DOCUMENTO ORIENTADOR



17ª Conferência Nacional de Saúde

SAÚDE, DEMOCRACIA, SOBERANIA E SUS: CUIDAR DO POVO É CUIDAR DO BRASIL

18ª Conferência Nacional de Saúde

DOCUMENTO ORIENTADOR

SAÚDE, DEMOCRACIA, SOBERANIA E SUS: CUIDAR DO POVO É CUIDAR DO BRASIL

BRASIL | MARÇO DE 2026

Conselho Nacional de Saúde

GRUPO DE TRABALHO PARA SISTEMATIZAÇÃO DO DOCUMENTO ORIENTADOR:

Adriana Marcolino

Alcindo Ferla

Ana Costa

Bruno Guimarães de Almeida

Debora Melecchi

Eduardo Bonfim

Fernanda Lou Sans Magano

Francisca Valda

Francisco Funcia

Ileana Neiva

Ladislau Dowbor

Liane Righi

Lúcia Souto

Paulo Amarante

Ronald Ferreira

Túlio Franco

Valdevir Bolth

INTRODUÇÃO

O SUS que Queremos: unindo a luta do território ao Projeto de País

A 18ª Conferência Nacional de Saúde (18ª CNS) representa um marco crucial para quem atua diretamente nos territórios. Este momento estratégico visa resgatar a efetividade da democracia participativa e assegurar que o Sistema Único de Saúde (SUS) transcenda o conceito, tornando-se uma defesa concreta contra as disparidades locais.

É essencial que este seja um diálogo que se conecte diretamente à realidade das pessoas. As dificuldades vivenciadas no campo da saúde, entendidas em sua amplitude — para além da ausência de doenças —, devem ser transformadas em propostas de diretrizes. Isso garante que as decisões políticas levem em conta a realidade das periferias e das comunidades.

Assim, participar deste processo é uma oportunidade para, acima de tudo, exercer nossa cidadania, na toada de converter a indignação diária em poder político. Isso reafirma que o direito à saúde só se concretiza quando a voz de quem está na linha de frente orienta a destinação dos recursos e a definição das prioridades nacionais.

A superação dos impasses históricos do Brasil exige a implementação de reformas estruturais que removam os obstáculos ao desenvolvimento, começando pela reconstrução do Estado nacional. É imperativo retirar o poder excessivo dos grandes grupos financeiros sobre as instituições, revertendo a autonomia do Banco Central e recuperando o papel das empresas estatais, como a Petrobras e a Eletrobras, como indutoras de investimentos. Esse projeto de nação pressupõe a retomada de um projeto de industrialização em novas bases tecnológicas, que combata a volta de um modelo de crescimento econômico baseado na exportação de produtos agrícolas e na importação de bens industriais, que aprofundam a dependência externa. Trata-se de integrar ciência, tecnologia e inovação para fortalecer a produção nacional e garantir a soberania energética e digital do país.

Para que esse crescimento se traduza em justiça social, são necessárias reformas que enfrentem as profundas desigualdades brasileiras, incluindo a reforma tributária progressiva, a reforma agrária e urbana, e o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) e da seguridade social. No centro desse processo

está a valorização do trabalho, com a revogação de dispositivos regressivos das reformas trabalhistas anteriores e o combate à precarização e à informalidade. Tais mudanças não são apenas medidas econômicas, mas partem de uma estratégia para consolidar a democracia e elevar a consciência da sociedade, a partir da nova dinâmica do mundo do trabalho. Constituem, assim, a base para a transição a um modelo de sociedade mais justa e igualitária, com a efetiva participação social no século XXI.

A 18ª Conferência Nacional de Saúde (18ª CNS) acontece em mais um momento histórico decisivo para o Brasil e para o Sistema Único de Saúde (SUS). Em meio a uma crise democrática global, ao avanço de projetos autoritários e ultraliberais e ao aprofundamento das desigualdades sociais e econômicas, o debate sobre saúde deixa de ser apenas setorial e passa a ocupar o centro da disputa sobre qual sociedade queremos construir. Para quem vive nos territórios — nas periferias urbanas, no campo, nas florestas, entre povos tradicionais e comunidades indígenas — essa disputa se expressa de forma concreta no acesso ou ausência aos serviços, na qualidade do cuidado, nas condições de trabalho em saúde e nas possibilidades reais de viver com dignidade.

