, regulação, formação de pessoal e articulação com o desenvolvimento econômico e industrial em saúde.

Problema Central: ausência de institucionalização da Economia da Saúde como função estratégica do SUS.

2.5 Objetivos, ações e resultados

A formulação da PNES visa a consolidar a economia da saúde como campo estratégico do SUS, orientando a formulação, gestão, regulação e avaliação das políticas públicas de saúde a partir de evidências econômicas, sociais e sanitárias, com foco na equidade, universalidade e integridade.

Os objetivos implícitos e explícitos ao longo do processo participativo e das análises técnicas podem ser traduzidos em resultados e impactos esperados para a sociedade, e incluem:

- fortalecer a governança federativa da economia da saúde promovendo a participação de estados e municípios;
- desenvolver capacidades técnicas locais em gestão de custos, economia e eficiência em saúde;
- integrar a PNES ao Complexo Econômico-Industrial da Saúde potencializando a produção nacional de tecnologias;
- aprimorar os sistemas de informação como subsídios para o planejamento e a tomada de decisão;
- estimular a cultura de avaliação econômica e de uso racional dos recursos públicos;

- articular a economia da saúde com a redução de desigualdades territoriais e socioeconômicas;
- institucionalizar as contas SHA como instrumento padronizado e reprodutível para o SUS.

Esses objetivos se desdobram em ações a ser implantadas ou fortalecidas como: revisão e atualização dos instrumentos de planejamento orçamentário; fortalecimento dos sistemas de informação: SIOPS, ApuraSUS e PNGC; formação continuada em economia da saúde; reativação, institucionalização e ampliação da REDE ECOS (BRASIL, 2025); e ativação de mecanismos de transparência e controle social.

A seguir, sugerem-se algumas metas para ser pactuadas pelo DESID com as áreas responsáveis antes de ser submetidas à apreciação externa.

Objetivo 1: fortalecer a governança federativa da economia da saúde

Metas:

- Até 2026: constituir grupo interfederativo permanente em Economia da Saúde no âmbito da CIT.
- Até 2027: formalizar pactuação tripartite da PNES com plano de implementação regional.
- Até 2030: reduzir em 40% a assimetria de execução orçamentária entre regiões.

Objetivo 2: desenvolver capacidades técnicas locais em gestão de custos, economia e eficiência em saúde

Metas:

- Até 2025: formar 500 gestores públicos em cursos de curta duração sobre economia da saúde.
- Até 2027: incluir conteúdos obrigatórios de economia da saúde em cursos do SUS (EBSERH, UNA-SUS).

- Até 2030: ter ao menos um núcleo de economia da saúde ativo em cada estado.

Objetivo 3: integrar a PNES ao Complexo Econômico-Industrial da Saúde (CEIS)

Metas:

- Até 2026: mapear as interações entre SUS e CEIS e publicar relatório estratégico conjunto.
- Até 2028: priorizar, por meio da PNES, ao menos 3 linhas de produção nacional de insumos estratégicos.
- Até 2032: reduzir em X % a dependência externa de insumos definidos como críticos pelo MS.

Objetivo 4: aprimorar os sistemas de informação como subsídios para o planejamento e a tomada de decisão

Metas:

- Até 2026: integrar os sistemas SIOPS, BPS, ApuraSUS e PNGC em uma única interface.
- Até 2027: garantir atualização trimestral dos dados nos 26 estados e no DF.
- Até 2030: disponibilizar painéis públicos interativos com dados econômicos consolidados.

Objetivo 5: estimular a cultura de avaliação econômica e de uso racional dos recursos públicos

Metas:

- Até 2025: instituir diretriz técnica sobre uso de avaliações econômicas na decisão orçamentária.

- Até 2026: publicar pelo menos cinco estudos de impactos econômicos financiados pelo DESID por ano.
- Até 2030: incorporar análises econômicas como critério formal de decisão no financiamento federal de programas de saúde.

Objetivo 6: articular a economia da saúde com a redução de desigualdades territoriais e socioeconômicas

Metas:

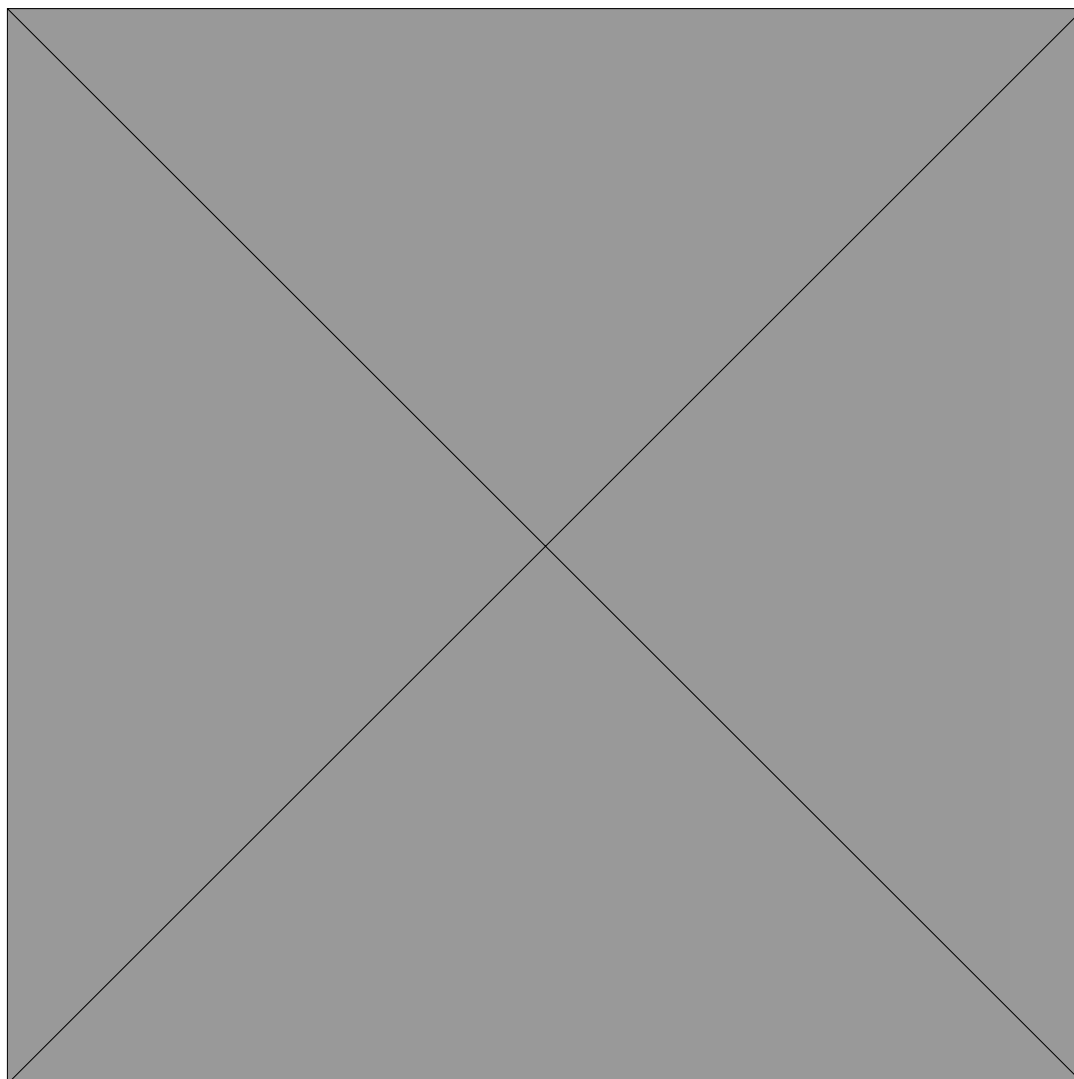
- Até 2026: produzir análise de gasto público em saúde com foco territorial e social.
- Até 2028: criar programa de equalização orçamentária entre regiões baseado em critérios de vulnerabilidade.
- Até 2030: reduzir em 20% o hiato entre os quintis mais e menos financiados por habitante no SUS.

