REVISTA TÓPICOS
ISSN 2965-6672 | Qualis A2

A CARGA DO DIABETES NO BRASIL E IMPACTOS NA SUSTENTABILIDADE DO SUS: ANÁLISE INTEGRADA DO VIGITEL 2023 E DAS AUDITORIAS

HEALTH SYSTEM GOVERNANCE AND DIABETES CARE IN BRAZIL: EVIDENCE FROM VIGITEL 2023 AND DENASUS AUDITS

Ciências da Saúde, Ciências Sociais Aplicadas • 29/06/2026

REGISTRO DOI: 10.70773/revistatopicos/782621875

Gabriela Furtado Neves
Claudia Maria Fileno Miranda
Susana Henriques
José Adailton da Silva
Marianne Dantas Farias Vieira

RESUMO

Este estudo analisa a carga do diabetes mellitus no Brasil e suas implicações para a sustentabilidade socioeconômica do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir da articulação entre dados epidemiológicos do Vigitel Brasil 2023 e achados de auditorias do Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DenaSUS) relacionadas à Assistência Farmacêutica Básica. Trata-se de estudo documental, de abordagem qualitativa e caráter analítico-descritivo, baseado em duas fontes secundárias: indicadores do Vigitel 2023 e relatórios de auditoriarelacionados com o cuidado ao diabetes. A análise evidenciou elevada frequência autorreferida de diabetes na população adulta, associada a fatores como envelhecimento, excesso de peso e ausência de prática esportiva. Nos relatórios de auditoria, observaram-se fragilidades recorrentes na gestão no acompanhamento da linha do cuidado do diabetes. Os achados sugerem que a elevada carga do diabetes tende a produzir efeitos mais gravosos em contextos marcados por limitações de gestão e governança, com repercussões sobre a continuidade do tratamento, a eficiência do gasto público e a equidade em saúde.

Palavras-chave: Diabetes mellitus; Sistema Único de Saúde; Assistência farmacêutica; Auditoria em saúde; Sustentabilidade.

ABSTRACT

This study analyzes the burden of diabetes mellitus in Brazil and its implications for the socioeconomic sustainability of the Unified Health System (SUS), based on the integration of epidemiological data from Vigitel Brazil 2023 and audit findings from the National Audit Department of the SUS (DenaSUS) related to Basic Pharmaceutical Assistance. This is a qualitative, analytical-descriptive documentary study based on two secondary sources: Vigitel 2023 indicators and audit reports related to diabetes care. The

analysis revealed a high self-reported frequency of diabetes in the adult population, associated with factors such as aging, excess weight, and a lack of physical activity. The audit reports showed recurring weaknesses in management and the monitoring of the diabetes care line. The findings suggest that the high burden of diabetes tends to produce more severe effects in contexts marked by management and governance limitations, with repercussions for treatment continuity, public spending efficiency, and health equity.
Keywords: Diabetes mellitus; Unified Health System; Pharmaceutical assistance; Health audit; Sustainability.

INTRODUÇÃO

No Brasil, dados do Ministério da Saúde, por meio do Vigitel 2023[1], evidenciam que mais de 10% da população adulta refere diagnóstico de diabetes mellitus, percentual convergente com estimativas da International Diabetes Federation[2] (IDF). O crescimento da carga da doença ocorre em paralelo ao envelhecimento populacional, ao aumento do excesso de peso e à persistência de desigualdades sociais, o que amplia a pressão sobre a Atenção Primária à Saúde e sobre o financiamento público do cuidado.

Além da dimensão epidemiológica, o diabetes apresenta importante repercussão socioeconômica. Seus custos diretos incluem consultas, exames, medicamentos, insumos e tratamento de complicações; os custos indiretos abrangem perda de produtividade, afastamentos laborais e aposentadorias precoces. Nesse contexto, a sustentabilidade do cuidado ao diabetes no Sistema Único de Saúde (SUS) depende não apenas de ações clínicas e preventivas, mas também garantia de acesso contínuo a medicamentos,

coordenação da linha do cuidado e uso eficiente dos recursos públicos.

O estudo tem por objetivo analisar, de forma integrada, indicadores do Vigitel Brasil 2023[1] e achados de auditorias do Departamento Nacional de Auditoria do Sistema Único de Saúde (DenaSUS) relacionadas à Assistência Farmacêutica Básica, buscando identificar fragilidades que podem agravar os desafios colocados pela carga do diabetes à sustentabilidade socioeconômica do SUS. Ao fazê-lo, pretende-se oferecer uma leitura analítica que articula epidemiologia, gestão pública e governança em saúde, especificamente, procura identificar convergências entre a magnitude da doença e as fragilidades institucionais evidenciadas nas auditorias, discutir os seus efeitos sobre a eficiência do gasto público, examinar o fortalecimento da governança e da assistência farmacêutica pode contribuir para melhores desfechos em saúde e para o cumprimento dos compromissos assumidos na Agenda 2030, o ODS 3 (Saúde e Bem-Estar) e o ODS 16 (Paz, Justiça e Instituições Eficazes).