A história do SUS está profundamente ligada à história da redemocratização brasileira. Fruto da luta social e da Reforma Sanitária, o SUS foi inscrito na Constituição Federal de 1988 como um direito de todas as pessoas e dever do Estado, que tem as conferências e conselhos de saúde como instâncias propositivas e deliberativas máximas do SUS na União, nos Estados, no Distrito Federal e nos Municípios, orientado pelos princípios da universalidade, da integralidade e da equidade, pelas diretrizes da descentralização das ações e serviços e participação da comunidade, e pela priorização das ações preventivas.

No entanto, esse projeto constitucional nunca se realizou plenamente. Desde sua criação, o SUS convive com disputas permanentes entre um projeto democrático, público e solidário de saúde e outro, autoritário e mercantil, que trata a saúde como mercadoria, a política pública como oportunidade de negócio e que rebaixa o direito à saúde (SUS para pobres). A 18ª CNS se insere exatamente nesse campo de tensão e assume papel estratégico ao recolocar o direito à saúde como expressão concreta da democracia.

Reafirmar a saúde como direito, neste contexto, não significa recorrer a um enunciado abstrato. Significa defender financiamento público adequado e suficiente, valorização do trabalho em saúde, fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS) e da Vigilância em Saúde, organização de redes de cuidado integradas e territorializadas, além de um modelo de gestão público, transparente e orientado

pelas necessidades reais da população. Significa, também, enfrentar a hegemonia do modelo biomédico, centrado na doença e no procedimento, e avançar na construção de um modelo de atenção que inclua o reconhecimento da saúde como resultado das condições de vida, do trabalho, da renda, da educação, do ambiente e da participação social.

Nesse sentido, a soberania nacional emerge como eixo estruturante da defesa das vidas. O país que depende de interesses externos para produzir medicamentos, vacinas, insumos estratégicos, tecnologias em saúde e sistemas de informação perde sua capacidade de proteger sua população. Os ataques contemporâneos às soberanias — intensificados por agendas ultraliberais, por disputas geopolíticas e por processos de financeirização da vida — afetam diretamente o SUS, seja pelo subfinanciamento, pela dependência tecnológica ou pela captura privada das políticas públicas. Defender o SUS é, portanto, defender a soberania sanitária, científica, tecnológica e produtiva do Brasil.

A crise democrática global, que se aprofunda às vésperas das eleições de 2026, também impõe desafios centrais à saúde. Embora, no Brasil, o processo democrático tenha sido resgatado nos últimos três anos com a realização de cerca de 30 conferências nacionais e com a reconstrução de instâncias colegiadas, ainda persistem ataques à democracia.

Em contextos de medo, guerra, desinformação e instabilidade, crescem discursos autoritários que restringem direitos, criminalizam movimentos sociais, esvaziam espaços colegiados e de participação popular e negam o estado democrático de direito, inclusive com tentativas de golpe. Somam-se a esse cenário a franca mercantilização da política por meio de emendas parlamentares e o desequilíbrio entre os poderes, em especial o legislativo e o executivo.

No Brasil, isso se traduz na fragilização dos conselhos e conferências, na deslegitimação do controle social e na restrição da democracia a procedimentos formais sem impacto real na vida das pessoas. A 18ª CNS reafirma que não há SUS sem democracia participativa, nem democracia plena quando o direito à saúde é negado ou é desigual.

Dessa forma, o povo brasileiro e o Brasil produzem, sistematicamente, também no campo da saúde, por meio do controle social do SUS, as saídas necessárias para a garantia do direito à saúde.

Forma-se então a compreensão de que a efetiva implementação do modelo de atenção à saúde previsto na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 não é apenas uma obrigação jurídica do Estado, mas uma exigência ética diante das profundas desigualdades sociais e regionais do país.

Ao reconhecer a saúde como direito de todas as pessoas e dever do Estado, a Constituição estabeleceu um compromisso com a universalidade, a integralidade e a equidade, o que ainda enfrenta desafios para concretização. Implementar plenamente esse modelo implica fortalecer a vigilância à saúde como orientadora, e a atenção primária como ordenadora e coordenadora do cuidado, organizar redes regionalizadas e hierarquizadas e assegurar financiamento adequado e estável. Significa garantir que cada cidadão, independentemente de renda ou território, tenha acesso a serviços resolutivos e de qualidade.