Objetivo 7: institucionalizar as contas SHA como instrumento padronizado e reprodutível para o SUS

Metas:

- Até 2025: implementar metodologia SHA, com dados auditáveis.
- Até 2025: publicar as contas SHA de forma comparável internacionalmente.
- Até 2028: ter 50% dos entes federativos alimentando rotineiramente as contas SHA no sistema nacional.
- Até 2032: ter 100% dos entes federativos alimentando rotineiramente as contas SHA no sistema nacional.

Figura 21 - Árvore de objetivos para PNES



Fonte: elaboração própria (2025).

Apresentadas as metas, a Teoria da Mudança como meio para aplicação de uma modelagem para a Política Nacional de Economia da Saúde (PNES) parte do pressuposto de que a institucionalização da economia da saúde como campo estruturante do SUS, por meio da criação de diretrizes, arranjos de governança, capacitação técnica, integração sistêmica e uso intensivo de dados, possibilitará a transformação da gestão do sistema de saúde, gerando mais equidade, eficiência e sustentabilidade. Daí que, **se o Ministério da Saúde institucionalizar a economia da saúde como função estratégica do SUS por meio de diretrizes normativas,**

governança federativa, formação de capacidades técnicas e integração entre sistemas de informação, produção e inovação, então, será possível aprimorar o planejamento, o financiamento, a regulação e a avaliação das políticas de saúde com base em evidências econômicas, resultando na maior eficiência do gasto público, na redução das desigualdades territoriais e na maior sustentabilidade do sistema de saúde.

O Quadro 2, a seguir, representa a relação existente entre a(s) causa(s) do problema, as ações propostas e os resultados esperados.

Quadro 2– Relação lógica entre insumos, ações, produtos e resultados
Cadeia lógica do modelo:

Elemento	Conteúdo
Insumos	Apoio político; recursos financeiros; dados de sistemas; equipes técnicas.
Atividades	Pactuação da política; formação técnica; integração de sistemas; regulação.
Produtos	Contas SHA padronizadas reprodutíveis; núcleos estaduais e municipais consolidados; editais e estudos; sistemas de informação integrados.
Resultados (curto/ médio)	Melhoria na governança; uso ampliado de evidências; transparência.
Impacto (longo prazo)	Eficiência alocativa; equidade territorial; sustentabilidade do SUS.

Fonte: elaboração própria

A formulação e o uso do modelo lógico permitirá acompanhar a coerência interna da política e será base para definição de indicadores de processo, resultado e impacto nos planos de monitoramento e avaliação futuros.

2.6 Impacto orçamentário e financeiro

O Departamento de Economia e Desenvolvimento em Saúde já conta com dotação orçamentária e faz parte do quadro do Ministério da Saúde, conforme descrito no diagnóstico relativo à perspectiva histórico-institucional. Não será, portanto, necessário orçamento adicional, e, sim, a estruturação da política articulando ações já existentes com as diferentes áreas do Ministério da Saúde e das demais instâncias do SUS, bem como outras políticas setoriais, fortalecendo a sua institucionalização.

2.7 Estratégia de construção de confiança e suporte

A construção da PNES deve se dar de forma colaborativa e plural, com ampla participação de especialistas, universidades públicas, gestores e técnicos do Sistema Único de Saúde. Desde o início das atividades relativas à análise *ex ante*, o processo vem sendo caracterizado pela realização de oficinas nacionais e simpósios organizados pelo DESID/MS, com apoio técnico do LAIS/UFRN e contribuições de instituições como Fiocruz, Conass e Conasems e pesquisadores de diferentes universidades que trabalham na área e fora dela.

O uso de metodologias participativas (como árvores de problemas, taxonomia semântica e análise documental) permitiu a incorporação de uma diversidade de perspectivas, favorecendo a construção de um campo comum de entendimento sobre os problemas estruturais da economia da saúde no Brasil. Essa abordagem busca fortalecer a legitimidade da política e aumentar seu potencial de aderência entre os gestores.

Nesse sentido, como passo fundamental foi realizado mapeamento prévio de *stakeholders* da PNES, conforme apresentado no Quadro 3 a seguir.

Quadro 3 – Mapeamento prévio de *stakeholders* da PNES

<i>Stakeholders</i> da PNES	Posição frente à PNES	Observações
Ministério da Saúde (MS)	Apoio institucional	Órgão de nível central responsável pela administração e manutenção da saúde pública no Brasil. Lidera a formulação e a implementação da PNES por meio do DESID/MS, gerindo os sistemas de informação em economia da saúde, disponibilizando informações, estudos e promovendo capacitações no SUS.
Conselho Nacional de Saúde (CNS)	Apoio institucional	Instância colegiada, deliberativa e permanente do SUS. Defende participação e controle social na área de economia da saúde e ressalta a sua importância para o acesso universal com equidade no SUS.
Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass)	Apoio condicionado	Órgão representante da gestão estadual do SUS. Reconhece a importância da economia da saúde, mas destaca desafios regionais e de capacidade financeira e técnica.
Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems)	Apoio condicionado	Órgão representante da gestão municipal do SUS. Reforça a necessidade de apoio técnico e financeiro aos municípios.
Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA)	Apoio técnico	Fundação pública vinculada ao Ministério do Planejamento e Orçamento. Fornece estudos e subsídios técnicos para a formulação e a reformulação de políticas públicas e programas de desenvolvimento, inclusive em economia da saúde.
Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz)	Apoio técnico e acadêmico	Fundação pública vinculada ao Ministério da Saúde. Contribui com pesquisas e formação profissional em saúde coletiva, inclusive em economia da saúde.
Universidades Públicas	Apoio técnico e acadêmico	Oferecem formação e pesquisa (ex: UFRN, UFBA, UFMG, UFRJ).
Associação Brasileira de Economia da Saúde (ABrES)	Apoio técnico	Contribui com estudos e debates qualificados sobre economia da saúde.
Setor Privado de Saúde	Posição variada	Parte vê oportunidades; parte expressam receio quanto à regulação.

Sociedade Civil (CEBES, ABRASCO, IDISA)	Apoio crítico	Apoiam a PNES com foco em transparência, participação e fortalecimento do SUS.
Parlamento (Comissões de Saúde)	Posição em construção	A articulação política está em andamento, com necessidade de mobilização ativa.

Fonte: elaboração própria

No âmbito do SUS, vale lembrar da possibilidade de contar com o apoio dos **Núcleos Locais/Regionais de Economia da Saúde**. A política deve prever o fortalecimento e criação de Núcleos de Economia da Saúde em estados e municípios e regiões de saúde como braços técnicos descentralizados da PNES. Esses núcleos, já existentes em alguns estados e municípios, atuarão ainda mais organicamente na produção de análises econômicas locais, no apoio à tomada de decisão, na capacitação de gestores e na difusão de boas práticas de gestão. A institucionalização desses núcleos pode ocorrer por meio de cooperação com universidades, consórcios intermunicipais e secretarias estaduais de saúde.