DIABETES MELLITUS COMO DESAFIO SOCIOECONÔMICO NO BRASIL

Impactos do Diabetes na Morbimortalidade e nos Custos em Saúde

O diabetes mellitus é uma das principais causas de morbimortalidade mundial, associado a complicações micro e macrovasculares que elevam o risco de incapacidade e morte prematura[4,5]. No Brasil, observa-se tendência crescente da mortalidade direta ou indireta pelo diabetes, sobretudo em

contextos de desigualdade social, baixa escolaridade e acesso limitado à saúde, evidenciando a influência dos determinantes sociais nos desfechos clínicos[6,7].

Diabetes impacta a morbimortalidade e gera altos custos por tratamentos contínuos e complicações evitáveis. Gastos principais advêm de internações evitáveis na atenção primária, procedimentos complexos e uso prolongado de insumos. No SUS, o diabetes — associado a obesidade e hipertensão — eleva a pressão orçamentária, limitando ações de prevenção e promoção da saúde[8-10].

Sob a ótica da sustentabilidade socioeconômica, o diabetes afeta produtividade, absenteísmo e aposentadoria precoce[11]. A alta prevalência, complicações e custos reforçam a necessidade de prevenção, diagnóstico oportuno e cuidado contínuo, com fortalecimento da Atenção Primária e da assistência farmacêutica[12,13].

Nesse sentido, o enfrentamento do diabetes requer não apenas intervenções clínicas, mas também políticas públicas orientadas por evidências, capazes de reduzir desigualdades, otimizar o uso de recursos e mitigar os impactos econômicos e sociais associados à doença crônica[4,6,14].

Desigualdades Sociais, Territoriais e Institucionais no Cuidado na Atenção Primária

As desigualdades sociais influenciam acesso, uso e qualidade da Atenção Primária, gerando desfechos distintos entre grupos. Pessoas em maior vulnerabilidade, com baixa renda e escolaridade,

enfrentam maior exposição a riscos, diagnóstico tardio e dificuldade de adesão ao tratamento do diabetes[15,16]. Essas desigualdades reduzem a efetividade da Atenção Primária, ampliam complicações evitáveis e impactam morbimortalidade e custos em saúde[17].

Territorialmente, as desigualdades se destacam entre regiões e municípios, sobretudo em grandes centros urbanos e capitais heterogêneas. Diferenças na oferta de serviços, cobertura e resolutividade da Estratégia Saúde da Família, além de barreiras geográficas e logísticas, dificultam o acesso contínuo à Atenção Primária em Saúde[18,19.] No Norte e Nordeste, essas limitações se agravam, aumentando a dependência de serviços de maior complexidade e as internações por condições sensíveis à APS[20-22].

A superação das desigualdades sociais, territoriais e institucionais no âmbito da Atenção Primária à Saúde requer estratégias integradas que articulem fortalecimento, qualificação da gestão pública e políticas intersetoriais voltadas à redução das iniquidades sociais[13,24]. O aprimoramento da governança, da alocação de recursos e dos mecanismos de monitoramento e avaliação constitui elemento central para garantir maior equidade e sustentabilidade do Sistema Único de Saúde. Nesse sentido, o enfrentamento das desigualdades no cuidado em saúde alinha-se diretamente aos compromissos assumidos na Agenda 2030, referente à Saúde e bem-estar e redução das desigualdades, reforçando APS como eixo estruturante do sistema de saúde[24,25].

AUDITORIAS DO SUS E O CONTROLE DA POLÍTICA DE ATENÇÃO AO DIABETES

O DenaSUS assume papel institucional estratégico no fortalecimento da governança do SUS, ao atuar como instrumento de controle, avaliação e indução de melhorias na gestão pública da saúde[26,27].

As auditorias do DenaSUS identificaram fragilidades na assistência farmacêutica da Atenção Básica, na linha de cuidado do diabetes e na execução orçamentária, gerando evidências para decisões e aprimoramento de políticas. Esse papel é crucial em territórios mais desiguais, onde limitações institucionais ampliam os impactos da doença e comprometem a sustentabilidade do SUS. Ao promover transparência, responsabilização e eficiência no uso de recursos, o DenaSUS fortalece a governança, reduz assimetrias regionais e aumenta a efetividade das ações contra doenças crônicas, em consonância com os princípios do SUS e a Agenda 2030[26,27].