Além disso, a consolidação desse modelo é estratégica para a sustentabilidade do próprio SUS e para a soberania sanitária nacional. Um sistema organizado sob bases constitucionais reduz iniquidades, amplia a capacidade de resposta a emergências sanitárias e promove ações integradas de promoção e prevenção, evitando a sobrecarga dos demais níveis de atenção.

Implementar o que foi pactuado em 1988 é reafirmar um projeto civilizatório que coloca a vida e a dignidade humana no centro das políticas públicas, fortalecendo a democracia e a participação social na gestão da saúde.

Por isso, a Conferência se orienta pela necessidade de enfrentar as desigualdades estruturais que atravessam a sociedade brasileira — de classe, raça, etnia, gênero, territorial e geracional — e que se expressam diretamente nos indicadores de saúde. O fortalecimento da participação social e o letramento em saúde são dimensões fundamentais desse processo, pois promovem consciência crítica, autonomia e capacidade coletiva de defesa de direitos. Não se trata apenas de ampliar o acesso à informação, mas de construir sujeitos políticos capazes de intervir nos rumos das políticas públicas.

A 18ª CNS parte da compreensão de que as transformações necessárias no campo da saúde exigem mudanças sistêmicas. O modelo de atenção e o modelo de gestão são dimensões distintas, porém indissociáveis, e devem estar articulados (i) ao financiamento público que supere o processo histórico de subfinanciamento do SUS, (ii) à justiça tributária e fiscal, (iii) à valorização do trabalho, (iv) à proteção da vida e do clima e (v) à defesa do desenvolvimento sustentável.

É preciso, ainda, aprofundar a reforma tributária, de modo a fortalecer o financiamento das políticas públicas por meio de justiça fiscal, para o cumprimento de um dos princípios da tributação: o respeito à capacidade contributiva — paga mais imposto quem tiver proporcionalmente mais renda.

Por fim, entre outras medidas, é preciso rever a política econômica que deve ser capaz de contribuir para a redução dos juros cujos níveis atuais têm aumentado os gastos públicos e a dívida pública, bem como prejudicado as famílias e as empresas com o encarecimento do crédito. A revisão da política econômica deve também possibilitar o fortalecimento da capacidade de financiamento das políticas públicas para atender as necessidades da população, e consequentemente aumentar o emprego e a renda e reduzir as desigualdades sociais e econômicas.

EIXO 1 - DEMOCRACIA, SAÚDE COMO DIREITO E SOBERANIA NACIONAL

EMENTA

A articulação entre a defesa do Sistema Único de Saúde (SUS), o fortalecimento da democracia e a soberania nacional são indissociáveis para a garantia e efetivação do direito à saúde. Certamente os desafios são muitos, considerando o papel do Estado, da participação social e das políticas públicas na garantia desse direito constitucional. Mas também se faz necessário a reafirmação quanto ao modelo de atenção à saúde, instituído pela Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, que estabelece a saúde como direito de todos e dever do Estado, garantindo acesso universal, integral e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação. É organizado por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), com base na descentralização, regionalização, hierarquização e participação social, orientado pela equidade e pelo financiamento público tripartite.

Saúde é democracia. Democracia é Saúde. (Sergio Arouca)

A Constituição Federal (CF) de 1988 consagra a saúde como direito de todas as pessoas e dever do Estado, estabelecendo a universalidade, a integralidade e a equidade como princípios estruturantes do SUS. O artigo 196 (*"A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação"*) traz a dimensão socioeconômica, cultural e ambiental, os determinantes sociais do processo saúde/doença. No entanto, esse direito sofre constantes ameaças quando políticas de austeridade, desfinanciamento, subfinanciamento e privatização passam a orientar a gestão pública.

A história do Sistema Único de Saúde (SUS) é indissociável da história da democracia no Brasil. O SUS nasce de um projeto coletivo de transformação social, forjado na luta contra a ditadura, num processo de ampla participação popular, expressa na 8ª Conferência Nacional de Saúde — uma verdadeira constituinte popular da saúde. Esse processo foi decisivo para a consagração da Saúde como direito e dever do Estado, construído na efervescência da luta contra a ditadura e afirmado na Constituição Federal de 1988 como um direito universal. Desde a sua origem, a saúde nunca foi pensada apenas como atendimento médico, mas como qualidade de vida, justiça social e participação popular. Por isso, defender o SUS é, necessariamente, defender a democracia participativa — não uma democracia formal, mas uma

democracia concreta, participativa e comprometida com a os direitos humanos e a redução das desigualdades.