Objetivos dos Núcleos Locais:

- produzir dados locais de custo, gasto e eficiência;
- apoiar a implementação das contas SHA desagregadas;
- oferecer suporte técnico aos gestores locais;
- conectar território, planejamento e economia da saúde.

O reconhecimento e o incentivo à atuação desses núcleos será essencial para capilarizar a política e garantir que seus efeitos se traduzam em melhorias concretas na gestão local do SUS. Para além disso, recomenda-se:

- criar um plano de engajamento com lideranças políticas, entidades representativas e conselhos de saúde;
- estabelecer ações de comunicação pública e sensibilização sobre os benefícios esperados da política;
- definir estratégias para institucionalizar a PNES nos instrumentos de gestão, como planos estaduais e municipais de saúde;

- apoiar a atuação de agentes multiplicadores nos territórios, com linguagem acessível e foco em adesão técnica e política (REDE ECOS).

A construção da confiança e o suporte institucional permanente serão determinantes para a consolidação da PNES como política de Estado e para sua perenidade além dos ciclos de governo.

2.8 Monitoramento, avaliação e controle

A PNES deve propor uma abordagem estruturada para o monitoramento, a avaliação e o controle de sua implementação, a fim de assegurar coerência, eficácia e correção de rumos ao longo do tempo. Essa abordagem está alinhada à lógica de ciclo de políticas públicas e deve articular-se aos sistemas e instrumentos existentes no âmbito do SUS, bem como às demais políticas setoriais.

Diretrizes para o monitoramento:

- utilização integrada dos sistemas SIOPS, ApuraSUS e BPS como bases de informação econômica;
- definição de um conjunto mínimo de indicadores de processo, resultado e impacto relacionados às metas da PNES;
- implantação de painéis dinâmicos de visualização pública e de *dashboards* internos de apoio à gestão;
- estímulo à autoavaliação periódica nos níveis federal, estadual e municipal com apoio técnico do DESID/MS.

Avaliação de resultados e impacto:

- realização de avaliações intermediárias a cada dois anos com base em relatórios analíticos regionais;
- estudos de caso qualitativos em territórios com experiências inovadoras ou desafios específicos;
- produção de análises econômicas de impacto e custo-efetividade em par-

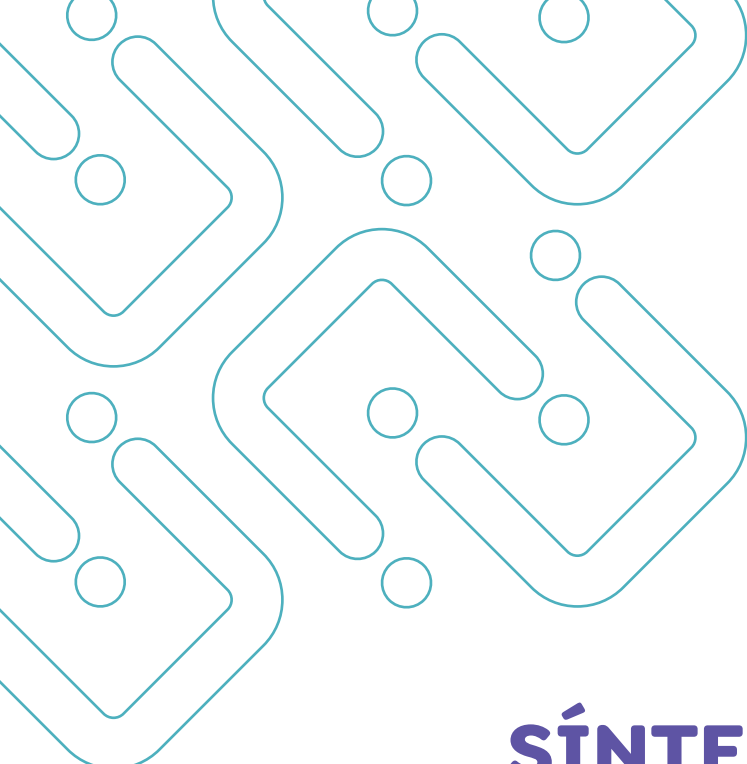
ceria com universidades e institutos de pesquisa;

- apoio à institucionalização da cultura avaliativa por meio da REDE ECOS.

Controle e transparência:

- ampliação da transparência ativa por meio da disponibilização pública dos dados orçamentários e de desempenho;
- integração com instâncias de controle social (conselhos e conferências de saúde);
- estímulo à participação da sociedade civil na análise e na difusão dos resultados;
- adoção de mecanismos de retroalimentação para ajustes na política conforme evidências coletadas.

O fortalecimento das capacidades analíticas e a criação de um ecossistema de monitoramento baseado em evidências permitirão consolidar a PNES como política de Estado. O acompanhamento contínuo e o uso estratégico das informações serão decisivos para assegurar a efetividade das ações e a realização dos objetivos propostos.



SÍNTESE CONCLUSIVA E RECOMENDAÇÕES

A análise *ex ante* para uma política nacional de economia da saúde demonstrou a elevada complexidade e a natureza multifacetada dos desafios que permeiam o setor saúde no Brasil. Os achados evidenciam a necessidade de abordagem sistêmica e integrada, abrangendo dimensões gerenciais, financeiras, tecnológicas, sociais e institucionais.

No eixo da governança da informação, identificou-se ausência de dados padronizados e atualizados, baixa integração entre sistemas de informação, subutilização de plataformas como o SIOPS e inexistência de políticas de governança focadas em indicadores de economia da saúde. Tais lacunas comprometem a capacidade de planejamento e o monitoramento baseado em evidências.

Em gestão e governança, verificou-se carência de cultura de gestão profissionalizada, centralização excessiva no nível federal, fragilidade dos mecanismos de pactuação interfederativa, baixa participação social e indefinição das competências federativas em economia da saúde, resultando em processos decisórios desalinhados com as necessidades dos entes subnacionais e da população.

No financiamento e na alocação de recursos, a análise evidenciou subfinanciamento estrutural do SUS, dependência crescente de emendas parlamentares não alinhadas ao planejamento estratégico, vulnerabilidade frente a custos judiciais imprevistos e dependência externa para aquisição de insumos estratégicos, comprometendo a soberania sanitária e a sustentabilidade fiscal.

Quanto à infraestrutura e tecnologia, foram constatadas deficiências na produção nacional de insumos e tecnologias em saúde, fragilidade na base produtiva do SUS, além de falhas relevantes na infraestrutura tecnológica, especialmente na área de saúde digital, como a ausência de prontuários eletrônicos abrangentes, dificuldades de rastreabilidade de informações e carência de integração de sistemas.

No campo da força de trabalho, identificou-se formação inadequada de gestores e profissionais em economia da saúde, falta de capacitação específica em gestão financeira e de custos, precarização de vínculos e condições adversas de trabalho que comprometem a qualidade e a eficiência dos serviços de saúde.