SUSTENTABILIDADE SOCIOECONÔMICA DO SUS NO ENFRENTAMENTO DO DIABETES

Racionalidade do Gasto Público e Eficiência na Alocação de Recursos

A racionalidade do gasto público em saúde constitui elemento central para a sustentabilidade do SUS como sistema de acesso universal[28], especialmente em contextos de restrição orçamentária, aumento exponencial de judicialização na saúde, crescente demanda por serviços decorrentes do envelhecimento populacional e da expansão das doenças crônicas não transmissíveis.

A alocação eficiente dos recursos pressupõe a priorização de intervenções custo-efetivas, o fortalecimento da Atenção Primária à

Saúde e a organização de redes assistenciais capazes de reduzir desperdícios, duplicidades e gastos evitáveis[13]. Evidências indicam que sistemas de saúde orientados por uma APS robusta são mais resolutivas, maior equidade e uso mais racional dos recursos públicos, ao reduzir internações por condições sensíveis à atenção primária e a dependência de serviços de alta complexidade[17,19].

No contexto do SUS, a eficiência na alocação dos recursos está diretamente relacionada à qualidade da governança, ao planejamento e aos mecanismos de controle e avaliação da gestão pública[31,32]. Nesse sentido, instrumentos de auditoria e avaliação assumem papel estratégico ao identificar impropriedades e subsidiar a tomada de decisão baseada em evidências, contribuindo para maior transparência, eficiência e sustentabilidade do SUS. A racionalização do gasto público, portanto, não se restringe à contenção de despesas, mas envolve o aprimoramento institucional e a qualificação da gestão, em consonância com os princípios da equidade, integralidade e eficiência na administração pública[31,14].

O custo-efetividade no SUS está diretamente associada à capacidade de identificar, corrigir e prevenir ineficiências na gestão e na execução das políticas públicas, papel no qual as auditorias do SUS assumem função estratégica. Ao avaliarem a conformidade dos processos, a aplicação dos recursos e os resultados alcançados, as auditorias contribuem para a otimização dos recursos públicos, direcionando investimentos para ações com maior retorno em termos de desfechos em saúde[33,34]. As evidências apontam que a identificação precoce de falhas na assistência, no planejamento e na organização da Atenção Primária permite reduzir desperdícios, evitar gastos desnecessários com internações e procedimentos de

alta complexidade e ampliar a efetividade das intervenções voltadas às doenças crônicas, como o diabetes mellitus[9,17].

Nesse sentido, as auditorias do SUS configuram-se como instrumentos para promover custo-efetividade ao induzir melhorias na governança, na transparência e na tomada de decisão baseada em evidências[30,31]. Assim, a incorporação sistemática dos achados das auditorias ao ciclo de planejamento e gestão do SUS potencializa ganhos em eficiência, equidade e sustentabilidade socioeconômica, alinhando-se aos princípios constitucionais do sistema e aos compromissos da Agenda 2030, especialmente no que se refere à promoção de sistemas de saúde eficazes, transparentes e responsáveis[14,33].

Interfaces com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável 3 e 16 da Agenda 2030

O enfrentamento do diabetes mellitus dialoga diretamente ODS 3, que visa assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos. O controle do diabetes exige sistemas de saúde organizados para garantir diagnóstico oportuno, tratamento contínuo e monitoramento clínico, sobretudo na Atenção Primária. Fragilidades na assistência e na continuidade do cuidado agravam complicações evitáveis, elevam morbimortalidade e pressionam serviços de maior complexidade, dificultando o cumprimento das metas do ODS 3 sobre redução da mortalidade prematura e ampliação da cobertura universal de saúde[35,4].

As auditorias do SUS são instrumentos estratégicos para o ODS 16, ao avaliar recursos, processos e efetividade das ações de saúde. No cuidado ao diabetes, evidenciam fragilidades institucionais que

afetam eficiência do gasto e equidade no acesso, reforçando a relação entre boa governança e melhores resultados em saúde[30,34].

A interface entre ODS 3 e 16 mostra que enfrentar o diabetes depende de fortalecimento institucional e gestão pública qualificada. As auditorias do SUS, ao identificar riscos e oportunidades, induzem melhorias na atenção, assistência farmacêutica e alocação de recursos, promovendo eficiência, equidade e sustentabilidade. A integração entre cuidados, políticas e mecanismos de controle alinha o enfrentamento do diabetes à Agenda 2030, reforçando o papel das auditorias na efetivação do direito à saúde e no fortalecimento das instituições[4,14,21].

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo documental, de abordagem qualitativa e caráter analítico-descritivo, desenvolvido a partir da integração de duas fontes secundárias de dados: (i) os indicadores epidemiológicos do Vigitel Brasil 2023 e (ii) relatórios de auditoria do Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DenaSUS) relacionados à Assistência Farmacêutica Básica. O estudo não busca testar relações causais, mas identificar convergências analíticas entre a carga do diabetes e fragilidades institucionais com potencial repercussão sobre a sustentabilidade socioeconômica do SUS.