***"No mundo de hoje, se você perde a soberania, é quase impossível recuperá-la. Nosso país tem a tradição de preservá-la."* (Celso Furtado)**

A 18ª Conferência Nacional de Saúde (18 CNS), sob o tema Saúde, Democracia, Soberania e SUS: Cuidar do Povo é Cuidar do Brasil, realiza-se em um momento de profunda instabilidade global, marcado pela crise estrutural do capitalismo e pela emergência de novos paradigmas tecnológicos que redefinem as relações de produção. A realidade contemporânea é caracterizada por uma transição multipolar onde o declínio da hegemonia dos Estados Unidos tensiona o cenário internacional, manifestando-se no avanço do neofascismo e em ofensivas imperialistas contra o Sul Global. No Hemisfério Ocidental, essa pressão traduz-se em tentativas de controle sobre recursos estratégicos e reservas de matérias-primas, colocando o Brasil — detentor de imensa biodiversidade, águas e minerais — no centro de uma disputa geopolítica que ameaça a autonomia das nações latino-americanas e caribenhas em prol de interesses oligopolistas externos.

Neste contexto conturbado, a defesa da soberania brasileira e do Sistema Único de Saúde (SUS) torna-se indissociável do combate ao projeto neocolonial e das agressões que vitimam povos soberanos, como observado nos bloqueios a Cuba e na violência desmedida contra o povo palestino. A garantia do direito à saúde e o "cuidar do povo" exigem um posicionamento firme contra as guerras de saque, o armamentismo e o isolacionismo diplomático, reafirmando o papel do Brasil como um polo de resistência democrática e solidariedade internacionalista. Assim, esta Conferência convoca à reflexão de que a plena implementação de políticas públicas de cuidado depende da nossa capacidade de resistir às pressões externas e de construir uma integração regional que priorize o desenvolvimento autônomo e a paz mundial.

A atual disputa do modelo assistencial no Sistema Único de Saúde revela tensões entre um projeto público, universal, territorializado e orientado pela atenção primária e por propostas que reforçam a fragmentação do cuidado, a mercantilização dos serviços e a centralidade hospitalocêntrica. De um lado, defende-se a consolidação de redes regionais integradas, com coordenação do cuidado e participação social; de outro, avançam iniciativas que priorizam lógicas de mercado, contratação precária e modelos focalizados, que podem aprofundar desigualdades e enfraquecer a integralidade. Essa disputa não é apenas técnica, mas política e

estratégica, pois define se o SUS seguirá como política de Estado comprometida com a equidade e a universalidade ou se será progressivamente subordinado a interesses privatizantes que alteram sua essência constitucional.

Portanto, no Brasil, a construção do Sistema Único de Saúde (SUS) representa uma das mais importantes conquistas da redemocratização. Fruto da luta social e do movimento da Reforma Sanitária, o SUS nasce da compreensão de que saúde não é mercadoria, mas resultado das condições de vida, trabalho, renda, educação, alimentação saudável, ambiente e participação social. Assim, falar em saúde como direito implica, necessariamente, falar em democracia e em soberania nacional.

A democracia, para além do exercício do voto, pressupõe participação social efetiva, controle público das políticas e transparência nas decisões do Estado. No campo da saúde, essa concepção se materializa por meio de conselhos, conferências e instâncias de controle social, que garantem à população o direito de participar da formulação, acompanhamento e avaliação das políticas públicas. Se efetiva, também, através das diversas formas de organização feitas por movimentos sociais, entidades, instituições e coletivos que atuam em prol do direito humano à saúde.

Nas últimas décadas, o mundo vive uma crise profunda da democracia. O avanço de projetos autoritários, ultraliberais e antissociais têm fragilizado direitos, desmontado políticas públicas e esvaziado espaços de participação. Ao invés de ampliar direitos e o bem viver das pessoas, o que se cresce vertiginosamente em muitos países nos últimos anos são os exércitos, as armas e as guerras. Crise essa decorrente de vários fatores, mas que é produzida e potencializada por novas lógicas e ferramentas, como o uso autoritário das redes sociais — das bigtechs , que estão nas mãos de poucas pessoas e grupos empresariais e que se recusam a um controle público e democrático. Esse é um debate urgente e necessário, sob pena das democracias serem completamente capturadas por projetos políticos a serviço de poucos interesses.