Em termos organizacionais, constatou-se a ausência de integração da economia da saúde como elemento estruturante nas estratégias do Ministério da Saúde, além de falhas de comunicação entre secretarias e departamentos, dificultando o alinhamento institucional necessário à efetiva formulação e à implementação de políticas públicas. No âmbito da cobertura e do acesso, foram evidenciadas profundas desigualdades regionais e socioeconômicas, com manutenção de vazios assistenciais em áreas remotas e sobrecarga em regiões urbanas, comprometendo a universalidade e a equidade preconizadas pelo SUS.

Em relação a insumos e assistência farmacêutica, destacaram-se problemas como desperdício ou escassez de medicamentos e vacinas, má gestão de estoques e insuficiência de recursos para assegurar o acesso integral à assistência farmacêutica. No que concerne à prestação de serviços e regulação, foram identificadas tensões entre setores público e privado, cobertura desigual de serviços, filas prolongadas para atendimento de alta e média complexidade, falhas nos processos de triagem e regulação, bem como excesso de burocracia que restringe a autonomia de estados e municípios.

Toda essa problematização levou ao diagnóstico do seguinte **problema central: ausência de institucionalização da economia da saúde como função estratégica do SUS**, o que perpetua a fragmentação de iniciativas, o subfinanciamento crônico, a fragilidade informacional e a baixa governança integrada. Essa situação limita a capacidade do Estado de planejar, financiar e gerenciar o sistema de saúde com eficiência, equidade e alinhamento às necessidades da população.

Foram mapeadas **causas estruturais** como: falta de padronização internacional das contas públicas de saúde, carência de dados integrados, baixa articulação federativa, formação técnica insuficiente em economia da saúde e participação social limitada. Esses problemas afetam diversos componentes do sistema: gestão,

infraestrutura, financiamento, força de trabalho, tecnologia, regulação, insumos, cobertura e rede de serviços, além de estarem agravados por fatores externos como judicialização crescente, dependência de importações e desequilíbrios fiscais.

A **análise comparativa internacional** demonstrou que o Brasil foi o único, entre países selecionados, a reduzir o gasto público em saúde como proporção do PIB durante a pandemia (queda de 2,5%), enquanto outros aumentaram significativamente seus investimentos, evidenciando uma tendência brasileira de austeridade fiscal em contramão ao contexto global de fortalecimento dos sistemas de saúde.

A Teoria da Mudança proposta indicou que, **se** a economia da saúde for institucionalizada no Brasil por meio de diretrizes normativas, governança federativa, capacitação técnica e integração de dados, **então**, será possível aprimorar o planejamento, o financiamento, a regulação e a avaliação de políticas, aumentando a eficiência, a equidade e a sustentabilidade do SUS.

Nesse sentido, a formulação de uma Política Nacional de Economia da Saúde (PNES) foi orientada por **objetivos estratégicos**, entre eles:

- fortalecer a governança federativa da economia da saúde;
- desenvolver capacidades técnicas locais em gestão econômica;
- integrar a PNES ao Complexo Econômico-Industrial da Saúde (CEIS);
- aprimorar sistemas de informação para subsidiar decisões;
- estimular a cultura de avaliação econômica e o uso racional dos recursos;
- reduzir desigualdades territoriais e socioeconômicas;
- institucionalizar as contas SHA como instrumento padronizado.

Esses objetivos foram desdobrados em **metas específicas** com prazos (até 2025, 2026, 2027, 2028 e 2030) e **ações** como: fortalecimento e criação de núcleos estaduais de economia da saúde, integração de sistemas (SIOPS, ApuraSUS, PNGC), atualização dos instrumentos de planejamento orçamentário, produção de análises econômicas periódicas e fortalecimento de mecanismos de transparência.

O **modelo lógico** definido estrutura a **cadeia de resultados** desde **insumos** (apoio político, recursos financeiros, equipes técnicas) até **atividades** (pactuação, formação, integração de sistemas), gerando **produtos** (contas SHA, núcleos locais,

estudos), **resultados** de curto/médio prazo (melhoria da governança, maior uso de evidências, transparência) e **impactos** de longo prazo (eficiência alocativa, redução de desigualdades e sustentabilidade do sistema).

No **impacto orçamentário-financeiro**, concluiu-se que não é necessário orçamento adicional imediato, mas, sim, reorganização e articulação de ações e recursos já existentes no DESID, fortalecendo, assim, os níveis de institucionalização da PNES no âmbito do Ministério da Saúde, das secretarias estaduais e municipais de Saúde e em seus desdobramentos nas políticas do SUS, bem como em outras políticas setoriais.

Para a **construção de confiança e suporte político**, o processo vem sendo conduzido de forma participativa, com oficinas, simpósios e envolvimento de stakeholders estratégicos como Ministério da Saúde, Fiocruz, Conass, Conasems, universidades, sociedade civil organizada e órgãos de controle social. Foi sugerido fortalecer e ampliar núcleos locais de economia da saúde como braços descentralizados da PNES para capilarizar a política e aproximar a gestão econômica das realidades regionais.

Foram estabelecidas **diretrizes de monitoramento, avaliação e controle**, prevendo integração dos sistemas de informação existentes, definição de indicadores de processo, resultado e impacto, implantação de painéis públicos interativos, realização de avaliações bienais, estudos de caso em territórios específicos e mecanismos de transparência ativa e participação social, visando a consolidar a PNES como política de Estado perene, adaptativa e baseada em evidências.

Diante do exposto, a PNES foi estruturada com enfoque sistêmico, colaborativo e integrador, contemplando mecanismos robustos de governança, educação permanente em saúde, monitoramento e avaliação, de modo a alinhar estratégias de saúde, ciência, tecnologia, inovação e desenvolvimento econômico, com vista à redução das desigualdades regionais, ao fortalecimento da autonomia sanitária nacional e à garantia do direito constitucional à saúde.

Por fim, as conclusões apontam que a vulnerabilidade do SUS frente a crises políticas, econômicas e ambientais, somada a conflitos distributivos e a interferências político-institucionais, impõe a formulação de políticas adaptativas e responsivas que articulem os diferentes níveis de governo, setores produtivos, academia e sociedade civil, de forma a assegurar governança efetiva, equidade no acesso e sustentabilidade do sistema de saúde brasileiro.

No tocante a recomendações, merece especial atenção a busca e a identificação de modelos de governança de ecossistemas de referência, reconhecidos no Brasil e no mundo, a fim de instrumentalizar o DESID para a gestão de uma Política Nacional de Economia da Saúde, considerando as seguintes dimensões:

- a) **Integração Sistêmica:** a integração entre a economia da saúde e o sistema de saúde é fundamental para a formulação de políticas públicas mais eficazes e sustentáveis. O aprimoramento dessa integração pode levar a uma alocação mais eficiente de recursos, garantindo que as políticas implementadas atendam, de forma mais precisa, às necessidades da população. Esse argumento está alinhado com a necessidade urgente de se adotar uma visão holística e interdisciplinar na gestão da saúde pública.
- b) **Framework Analítico:** um *framework* analítico robusto é essencial para orientar a formulação de políticas públicas com base em uma compreensão abrangente dos determinantes econômicos da saúde. No contexto brasileiro, no qual o Sistema Único de Saúde (SUS) enfrenta desafios complexos, um *framework* bem estruturado pode proporcionar *insights* valiosos para decisões estratégicas. Ao incorporar aspectos econômicos em análises de políticas de saúde, é possível identificar lacunas e oportunidades para melhorias, promovendo um sistema de saúde mais equitativo e eficiente.
- c) **Fortalecimento Institucional:** o reforço das capacidades institucionais do SUS e do Ministério da Saúde para incorporar análises econômicas é um passo crucial na promoção de políticas de saúde baseadas em evidências. Instituições robustas são capazes de responder de maneira mais eficaz às demandas e aos desafios emergentes, utilizando dados econômicos para fundamentar suas decisões. Esse fortalecimento institucional não apenas melhora a gestão interna mas também deverá aumentar a transparência e a *accountability* perante a sociedade.
- d) **Engajamento Multidisciplinar:** a criação de uma rede colaborativa de pesquisadores, gestores e profissionais de saúde é essencial para promover uma abordagem transdisciplinar aos desafios da Economia da Saúde. A colaboração entre diferentes disciplinas permite uma troca de conhecimentos e experiências que enriquece a análise e a formulação de políticas. Essa abordagem multidisciplinar facilita a identificação de soluções inovadoras e abrangentes, adaptadas às especificidades do contexto brasileiro.