Fontes de Dados

A primeira fonte foi o Vigitel 2023, inquérito telefônico nacional que monitora fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais e DF. Consideraram-se indicadores de diabetes autorreferido, tratamento, estado nutricional e atividade física. A

segunda fonte foram relatórios de auditoria (2016–2024) sobre Assistência Farmacêutica Básica, focados em achados sobre diabetes, como disponibilidade de medicamentos, planejamento, aquisição, dispensação, linha de cuidado e governança.

Seleção da Amostra Documental

Entre 2016 e 2024, identificaram-se 1.230 auditorias farmacêuticas no DenaSUS, sendo 61 de Assistência Farmacêutica Básica. O *corpus* foi delimitado a estas 61 devido à adesão ao cuidado do diabetes na Atenção Primária. Após seleção por etapas e critérios de inclusão — como achados sobre medicamentos, insumos e falhas de gestão no manejo da doença — a amostra final foi de 11 auditorias.

Tabela 1. Critérios de seleção da amostra documental

Etapa	Descrição
Período analisado	1 de janeiro de 2016 a 31 de dezembro de 2024
Universo	1.230 auditorias relacionadas à área farmacêutica no âmbito do DenaSUS
Recorte temático	61 auditorias da Assistência Farmacêutica Básica
Exclusão inicial	1.169 auditorias referentes ao Programa Farmácia Popular do Brasil
Critérios inclusivos	Relatórios com achados explícitos sobre medicamentos, insumos, organização do cuidado ou falhas de gestão com potencial impacto sobre o manejo do diabetes mellitus
Critérios exclusivos	Relatórios sem menção direta ou indireta ao cuidado do diabetes

Amostra final	11 auditorias

Fonte: elaboração própria.

Procedimentos de Análise

Relatórios lidos integralmente tiveram evidências extraídas sistematicamente. Para cada auditoria, registraram-se: local, ano, objeto, inconformidades, recomendações e impactos no cuidado ao diabetes. Achados foram agrupados em: (a) acesso a itens; (b) planejamento/aquisição; (c) estoque/dispensação; (d) linha de cuidado; e (e) governança e recursos.

Estratégia de Integração das Evidências

A integração entre Vigitel e auditorias foi interpretativa, buscando convergências entre a carga do diabetes e fragilidades institucionais que comprometem o SUS. Dados epidemiológicos contextualizaram a relevância sanitária, enquanto as auditorias revelaram obstáculos operacionais e gerenciais em assistência farmacêutica e governança.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Caracterização da Amostra Documental

A amostra final do estudo foi composta por 11 auditorias realizadas em municípios distribuídos por seis unidades federativas brasileiras: Rio de Janeiro (Bom Jardim, Teresópolis e Rio de Janeiro), Pará (Abaetetuba, Belém e Óbidos), Rio Grande do Sul (Casca e Rio Pardo), Santa Catarina (Imaruí), Maranhão (Chapadinha) e Piauí (Teresina). Essa distribuição contempla capitais e municípios do

interior, permitindo observar diferentes contextos de organização da assistência farmacêutica e da atenção ao diabetes no âmbito da Atenção Primária à Saúde.

A diversidade territorial da amostra confere maior amplitude à análise documental, ao incluir realidades administrativas, demográficas e socioeconômicas distintas. Ainda que não permita generalização estatística, essa composição favorece a identificação de fragilidades recorrentes na gestão da assistência farmacêutica básica e na organização da linha do cuidado ao diabetes em diferentes contextos do SUS.

Achados das Auditorias Sobre Assistência Farmacêutica e Linha do Cuidado

Os relatórios de auditoria mostraram fragilidades recorrentes na Assistência Farmacêutica Básica, com impacto no cuidado ao diabetes no SUS. Destacaram-se problemas de acesso e disponibilidade de medicamentos, falhas de aquisição, limitações na linha de cuidado e insuficiências de governança e controle. Houve desabastecimento de itens da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME)[39], em desacordo com a Política Nacional de Medicamentos[40], embora em alguns locais insumos para monitoramento glicêmico estivessem disponíveis. Impropriedades incluíram dispensas de licitação sem contrato, uso ineficiente de recursos, investimento abaixo do mínimo e compras acima dos preços oficiais, inclusive de itens não incorporados à Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME). Também foram observadas falhas organizacionais: ausência de farmacêuticos, falta de fluxos padronizados e metodologias insuficientes de acompanhamento. Parte dos achados resultou em devolução de R$

2,3 milhões ao erário e custos diretos de R$ 28,6 mil. Em conjunto, revelam limitações estruturais na gestão da assistência farmacêutica e do cuidado ao diabetes, comprometendo continuidade terapêutica, qualidade da atenção e capacidade institucional do SUS.