A convergência tecnológica atual — a integração NBIC (Nanotecnologia, Biotecnologia, TI e Ciências Cognitivas) — exige que o Estado brasileiro regule o espectro digital para evitar que ele se torne uma nova fronteira de exclusão. É imperativo desenvolver políticas que disciplinam algoritmos e Inteligência Artificial, garantindo que a gestão de dados no SUS priorize a soberania nacional e as necessidades sociais, e não a lógica de mercado das Big Techs. Uma infraestrutura digital pública e democrática é a chave para transformar a inovação em ferramenta de equidade, acessível aos territórios mais vulneráveis.

Além disso, o avanço tecnológico deve estar vinculado ao desenvolvimento sustentável e à democracia participativa. A política científica nacional precisa induzir a produção de tecnologias de baixo impacto ambiental e alta relevância social, promovendo a descarbonização da saúde e a soberania sanitária. Ao integrar o saber popular e o controle social nesse debate, o Brasil assegura que a revolução digital sustente uma transição ecológica justa, onde a inteligência estratégica do Estado e a participação popular defendam a vida, o clima e a autodeterminação dos povos.

No Brasil, esse processo se expressa de forma evidente nos ataques permanentes ao SUS: subfinanciamento crônico, privatizações, precarização do trabalho em saúde e deslegitimação do sistema. Nada disso é casual. Um sistema de saúde universal exige um Estado forte, capacidade de planejamento público e controle social — exatamente o oposto do que defendem os projetos neoliberais a quem interessa que a democracia seja fragilizada.

A geopolítica mundial em 2026 está profundamente marcada por tensões de grande escala — não apenas em zonas de conflito histórico como Europa e Oriente Médio, mas também nas Américas. A recente intervenção dos EUA na Venezuela, acompanhada por pressões econômicas e diplomáticas sobre Cuba e outros países, representa um ponto de inflexão para as relações interamericanas e o direito internacional.

No contraponto, potências como Rússia e China intensificam seu apoio político e diplomático à Caracas, remetendo ao Caribe e à América Latina um novo foco de disputa estratégica entre grandes blocos de poder global — um reflexo das rivalidades mais amplas, definidoras da geopolítica em 2026.

Embora Cuba não tenha sido alvo direto de uma invasão militar, as relações com os EUA também se deterioraram significativamente. Washington tem aumentado sanções e adotado medidas que afetam o acesso de Havana a recursos energéticos essenciais — sobretudo depois que a interrupção das remessas de petróleo venezuelano tornou-se um fator crítico com a recente suspensão do tráfego aéreo por falta de combustível.

A atual geopolítica mundial (2026) também impacta a democracia brasileira. Em contextos globais de guerra e medo, cresce a legitimação de discursos autoritários, securitários traduzidos em: tentativas de restringir direitos em nome da "segurança"; fortalecimento de narrativas antidemocráticas; instrumentalização política da desinformação; criminalização de movimentos sociais e da participação popular.

Mas também vale destacar os impactos diretos no financiamento e na organização das políticas sociais. O Brasil sente os efeitos na saúde, na ciência e na educação seja pelo aumento de insumos estratégicos; dependência tecnológica em saúde e defesa; disputas sobre dados, plataformas digitais e biotecnologia; pressão por ajustes fiscais em detrimento de direitos sociais.

Este cenário global impõe ao Brasil uma escolha estratégica: ou mantém-se com um papel ativo, soberano e mediador, ou se torna um ator reativo, pressionado por interesses externos.

"O multilateralismo é a única alternativa legítima à lei do mais forte nas relações internacionais." (Celso Amorim)

Para avançarmos numa política externa autônoma, o Brasil precisa fortalecer a integração latino-americana; ampliar parcerias Sul-Sul; defender o multilateralismo e o direito internacional e proteger interesses nacionais estratégicos. Esses acontecimentos expõem os limites do multilateralismo tradicional diante de ações unilaterais, reafirmam a importância da soberania estatal em tempos de poder global contestado e sinalizam que o equilíbrio geopolítico do século XXI continuará em disputa, com impacto direto sobre as populações e as políticas internas dos países envolvidos.

O SUS, ao contrário, carrega a marca da democracia participativa. Conselhos e conferências de saúde, presentes em todos os níveis de governo, são espaços onde usuária(o)s, trabalhadora(e)s, prestador(a)es e gestora(e) constroem coletivamente as políticas públicas. Essa arquitetura não é um detalhe administrativo, mas o coração do sistema. Foi ela que permitiu ao SUS resistir aos desmontes, sobreviver a governos hostis e responder, ainda que sob enormes limitações, a crises sanitárias como a da Covid-19. Quando tudo falhou, foi o SUS que esteve presente.