Para além das análises em nível nacional, até mesmo as comparações entre países e a “cooperação internacional” em economia da saúde requerem uma análise crítica antes da adoção de conceitos, modelos, indicadores e instrumentos. Nesse sentido, destaca-se o relatório final do Conselho da OMS sobre a Economia da Saúde para Todos, publicado em 2023, que propõe novas medidas para integrar a saúde como um elemento central para o desenvolvimento econômico e social. Apesar disso, adota a abordagem de cobertura universal de saúde sem uma análise crítica das razões para essa escolha e suas implicações para a equidade em saúde, especialmente em países que têm sistemas de saúde universais, como é o caso do Brasil. Esse Conselho concentrou-se em quatro fatores-chave de mudança, quais sejam: reimaginar as medidas de desenvolvimento e crescimento econômico; melhorar tanto a qualidade quanto a quantidade de financiamento para a saúde; adotar governança com foco na equidade para novas vacinas e tratamentos; e desenvolver as capacidades necessárias no governo e na sociedade para proporcionar saúde para todos.

No cenário brasileiro, também há exemplos de políticas cujos instrumentos normativos e diretrizes devem ser levados em consideração diante da eventual criação de um ecossistema para a economia da saúde. O documento sobre a Estratégia Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação 2016/2022 (Brasil, 2018a), por exemplo, tem como eixo estruturante um Sistema Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação pensado sob “um paradigma colaborativo” que induz a articulação e interação entre os seus componentes, universidades e empresas, com a orientação de “buscar soluções para os grandes desafios sociais, ambientais e econômicos, base do desenvolvimento sustentável do Brasil” (Brasil, 2018a, p. 9).

Diante das oportunidades e dos desafios nacionais em ciência, tecnologia e inovação, duas áreas estratégicas do MCTIC 2016-2022 estão mais alinhadas com essa análise *ex ante*, que são “Economia e Sociedade Digital” e “Saúde”. A primeira, em uma das suas estratégias associadas, diz respeito ao empreendedorismo e ao apoio de *startups* de base tecnológica para “consolidação do ecossistema de inovação”, que é um direcionamento para fortalecer o setor nacional e sua cadeia produtiva, o que destaca a necessidade de implementação da concepção ecossistêmica.

Já a segunda área estratégica é relativa à promoção das ciências, tecnologia e inovação para a saúde, e revela a necessidade de articular o desenvolvimento tecnológico com o científico, com foco no fortalecimento da formação de “recursos humanos especializados”. O intuito é buscar a diminuição da “dependência externa de produtos e tecnologias” na área da saúde, por meio da pesquisa básica, aplicada

e translacional em saúde. Essa estratégia é assunto do Plano de Ação em Ciências, Tecnologia e Inovação para Saúde (PACTI), com o objetivo principal de “garantir a sustentabilidade do Sistema Único de Saúde e a diminuição da dependência externa de tecnologias” (Brasil, 2018b, p. 9).

O PACTI apresenta 7 linhas temáticas para “promover inovações que possam contribuir para a ampliação do acesso da população aos serviços de saúde, assim como a diminuição da dependência externa de tecnologias nessa área” (Brasil, 2018b, p. 10). Dentre essas linhas, destacam-se duas, por atuarem mais diretamente em uma proposta ecossistêmica para a economia da saúde: a) linha 5 (Insumos para a saúde - fármacos, biofármacos, imunobiológicos, kits diagnósticos, biomateriais, equipamentos e dispositivos); b) linha 7 (Saúde Digital: e-saúde).

A linha 5 visa a garantir o domínio tecnológico para a produção, por meio do fomento à pesquisa, do desenvolvimento e da inovação desses insumos, produtos e tecnologias estratégicas. A Linha 7 (Saúde Digital: e-saúde) tem o objetivo de criar infraestrutura de comunicação e colaboração entre União, estados e municípios (centros urbanos e áreas remotas) para aumentar o acesso da população ao “diagnóstico, segunda opinião formativa, educação contínua e permanente, serviços de vídeo-colaboração, soluções digitais para a saúde, conectividade e serviços avançados para hospitais universitários e de ensino” (Brasil, 2018b, p. 33). Vale ressaltar que a concepção de Saúde Digital, mesmo não sendo abordada com mais detalhes no plano citado, é mais abrangente do que apenas criar uma rede de plataforma em telessaúde e telemedicina, pois está relacionada diretamente com uma nova forma de pensar os problemas de saúde e o gerenciamento do SUS.

Essa forma de conjecturar a Saúde Digital ajuda a compreender que, para alcançar os objetivos dessa estratégia nacional, a simples articulação entre elementos sistêmicos pode não ser suficiente, se não houver políticas públicas eficazes e investimentos contínuos e articulados por um ecossistema que consiga dinamizar os diferentes sistemas envolvidos, em um modelo de governança que corresponda, a contento, aos interesses da sociedade. A implementação prática de modelos ecossistêmicos de gestão demanda um compromisso sustentável e a construção de parcerias estratégicas e intersetoriais nacionais e internacionais. Nesse contexto, importa observar que o plano citado é atento “às políticas setoriais de saúde vigentes, reflete em sua concepção a convergência das ações nacionais à Agenda 2030 da ONU, e aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável – ODS” (Brasil, 2018b, p. 9).

Sobre os 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) da Agenda 2030, pauta global em que se busca construir “um caminho rumo ao desenvolvimento sustentável, nos dedicando coletivamente à busca do desenvolvimento global e da cooperação vantajosa para todos” (ONU, 2015), cabe mencionar que sua implementação deve estar atrelada às políticas nacionais para benefício de todas as pessoas hoje e para as gerações futuras. A evidência da articulação das políticas públicas aos ODS torna ainda mais claro esse compromisso global, pactuado de forma ecossistêmica, envolvendo planeta, pessoas, prosperidade, paz e parcerias.

Ao refletir sobre essa análise *ex ante* para uma Política Nacional de Economia da Saúde com as lentes dos ODS, nota-se que a proposta ora apresentada está alinhada diretamente com, pelo menos, cinco dos ODS (a saber: 3, 8, 9, 16, 17). Por exemplo, o objetivo do ODS 3 é garantir uma vida saudável e promover o bem-estar para todos em todas as idades, o que é abordado diretamente pela proposta de fortalecer o sistema de saúde a partir do desenvolvimento de tecnologia e pesquisa (IPEA, 2024a).