Discussão dos Achados das Auditorias Sob a Ótica da Sustentabilidade Socioeconômica

A análise das auditorias selecionadas permite sustentar que as fragilidades identificadas na Assistência Farmacêutica Básica ultrapassam o plano estritamente operacional, assumindo implicações relevantes para a sustentabilidade socioeconômica do SUS. Problemas como desabastecimento de medicamentos, falhas em processos licitatórios, insuficiência de planejamento e limitações na organização da linha do cuidado tendem a comprometer a continuidade terapêutica e a reduzir a efetividade das respostas públicas dirigidas ao diabetes mellitus.[35,32,42]

Sob a ótica da sustentabilidade, esses achados são particularmente relevantes porque afetam dimensões centrais do cuidado às doenças crônicas, nomeadamente a regularidade do tratamento, o uso racional de medicamentos, a prevenção de complicações assistenciais. Em contextos marcados por maior vulnerabilidade social e dependência do SUS, tais fragilidades podem agravar desigualdades no acesso e ampliar o risco de desfechos evitáveis, com repercussões sobre a morbimortalidade e os custos assistenciais.[15,41,42]

As auditorias assumem relevância estratégica ao evidenciar limitações institucionais que afetam simultaneamente a eficiência

do gasto público, a equidade no acesso aos cuidados e a capacidade do SUS de responder de forma continuada às necessidades das pessoas com diabetes.[15,42,44,45]

Nessa perspectiva, os achados dialogam com uma agenda mais ampla de fortalecimento institucional e de qualificação da gestão pública em saúde. Ainda que não permitam inferência causal, eles sugerem que o enfrentamento sustentável do diabetes exige não apenas intervenções clínicas e preventivas, mas também maior robustez nos mecanismos de governança, controle, planejamento e assistência farmacêutica.[13,15,16-17]

Indicadores do VIGITEL – 2023 e o estudo

O VIGITEL (Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico) é inquérito anual realizado pelo Ministério da Saúde do Brasil, com o objetivo de monitorar fatores de risco e proteção relacionados às doenças crônicas não transmissíveis na população adulta das capitais brasileiras e do Distrito Federal. Em 2023, o inquérito totalizou 21.690 entrevistados, configurando uma importante base de informação para a compreensão da carga epidemiológica do diabetes mellitus no país.[1]

Para além do diagnóstico autorreferido da doença, os dados do VIGITEL permitem contextualizar fatores associados ao risco e ao manejo do diabetes. Nesse sentido, a distribuição do índice de massa corporal evidenciou elevada concentração de excesso de peso na população analisada, com predomínio de categorias de sobrepeso e obesidade, enquanto os indicadores de atividade física mostraram que parcela expressiva dos entrevistados permaneceu fisicamente inativa ou com prática insuficiente. Em conjunto, esses

resultados reforçam a relevância do diabetes no quadro das doenças crônicas não transmissíveis e a necessidade de estratégias integradas de promoção da saúde, prevenção e acompanhamento no âmbito do SUS.[1,53-47]

Tabela 2. Indicadores de perfil de risco e comportamento em saúde no VIGITEL 2023

Indicador	Síntese
Estado nutricional	Predomínio de sobrepeso e obesidade na amostra
Atividade física nos últimos 90 dias	12.639 praticaram; 9.051 não praticaram
Prática ao menos uma vez por semana	11.914 sim; 725 não
Frequência predominante	3 a 4 dias por semana (4.520), seguida de 5 a 6 dias (3.327) e 1 a 2 dias (2.967); 1.100 relataram prática diária

Fonte: elaboração própria.

No que se refere especificamente ao autorrelato de diabetes, 2.826 entrevistados declararam possuir diagnóstico da doença, enquanto 18.851 informaram não ter diabetes e 13 afirmaram não saber sua condição. Esses resultados evidenciam a presença expressiva do diabetes mellitus na população analisada, corroborando sua importância como problema de saúde pública e impactos relevantes sobre a morbimortalidade e os custos assistenciais.[1,12]

Em relação ao tratamento, observou-se que 2.577 entrevistados com diagnóstico referido já haviam recebido prescrição de

medicamentos para diabetes, ao passo que 246 relataram nunca ter recebido prescrição e 3 não souberam responder. Quanto ao uso atual de medicamentos, 2.315 indivíduos informaram estar em tratamento farmacológico , enquanto 510 declararam não fazer uso de medicamentos e 1 não soube informar. Entre os respondentes, 564 relataram uso de insulina e 2.262 afirmaram não utilizar esse recurso terapêutico. Esses dados sugerem elevada dependência de acompanhamento clínico contínuo, acesso regular a medicamentos e adequada organização da assistência, especialmente no âmbito da Atenção Primária à Saúde[1,58]

Tabela 3. Indicadores selecionados do VIGITEL Brasil 2023 utilizados no estudo

Indicador	n
Entrevistados totais	21.690
Diabetes autorreferido	2.826
Sem diabetes	18.851
Não sabe	13
Já recebeu prescrição	2.577
Nunca recebeu prescrição	246
Não soube responder sobre prescrição	3
Em uso atual de medicamentos	2.315
Não utiliza medicamentos no momento	510
Não soube informar uso atual	1
Uso de insulina	564
Não utiliza insulina	2.262

Fonte: elaboração própria.