Essa importante experiência brasileira da participação em saúde tem contribuído fortemente no debate internacional sobre a relação entre saúde e democracia. Em maio de 2024, com forte presença e atuação do Brasil, durante a 77ª Assembleia Mundial da Saúde em Genebra, os Estados-membros da OMS aprovaram por consenso uma resolução inédita que reconhece e legitima a participação social como elemento central para a formulação de políticas públicas de saúde.

Na 78ª Assembleia Mundial da Saúde (2025), a discussão sobre participação social na saúde foi retomada de forma aprofundada, com debates sobre ameaças à participação social e sua relação com a democracia. Representantes e ministros reuniram-se para reforçar a participação social como um pilar fundamental para equidade, transparência e eficácia das políticas públicas de saúde em contextos de desafios como desinformação e restrições orçamentárias.

Este é um fato que remete para um passo significativo na direção de uma governança de saúde mais democrática. Isso exige o fortalecimento do controle social, o respeito às deliberações das conferências e a garantia de que a participação popular tenha impacto concreto nas decisões governamentais.

No entanto, a democracia que sustenta o SUS ainda enfrenta grandes desafios. A concentração de renda, o poder do capital financeiro, o racismo estrutural, o patriarcado e as desigualdades territoriais continuam funcionando como barreiras concretas à efetivação plena do direito à saúde. Em muitos lugares, o SUS aparece para a população como um sistema precário, quando, na verdade, o que é precário é o projeto político de democracia que permite que ele seja sistematicamente sabotado. Não se trata de uma falha do SUS, mas de um conflito permanente entre projetos de sociedade.

Nesse contexto, torna-se fundamental disputar o sentido da democracia. O discurso genérico da "defesa da democracia" pode ser facilmente capturado por setores que, na prática, atuam contra os direitos sociais. Por isso, é preciso nomear: estamos falando de uma democracia popular e participativa, que enfrente privilégios históricos e coloque a vida acima do lucro. Uma democracia que não se limite à representação institucional, mas que se realize no cotidiano das políticas públicas, especialmente na saúde.

Não podemos deixar que a democracia seja esvaziada, pois as instituições permanecem, os rituais são mantidos, mas o conteúdo político se dissolve. Nesse cenário, a democracia passa a operar como encenação, não como exercício de soberania popular.

A soberania nacional é condição indispensável para a garantia do direito à saúde. Um país que depende de interesses externos para definir suas políticas, tecnologias, insumos estratégicos e sistemas de informação perde sua capacidade de proteger a vida de sua população.

Nessa ótica, a defesa da soberania sanitária passa pelo fortalecimento do complexo econômico-industrial da saúde (CEIS), pela produção pública de medicamentos e insumos, pela governança democrática da saúde digital e pela proteção dos dados pessoais como patrimônio coletivo.

O modelo de gestão da saúde é progressivamente capturado por lógicas empresariais e tecnocráticas, afastando o controle social da tomada de decisão. O modelo de atenção, por sua vez, deixa de responder às necessidades coletivas e passa a ser moldado por indicadores de custo-efetividade e desempenho, desconsiderando os territórios e as desigualdades.

A comunicação sobre o SUS também é parte central dessa disputa. É preciso dialogar com a sociedade a partir da realidade concreta das pessoas, demonstrando o importante papel do SUS nas suas vidas e no projeto de país mais amplo. Através da promoção, prevenção e proteção à saúde, o SUS é acessado por todas as pessoas, inclusive por vozes que o criticam, ou por desconhecimento ou por interesses. Vacinação, consultas, exames, cirurgias, internações, vigilância sanitária, medicamentos de alto custo, transplantes, controle de epidemias — tudo isso só existe porque há um sistema público. Tornar visível essa presença cotidiana é uma tarefa política estratégica.

Defender o SUS, portanto, é defender a possibilidade de um país menos desigual, mais solidário e verdadeiramente democrático. É afirmar que saúde não é mercadoria e que a vida não pode estar subordinada à lógica do mercado. Em tempos de ataques aos direitos e de esvaziamento da participação social, reafirmar o SUS como projeto democrático é também reafirmar o *esperançar* de que outro modelo de sociedade é possível — um modelo em que a democracia se constrói todos os dias, com o povo e para o povo.