Já o ODS 8 visa ao crescimento econômico inclusivo e sustentável, ao emprego pleno e produtivo e ao trabalho decente para todos (IPEA, 2024b). Esse ODS é alcançado por meio da criação de recursos humanos especializados e da promoção de inovação e tecnologia, que criam novas oportunidades de emprego e crescimento econômico. A proposta busca reduzir a dependência de produtos e tecnologias de fora, promovendo uma base industrial e tecnológica robusta dentro do país.

Isso se dá com foco no ODS 9, que se concentra na construção de infraestrutura resiliente e na promoção da industrialização inclusiva e sustentável (IPEA, 2024c). Além disso, o ODS 16 visa a construir sociedades pacíficas e inclusivas para o desenvolvimento sustentável. Com isso, exige que todos tenham acesso à justiça e que instituições sejam eficazes, responsáveis e inclusivas em todos os níveis (IPEA, 2024d). Por sua vez, o ODS 17 (IPEA, 2024e) aborda a necessidade de cooperação e parcerias estratégicas internacionais para alcançar os objetivos de desenvolvimento tecnológico e científico na área da saúde para fortalecer os meios de implementação e revitalizar a parceria global para o desenvolvimento sustentável (IPEA, 2024e).

Por fim, conforme análise histórico-documental voltada à criação, à expansão e ao aperfeiçoamento da área de economia da saúde, o DESID pode aprimorar sua atuação institucional ao adotar uma abordagem mais ampla e estratégica na formulação, implementação e integração de políticas públicas em saúde. Para isso,

é essencial considerar os diversos fatores sociais, ambientais e econômicos que afetam a saúde da população, promovendo ações intersetoriais que ampliem o impacto das iniciativas governamentais em seus diferentes níveis. O Departamento pode ainda garantir o acesso equitativo aos serviços de saúde ao desenvolver políticas que enxerguem a saúde não apenas como um direito mas também como um investimento essencial para o desenvolvimento econômico e social do país.

A otimização dos recursos públicos, aliada a uma melhor distribuição de serviços e profissionais de saúde no SUS, permite reduzir desigualdades e tornar o sistema mais eficiente e sustentável. Para isso, desenvolver e integrar políticas que contribuam para a incorporação de metodologias de avaliação econômica possibilita intervenções que geram mais benefício à população e asseguram um melhor aproveitamento dos investimentos públicos. Ao mesmo tempo, o monitoramento contínuo do desempenho dos serviços permite identificar falhas, corrigir ineficiências e alinhar o sistema de saúde brasileiro às melhores práticas internacionais. Iniciativas com esse enfoque fortalecem a governança pública, como também consolidam a economia da saúde como um campo essencial de conhecimento e de prática, fornecendo bases sólidas para políticas públicas embasadas em evidências científicas e econômicas e voltadas para a melhoria contínua do bem-estar social.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, C.; MARTINS, M. Indicadores de desempenho no Sistema Único de Saúde: uma avaliação dos avanços e lacunas. **Saúde em Debate**, [s. l.], v. 41, n. esp., p. 118-137, 2017.
- ANSELL, C.; GASH, A. Collaborative Governance in Theory and Practice. **Journal of Public Administration Research and Theory**, [s. l.], v. 18, n. 4, p. 543-571, 17 out. 2008.
- AUTIO, E. Orchestrating ecosystems: a multi-layered framework. **Innovation: Organization & Management**, [s. l.], v. 24, n. 1, p. 96-109, 2022.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016.
- BERGEK, A.; HEKKERT, M. P.; JACOBSSON, S. Functions in Innovation Systems: a framework for analysing energy system dynamics and identifying goals for system building activities by entrepreneurs and policy makers. *In*: FOXON, T.; KÖHLER, J.; OUGHTON, C. (ed.). **Innovations for a Low Carbon Economy**: Economic. Cheltenham: Edward Elgar, 2008. p. 1-32.
- BOWEN, G. A. Document Analysis as a Qualitative Research Method. **Qualitative Research Journal**, [s. l.], v. 9, n. 2, p. 27-40, 2009.
- BRASIL. **Decreto nº 9.191, de 1º de novembro de 2017**. Estabelece as normas e as diretrizes para elaboração, redação, alteração, consolidação e encaminhamento de propostas de atos normativos ao Presidente da República pelos Ministros de Estado. Disponível em: <https://legis.senado.leg.br/norma/26274171#:~:text=-Norma%20revogada%20expressamente,informa%C3%A7%C3%B5es%20em%20%22Normas%20posteriores%22.&text=Estabelece%20as%20normas%20e%20as,Rep%C3%BAblica%20pelos%20Ministros%20de%20Estado>. Acesso em: 1 ago. 2024.
- BRASIL. **Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013**. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/l12871.htm. Acesso em: 2 ago. 2024.

BRASIL. **Lei nº 14.621, de 14 de julho de 2023.** Institui a Estratégia Nacional de Formação de Especialistas para a Saúde no âmbito do Programa Mais Médicos; e altera as Leis nºs 12.871, de 22 de outubro de 2013, 13.959, de 18 de dezembro de 2019, e 13.958, de 18 de dezembro de 2019, para criar novos incentivos e regras no âmbito do Projeto Mais Médicos para o Brasil e do Exame Nacional de Revalidação de Diplomas Médicos Expedidos por Instituição de Educação Superior Estrangeira (Revalida) e para transformar a Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (Adaps) em Agência Brasileira de Apoio à Gestão do SUS (AGSUS). Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/lei/L14621.htm. Acesso em: 2 ago. 2024.

BRASIL. Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação. **Estratégia Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação 2016/2022:** Sumário Executivo. Brasília, DF: Centro de Gestão e Estudos Estratégicos, 2018a. Disponível em: https://antigo.mctic.gov.br/mctic/export/sites/institucional/ciencia/SEPED/Arquivos/PlanosDeAcao/PACTI_Sumario_executivo_Web.pdf. Acesso em: 31 jul. 2024.

BRASIL. Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação. **Plano de ação em Ciência, Tecnologia e Inovação para Saúde.** Brasília, DF: Centro de Gestão e Estudos Estratégicos, 2018b. Disponível em: https://antigo.mctic.gov.br/mctic/export/sites/institucional/ciencia/SEPED/Arquivos/PlanosDeAcao/PACTI_Saude_Web.pdf. Acesso em: 31 jul. 2024.

BRASIL. **Decreto nº 11.358, de 1º de janeiro de 2023.** Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança do Ministério da Saúde e remaneja cargos em comissão e funções de confiança. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/decreto/d11358.htm. Acesso em: 18 ago. 2024.

BRASIL. **Decreto nº 6.860, de 27 de maio de 2009.** Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde, integra o Centro de Referência Professor Hélio Fraga à estrutura da Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ, altera e acresce artigo ao Anexo I e altera o Anexo II ao Decreto no 4.725, de 9 de junho de 2003, que aprova o Estatuto e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas da FIOCRUZ, e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d6860.htm. Acesso em: 8 ago. 2024.

BRASIL. **Decreto nº 12.002, de 22 de abril de 2024.** Estabelece normas para elaboração, redação, alteração e consolidação de atos normativos. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2024/decreto/d12002.htm. Acesso em: 8 ago. 2024.

BRASIL. **Portaria nº 1.996/GB/MS, de 20 de agosto de 2007.** Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.html. Acesso em: 2 ago. 2024.