Conjuntamente, os indicadores do VIGITEL 2023 mostram que o diabetes não constitui apenas um agravo de elevada frequência, mas também uma condição que exige seguimento terapêutico permanente e ações preventivas e controle dos fatores de risco. Por essa razão, os dados do inquérito oferecem base empírica relevante para a interpretação dos achados das auditorias do DenaSUS, no que se refere à continuidade do cuidado, à organização da assistência farmacêutica e à sustentabilidade das respostas do SUS frente às doenças crônicas.[1, 59-62]

Análise Integrada Entre VIGITEL 2023 e Auditorias Sob a Ótica da Sustentabilidade Socioeconômica

O confronto entre os dados do Vigitel 2023 e os achados das auditorias do DenaSUS permite sustentar que o diabetes mellitus, além de constituir um importante agravo epidemiológico, está fortemente associado a fatores estruturais e socioeconômicos que condicionam a capacidade de resposta do SUS.

De acordo com o Vigitel 2023, a prevalência autorreferida de diabetes entre adultos brasileiros foi de cerca de 10,2%, correspondendo aum em cada dez adultos com diagnóstico da condição em 2023[1]. Estimativas do IDF indicam que aproximadamente 10,5% da população adulta brasileira entre 20 e 79 anos vivia com diabetes em 2024, o que equivale a cerca de 16,6 milhões de pessoas[2]. Uníssono que o diabetes exige acompanhamento contínuo, uso regular de medicamentos e linha de cuidado organizada.

Ao mesmo tempo, as auditorias evidenciam fragilidades na gestão da Assistência Farmacêutica Básica: desabastecimento de medicamentos, falhas em processos licitatórios, insuficiência de planejamento e deficiências na organização da linha do cuidado. Essas evidências sugerem que o diabetes tende a produzir efeitos mais gravosos em contextos marcados por limitações de gestão , comprometendo a continuidade do tratamento, favorecendo a ocorrência de complicações evitáveis e ampliando os custos assistenciais.[13,15,16-17]

Do ponto de vista da sustentabilidade socioeconômica, tais fragilidades afetam negativamente a eficiência do uso dos recursos públicos, aumentam a pressão sobre os serviços de média e alta complexidade e reduzem a capacidade do sistema de responder de forma equitativa e continuada às necessidades das pessoas com diabetes. Desse modo, o enfrentamento da doença exige não apenas abordagens clínicas e preventivas, mas também o fortalecimento da governança, da gestão pública e da assistência farmacêutica, como condições essenciais para alinhar melhores resultados em saúde com maior sustentabilidade do SUS.[13,14,15]

CONCLUSÃO

A análise integrada dos dados do Vigitel Brasil 2023 e dos achados das auditorias do DenaSUS permite sustentar que o diabetes mellitus constitui um desafio relevante para a sustentabilidade socioeconômica do SUS, não apenas pela magnitude de sua carga epidemiológica, mas pelas exigências que impõe à organização do cuidado, à assistência farmacêutica e à gestão dos recursos públicos. A prevalência autorreferida da doença, acima de 10% da população adulta, confirma a importância do agravo, ao passo que os

resultados do inquérito evidenciam a necessidade de acompanhamento contínuo, uso regular de medicamentos e ações consistentes de prevenção e controle dos fatores de risco.

Em paralelo, as auditorias analisadas revelaram fragilidades recorrentes na Assistência Farmacêutica Básica, desde desabastecimento de medicamentos a limitações na organização da linha do cuidado.

Do ponto de vista acadêmico, o estudo contribui ao aproximar duas fontes de evidência frequentemente analisadas de forma separada: dados epidemiológicos populacionais e evidências produzidas por auditorias públicas. A articulação permite ampliar a compreensão do diabetes para além de sua dimensão clínica e epidemiológica, situando-o como problema de gestão pública, capacidade institucional e sustentabilidade dos sistemas de saúde.

No plano prático e institucional, os resultados reforçam que o enfrentamento do diabetes no SUS não depende apenas da expansão do acesso assistencial, mas do fortalecimento da governança, da qualificação da assistência farmacêutica, do aperfeiçoamento dos mecanismos de planejamento. Para as políticas públicas, isso implica reconhecer que melhores resultados em saúde exigem respostas territorialmente sensíveis, maior racionalidade na alocação dos recursos, continuidade do cuidado e fortalecimento da APS, especialmente em contextos de maior vulnerabilidade social.

Sob a ótica da sustentabilidade e da Agenda 2030, o enfrentamento do diabetes dialoga diretamente com a promoção de sistemas de saúde mais equitativos, eficazes e centrados nas pessoas, em

consonância com o ODS 3 (Saúde e Bem-Estar) e o ODS 16 (Paz, Justiça e Instituições Eficazes). O diabetes emerge como um teste à capacidade do Estado de assegurar cuidado continuado, proteção social, uso responsável dos recursos públicos e efetivação do direito à saúde.

Contudo, os achados devem ser interpretados com cautela. A utilização de dados autorreferidos do Vigitel pode introduzir vieses de informação, especialmente quanto ao diagnóstico e ao tratamento da doença. Além disso, a amostra documental de auditorias, embora diversa do ponto de vista territorial, não possui caráter estatístico, o que limita a generalização dos resultados. Acresce que a natureza documental e qualitativa da análise não permite estabelecer relações causais diretas entre fragilidades de gestão e desfechos clínicos, ainda que evidencie convergências analíticas relevantes.

Futuras investigações devem integrar bases epidemiológicas, assistenciais, financeiras e administrativas para análises mais robustas de custo-efetividade, impacto orçamentário e desigualdades territoriais no SUS. Estudos longitudinais sobre a implementação das recomendações das auditorias e seus efeitos na continuidade do cuidado, eficiência do gasto e indicadores de saúde podem aprofundar o conhecimento, apoiando políticas públicas mais informadas, equitativas e sustentáveis, voltadas ao controle da doença, proteção das pessoas e fortalecimento institucional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Análise Epidemiológica e

Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Vigitel Brasil 2023: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2023 [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2023.

2. International Diabetes Federation. (n.d.). Brazil. IDF. Recuperado em 8 fevereiro 2026, de https://idf.org/our-network/regions-and-members/south-and-central-america/members/brazil/. Acesso em: 05/01/2026.

3. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Auditoria do SUS – Sisaud. Disponível em: https://snasisaudsus-gestao.saude.gov.br/visao/pages/principalsisaudsus.html?0. Acesso em: 05/01/2026.

4. World Health Organization. Global Report On Diabetes. Geneva: Who; 2016

5. International Diabetes Federation. Idf Diabetes Atlas. 10th Ed. Brussels: Idf; 2021

6. Schmidt MI, Duncan BB, Silva GA, Menezes AMB, Monteiro CA, Barreto SM, et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. Lancet. 2011;377(9781):1949–61.

7. Malta DC, França E, Abreu DMX, et al. Mortality due to diabetes mellitus in Brazil, 1990–2019. Rev Bras Epidemiol. 2021;24(Suppl 1):E210009.

8. American Diabetes Association. Economic costs of diabetes in the U.S. in 2017. Diabetes Care. 2018;41(5):917–28.

9. Nilson EAF, Andrade RCS, Brito DA, Oliveira ML. Costs attributable to obesity, hypertension, and diabetes in the Unified Health System, Brazil, 2018. Rev Panam Salud Publica. 2020;44:e32.

10. Bahia L, Araújo DV, Schaan BD, et al. The costs of type 2 diabetes mellitus outpatient care in the Brazilian public health system. Value Health Reg Issues. 2011;1(1):1–7.

11. Bommer C, Sagalova V, Heesemann E, et al. Global economic burden of diabetes in adults: projections from 2015 to 2030. Diabetes Care. 2018;41(5):963–70.

12. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

13. World Health Organization. (2007). Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes. Geneva: WHO.

14. United Nations. Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development. New York: UN; 2015.

15. WORLD HEALTH ORGANIZATION. (2010). EQUITY, SOCIAL DETERMINANTS AND PUBLIC HEALTH PROGRAMMES. GENEVA: WHO

16. Marmot M, Allen J, Bell R, Bloomer E, Goldblatt P. WHO European review of social determinants of health and the health divide. Lancet. 2012;380(9846):1011–29.

17. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. Milbank Q. 2005;83(3):457–502.

18. Travassos C, Castro MSM. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde. Cad Saude Publica. 2012;28(Suppl):S1–S9.

19. Macinko J, Harris MJ. Brazil's Family Health Strategy — delivering community-based primary care in a universal health system. N Engl J Med. 2015;372(23):2177–81.

20. Malta DC, Stopa SR, Santos MAS, et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária no Brasil. Rev Saude Publica. 2017;51:1–12.

21. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. Lancet. 2011;377(9779):1778–97.

22. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA. BRASÍLIA: MS; 2017

23. United Nations. Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development. New York: UN; 2015.

24. Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation. Geneva: WHO; 2008.

25. BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 20 set. 1990.

26. BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 31 dez. 1990.

27. BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Presidência da República, [2016]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituiçao.htm. Acesso em: 03/02/2026.