BRASIL. **Portaria nº 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004.** Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1832.pdf>. Acesso em: 1 ago. 2024.

BRASIL. **Portaria nº 2.979/GM/MS, de 12 de novembro de 2019.** Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt2979_13_11_2019.html. Acesso em: 2 ago. 2024.

BRASIL. **Decreto nº 11.715, de 26 de setembro de 2023.** Institui a Estratégia Nacional para o Desenvolvimento do Complexo Econômico-Industrial da Saúde.. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/decreto/d11715.htm. Acesso em: 18 jul. 2024.

BRASIL. **Portaria nº 4.472/GM/MS, de 20 de junho de 2024.** Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 5, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o Programa de Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo - PDP. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt4472_21_06_2024.html#:~:text=Altera%20a%20Portaria%20de%20Consolida%C3%A7%C3%A3o,para%20o%20Desenvolvimento%20Produtivo%20%2D%20PDP. Acesso em: 2 ago. 2024.

BRASIL. **Projeto de Lei nº 1505, de 6 de junho de 2022.** Estabelece os mecanismos de estímulo ao desenvolvimento e fortalecimento do Complexo Econômico e Industrial da Saúde brasileiro no âmbito da Política Nacional de Inovação Tecnológica em Saúde e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/decreto/d9191.htm#:~:text=DECRETO%20N%C2%BA%209.191%2C%20DE%201%C2%BA%20DE%20NOVEMBRO%20DE%202017&text=Estabelece%20as%20normas%20e%20as,Rep%C3%BAblica%20pelos-%20Ministros%20de%20Estado. Acesso em: 1 ago. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 6.728, de 14 de abril de 2025. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, para instituir a Rede de Economia e Desenvolvimento em Saúde – Rede Ecos. **Diário Oficial da União:** seção 1, Brasília, DF, n. 73, p. 120, 16 abr. 2025.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 14, n. 1, p. 41-65, jun. 2004.

CELLARD, A. A análise documental. *In*: POUPART, J. *et al.* **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos.** Petrópolis: Vozes, 2008. p. ?

CONSOLI, D.; MINA, A. An evolutionary perspective on health innovation systems. **Journal of Evolutionary Economics**, [s. l.], v. 19, n. 2, p. 297-319, 2009.

DEMO, P. Cuidado metodológico: signo crucial da qualidade. **Sociedade e Estado**, [s. l.], v. 17, n. 2, p. 349-373, dez. 2002.

EMERSON, K.; NABATCHI, T.; BALOGH, S. An Integrative Framework for Collaborative Governance. **Journal of Public Administration Research and Theory**, [s. l.], v. 22, n. 1, p. 1-29, 2 maio 2012.

EMERSON, K., NABATCHI, T. **Collaborative governance regimes.** Georgetown: Georgetown University Press, 2015.

FÚNCIA, Francisco R. (coord.) **Nota de política econômica:** nova política de financiamento do SUS. Texto elaborado pela Associação Brasileira de Economia da Saúde (ABrES). Rio de Janeiro: UFRJ, 2022.

FURTADO, B. A.; SAKOWSKI, P. A. M.; TÓVOLLI, M. H. (ed.). **Modelagem de sistemas complexos para políticas públicas.** Brasília, DF: IPEA, 2015.

GADELHA, C. A. G. O complexo industrial da saúde e a necessidade de uma política de desenvolvimento. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 3, p. 321-328, 2001.

GADELHA, C. A. M. O complexo industrial da saúde e a necessidade de um enfoque dinâmico na economia da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 521-535, 2003.

GADELHA, C. A. G. Desenvolvimento, complexo industrial da saúde e política industrial. **Revista de Saúde Pública**, [s. l.], v. 40, n. esp., p. 11-23, 2006.

GADELHA, C. A. G.; COSTA, L. S.; MALDONADO, J. O Complexo Econômico- Industrial da Saúde e a dimensão social e econômica do desenvolvimento. **Revista de Saúde Pública**, [s. l.], v. 46, n. supl., p. 21-28, 2012.

GADELHA, C. A. G.; TEMPORÃO, J. G. Desenvolvimento, Inovação e Saúde: a perspectiva teórica e política do Complexo Econômico-Industrial da Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1.891-1.902, jun. 2018.

GADELHA, C. A. G. O Complexo Econômico-Industrial da Saúde 4.0: por uma visão integrada do desenvolvimento econômico, social e ambiental. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 16, n. 28, p. 25-50, 2021.

GADELHA, C. A. G. A Saúde como opção estratégica para o desenvolvimento do Brasil. In: GADELHA, C. A. G. (coord.). **Saúde é desenvolvimento: o complexo econômico-industrial da saúde como opção estratégica nacional**. Rio de Janeiro: Fiocruz – CEE, 2022. p. xx-xx.

GIOVANELLA, L. *et al.* Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 23, n. 6, p. 1.763-1.776, 2018.

GOMES, L. A. V. *et al.* Unpacking the innovation ecosystem construct: evolution, gaps and trends. **Technological Forecasting and Social Change**, [s. l.], v. 136, p. 30-48, 2018.

GRANSTRAND, O.; HOLGERSSON, M. Innovation ecosystems: a conceptual review and a new definition. **Technovation**, [s. l.], v. 90-91, 2020.

GUIMARÃES, R. *et al.* Política de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (CT&I/S): uma atualização para debate. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 26, n. 12, p. 6.105-6.116, 2021.

HALVORSEN, T. *et al.* **On the differences between public and private sector innovation**. Oslo: NIFU STEP, 2015.

HJØRLAND, B. Semantics and knowledge organization. **Annual Review of Information Science and Technology**, [s. l.], v. 41, n. 1, p. 367-405, 2007. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/aris.2007.1440410115/full>. Acesso em: 29 jul. 2024.

IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Agenda 2030**: objetivos de desenvolvimento sustentável: avaliação do progresso das principais metas globais para o Brasil: ODS 3: assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades. Brasília, DF: IPEA, 2024a. (Cadernos ODS, 3). DOI: <http://dx.doi.org/10.38116/ri2024ODS3>.

IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Agenda 2030**: objetivos de desenvolvimento sustentável: avaliação do progresso das principais metas globais para o Brasil: ODS 8: promover o crescimento econômico sustentado, inclusivo e sustentável, emprego pleno e produtivo e trabalho decente para todas e todos. Brasília, DF: IPEA, 2024b. (Cadernos ODS, 8). DOI: <http://dx.doi.org/10.38116/ri2024ODS8>.

IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Agenda 2030**: objetivos de desenvolvimento sustentável: avaliação do progresso das principais metas globais para o Brasil: ODS 9: construir infraestruturas resilientes, promover a industrialização inclusiva e sustentável, e fomentar a inovação. Brasília, DF: IPEA, 2024c. (Cadernos ODS, 9). DOI: <http://dx.doi.org/10.38116/ri2024ODS9>.

IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Agenda 2030**: objetivos de desenvolvimento sustentável: avaliação do progresso das principais metas globais para o Brasil: ODS 16: promover sociedades pacíficas e inclusivas para o desenvolvimento sustentável, proporcionar o acesso à justiça para todos e construir instituições eficazes, responsáveis e inclusivas em todos os níveis. Brasília, DF: IPEA, 2024d. (Cadernos ODS, 16). DOI: <http://dx.doi.org/10.38116/ri2024ODS16>.

IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Agenda 2030**: objetivos de desenvolvimento sustentável: avaliação do progresso das principais metas globais para o Brasil: ODS 17: meios de implementação. Brasília: IPEA, 2024e. (Cadernos ODS, 17). DOI: <http://dx.doi.org/10.38116/ri2024ODS17>.

ISO. International Organization for Standardization. ISO 25964-1. **Information and documentation** — Thesauri and interoperability with other vocabularies. 2011. Disponível em: <https://www.iso.org/standard/53657.html>. Acesso em: 2 ago. 2024.

KÖNNÖLA, T. *et al.* Transformative governance of innovation ecosystems. **Technological Forecasting & Social Change**, [s. l.], v. 173, p. 1-14, 2021.

LARISCH, L.-M.; AMER-WAHLIN, I.; HIDEFJALL, P. Understanding healthcare innovation systems: the Stockholm region case. **Journal of Health Organization and Management**, [s. l.], v. 30, n. 8, p. 1.221-1.241, nov. 2016. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/311550806_Understanding_healthcare_innovation_systems_the_Stockholm_region_case. Acesso em: 2 ago. 2024.

LASSANCE, A. **Análise Ex Ante de Políticas Públicas**: fundamentos teórico-conceituais e orientações metodológicas para a sua aplicação prática. Rio de Janeiro: IPEA, 2022. (Texto para Discussão, n. 2817). Disponível em: https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/11399/2/TD_2817_Analise_ExAnte.pdf. Acesso em: 7 dez. 2023.

LOBATO, L. V. C.; GIOVANELLA, L. Sistemas de Saúde: origens, componentes e dinâmica. *In*: GIOVANELLA, L. (org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2. ed. rev. e amp. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 89-120.

MAIA, L. S.; LIMA, G. Â.; MACULAN, B. C. M. D. S. Taxonomia dos tipos de relações semânticas para a organização e a representação do conhecimento: uma proposta a partir da literatura. **Tendências da Pesquisa Brasileira em Ciência da Informação**, [s. l.], v. 10, n. 2, 2017. Disponível em: <https://revistas.ancib.org/index.php/tpbci/article/view/419>. Acesso em: 7 dez. 2023.

MENEGHETTI, F. K. O que é um ensaio-teórico? **Revista de Administração Contemporânea**, [s. l.], v. 15, n. 2, p. 320-332, mar. 2011.

MORIN, E. **Ciência com Consciência**. 11. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2008.

MORIN, E. É hora de mudarmos de via: lições do coronavírus. 2. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2021.

MORIN, E.; VIVERT, P. **Como viver em tempo de crise?** Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2013.

OCKÉ-REIS, C. O. (org.). **SUS**: avaliação da eficiência do gasto público em saúde. Brasília, DF: IPEA/CONASS/OPAS, 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. OMS. **Global spending on health: emerging from the pandemic.** Genebra: World Health Organization, 2024.

ONU. Organização das Nações Unidas. Transformando nosso mundo: a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável. **Nações Unidas Brasil.** 2015. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/91863-agenda-2030-para-o-desenvolvimento-sustent%C3%A1vel>. Acesso em: 31 jul. 2024.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. **As funções essenciais de saúde pública nas Américas:** uma renovação para o século 21. Marco conceitual e descrição. Washington, DC: OPAS, 2022. (Série Saúde Universal). Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/55678?show=full>. Acesso em: 31 jul. 2024.

PAIM, J. S. SUS: desafios e perspectivas. **Revista Consensus**, Brasília, DF, v. 2, p. 33-36, 2011. Disponível em: <https://www.conass.org.br/consensus/wp-content/>. Acesso em: 30 jul. 2024.

PAIM, J.; TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C.; BAHIA, L.; MACINKO, J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet**, [s. l.], v. 377, n. 9.779, p. 1.778-1.797, 9 maio 2011. DOI: 10.1016/S0140-6736(11)60054-8. Acesso em: 31 jul. 2024.

PAPANICOLAS, I. *et al.* **Health system performance assessment:** a framework for policy analysis. Copenhagen (Denmark): European Observatory on Health Systems and Policies, 2022.

PNUD. Programa das Nações Unidas para o desenvolvimento. **Relatório especial 2023**. 25 anos – desenvolvimento humano no Brasil: construir caminhos, pactuando novos horizontes. Brasília, DF: PNUD, 2024. Disponível em: <https://www.undp.org/pt/brazil/publications/relatorio-especial-2023-25-anos-desenvolvimento-humano-no-brasil#:~:text=22%20de%20May%20de%202024,ser%20medido%20al%C3%A9m%20da%20renda>. Acesso em: 30 jul. 2024.

RAND, W. Sistemas complexos: conceitos, literatura, possibilidades e limitações. In: FURTADO, B. A.; SAKOWSKI, P.; TÓVOLI, M. H. (ed.). **Modelagem de sistemas complexos para políticas públicas**. Brasília, DF: IPEA, , 2015. p. 23-63.

SAFATLE, V. **Alfabeto das colisões**. São Paulo: UBU, 2024.

SIMONE, A. L. M. *et al.* Disponibilidade dos dados de saúde pública brasileira sobre compras federais de medicamentos oncológicos. **Jornal de Assistência Farmacêutica e Farmacoeconomia**, [s. l.], v. 1, n. s. 2, 2023.

SOUZA, C. **Coordenação de políticas públicas**. Brasília, DF: ENAP, 2018.

TEIXEIRA, H. V.; TEIXEIRA, M. G. Financiamento da saúde pública no Brasil: a experiência do Siops. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 8, p. 379-391, 2003.

THOMAS, L. D. W.; AUTIO, E. Innovation ecosystems in management: an organizing typology. In: ALDAG, R. (ed.). **Oxford Research Encyclopedia of Business and Management**. Oxford: Oxford University Press, 2020. p. xx-xx.

THOMAS, L. D. W.; AUTIO, E.; GANN, D. M. Processes of ecosystem emergence. **Technovation**, [s. l.], v. 115, p. 102.441, jul. 2022.

VALENTIM, R. A. M. *et al.* A relevância de um ecossistema tecnológico no enfrentamento à Covid-19 no Sistema Único de Saúde: o caso do Rio Grande do Norte, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 26, n. 6, p. 2.035-2.052, jun. 2021.

VIACAVA, F. *et al.* Avaliação de desempenho de sistemas de saúde: um modelo de análise. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 17, n. 4, p. 921-934, 2012.

WIECZOREK, A. J.; HEKKERT, M. P. Systemic instruments for systemic innovation problems: a framework for policy makers and innovation scholars. **Science and Public Policy**, Oxford, v. 39, n. 1, p. 74-87, 2012. Disponível em: <https://econpapers.repec.org/RePEc:oup:scippl:v:39:y:2012:i:1:p:74-87>. Acesso em: 30 jul. 2024.

WILLIAMS, A. Health Economics: The Cheerful Face of the Dismal Science? **Health and Economics**, [s. l.], v. 1, p. 1–11, 1987

APÊNDICE

Repositório online com a catalogação de documentos estratégicos para a política nacional de economia da saúde

LINK: https://docs.google.com/spreadsheets/d/1th-ZXo9qD_TjCMII-PNLEgiywHn1I8I3Io6K7knfLx9c/edit?gid=945015418#gid=945015418