28. Brasil.Tribunal de Contas da União. Referencial básico de governança aplicável a órgãos e entidades da administração pública. Brasília: TCU; 2015.

29. Brasil. Ministério da Saúde. Planejamento do SUS: uma construção coletiva. Brasília: MS; 2016.

30. Brasil. Ministério da Saúde. (1998). Política Nacional de Medicamentos (Portaria nº 3.916, de 30 de outubro de 1998). Brasília: Ministério da Saúde.

31. World Health Organization. Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes.

Geneva: WHO; 2007.

32. OECD. Health systems governance: toolkit on accountability and transparency. Paris: OECD Publishing; 2020.

33. Brasil. Ministério da Saúde. (2011). Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil 2011–2022. Brasília: Ministério da Saúde.

34. Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) – Portaria nº 2.981/GM/MS (2019): Estabelece a PNAF como componente da Política Nacional de Saúde, definindo diretrizes para o acesso e uso racional de medicamentos no SUS.

35. Brasil. Ministério da Saúde; CONASS; CONASEMS. Assistência farmacêutica na atenção básica: instruções técnicas para sua organização. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2006.

36. BRASIL. Ministério da Saúde. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: RENAME 2022. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: *https://www.gov.br/saude*. Acesso em: 303/02/2026.

37. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.916, de 30 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 10 nov. 1998. Disponível em: *https://bvsms.saude.gov.br*. Acesso em: 03/02/2026.

38. Travassos, C., & Castro, M. S. M. (2012). Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de

saúde. Cadernos de Saúde Pública, 28(Suppl), S1–S9.

39. Brasil. Ministério da Saúde. (2014). Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Brasília: Ministério da Saúde.

40. Schmidt, M. I., Duncan, B. B., Silva, G. A., Menezes, A. M. B., Monteiro, C. A., Barreto, S. M., Chor, D., & Menezes, P. R. (2011). Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. The Lancet, 377(9781), 1949–1961.

41. Nilson, E. A. F., Andrade, R. C. S., Brito, D. A., & Oliveira, M. L. (2020). Costs attributable to obesity, hypertension, and diabetes in the Unified Health System, Brazil, 2018. Revista Panamericana de Salud Pública, 44, e32.

42. Brasil. Tribunal de Contas da União. (2015). Referencial básico de governança aplicável a órgãos e entidades da administração pública. Brasília: TCU.

43. Paim, J., Travassos, C., Almeida, C., Bahia, L., & Macinko, J. (2011). The Brazilian health system: history, advances, and challenges. The Lancet, 377(9779), 1778–1797.

44. World Health Organization. (2016). Global report on diabetes. Geneva: WHO.

45. OECD. (2017). Trust and public policy: How better governance can help rebuild public trust. Paris: OECD Publishing.

46. Malta DC, et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: fatores de risco, impacto e políticas públicas. Ciência & Saúde Coletiva. 2017;22(5):1359–1371.

47. Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD). Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2023–2024. São Paulo: SBD; 2023.

48. Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) – Portaria n° 2.981/GM/MS (2019): Estabelece a PNAF como componente da Política Nacional de Saúde, definindo diretrizes para o acesso e uso racional de medicamentos no SUS.

49. Brasil. Ministério da Saúde. (2021). Guia de Atividade Física para a População Brasileira. Brasília: Ministério da Saúde.

50. Lee, I. M., et al. (2012). Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide. The Lancet, 380(9838), 219–229.

51. ElSayed NA, Aleppo G, Aroda VR, Bannuru RR, Brown FM, Bruemmer D, Collins BS, Hilliard ME, Isaacs D, Johnson EL, Kahan S, Khunti K, Leon J, Lyons SK, Perry ML, Prahalad P, Pratley RE, Seley JJ, Stanton RC, Gabbay RA, on behalf of the American Diabetes Association. 2. Classification and Diagnosis of Diabetes: Standards of Care in Diabetes-2023. Diabetes Care. 2023 Jan 1;46(Suppl 1):S19-S40. doi: 10.2337/dc23-S002. Erratum in: Diabetes Care. 2023 May 1;46(5):1106. doi: 10.2337/dc23-er05. Erratum in: Diabetes Care. 2023 Sep 01;46(9):1715. doi: 10.2337/dc23-ad08.

52. Grintsova, O., Maier, W., & Mielck, A. (2014). Inequalities in health care among patients with type 2 diabetes by individual socio-economic status and regional deprivation. International Journal for Equity in Health, 13, 43.

53. Diabetes & Metabolism (2020). Socioeconomic inequalities and type 2 diabetes complications: A systematic review.

54. Melo, S. P. S. C., Barreto, M. N. S. C., Souza, N. P. de, Lira, P. I. C. de, & Cesse, E. Â. P. (2021). Determinantes socioeconômicos do diabetes mellitus no Nordeste brasileiro. Revista Eletrônica Acervo Saúde, 13(5).