O futuro do SUS segue em disputa e depende das escolhas políticas realizadas no presente. Reafirmar a saúde como direito implica defender um Estado democrático forte, capaz de planejar, financiar e executar políticas públicas de forma integrada, territorializada, participativa e comprometida com a redução das iniquidades sociais.

A fragilização de qualquer um desses pilares — democracia, saúde como direito ou soberania nacional — impacta diretamente os demais. Não há saúde como direito em um contexto de autoritarismo; não há soberania sem capacidade estatal de garantir políticas públicas; não há democracia plena quando o acesso à saúde é desigual e condicionado.

Diante dos desafios contemporâneos, torna-se urgente reafirmar o SUS como política de Estado, sustentada por um modelo de gestão público, democrático e soberano, e por um modelo de atenção centrado nas pessoas, nos territórios e na integralidade do cuidado.

***A crise da democracia é erosão do "capitalismo democrático"* (Wolfgang Streeck)**

O ano de 2026 consolida uma crise democrática que já não pode ser compreendida como conjuntural ou restrita a determinados países. Trata-se de um colapso estrutural, marcado pelo enfraquecimento da democracia como prática social e política, mesmo quando suas instituições formais permanecem em funcionamento. Eleições ocorrem, parlamentos operam e constituições seguem vigentes, mas a capacidade da democracia de produzir decisões legítimas, reduzir desigualdades e responder às necessidades da população encontra-se profundamente tensionada.

Essa crise não se expressa apenas por rupturas explícitas ou golpes institucionais, mas por processos graduais de esvaziamento da política, de deslegitimação da participação social e de deslocamento das decisões para arenas cada vez mais distantes do controle público. Em 2026, o principal risco à democracia não é sua negação aberta, mas sua normalização como procedimento vazio.

A instabilidade democrática em 2026 também se manifesta no enfraquecimento dos espaços de participação social. Em muitos casos, conselhos, fóruns e instâncias participativas, quando existem, muitas vezes operam sem poder real de incidência sobre as decisões estratégicas do Estado. A dizer, a participação é tolerada enquanto não interfere em interesses consolidados.

Esse esvaziamento compromete a capacidade da democracia de incorporar a diversidade social e de produzir políticas públicas conectadas às realidades locais. Sem participação efetiva, a democracia se reduz à lógica da representação distante, aprofundando o sentimento de desconexão entre sociedade e instituições.

"A democracia se constrói na prática da liberdade" (Paulo Freire)

A superação desse desequilíbrio exige mais democracia, e não menos: mais participação social, mais transparência, mais capacidade do Estado de regular o mercado e garantir direitos. Exige também a reconstrução do sentido coletivo da política, recolocando a vida, os direitos e o bem comum no centro das decisões.

A defesa da democracia, da saúde como direito e da soberania nacional não é apenas uma escolha política, mas um compromisso ético com a vida, com a justiça social e com o futuro do país. Nesse cenário destaca-se que:

1. Os modelos de atenção à saúde refletem o projeto de sociedade que um país escolhe construir: quando organizados sob princípios universais, participativos e orientados pela equidade, fortalecem a democracia ao ampliar direitos, garantindo o controle social e

assegurando que as políticas públicas respondam às necessidades coletivas. Ao mesmo tempo, estruturam a soberania nacional, pois um sistema público robusto, com capacidade de planejamento, regulação, produção científica e resposta a emergências, reduz dependências externas e amplia a autonomia do Estado na proteção da vida. Assim, democracia e soberania se entrelaçam no modo como o cuidado em saúde é concebido e implementado, revelando que a organização do sistema sanitário é também uma decisão estratégica sobre o futuro do país.

2. Um financiamento justo e sustentável é a condição indispensável para consolidar o Sistema Único de Saúde e viabilizar os avanços necessários à ampliação do acesso, à qualificação da atenção e à redução das desigualdades regionais. Sem recursos adequados, estáveis e distribuídos de forma equitativa entre as esferas de governo, tornam-se inviáveis a expansão da Atenção Primária, à estruturação de redes regionalizadas, a valorização dos trabalhadores e o investimento em ciência, tecnologia e inovação em saúde. Garantir financiamento compatível com as responsabilidades constitucionais do SUS não é apenas uma questão contábil, mas um compromisso político com a efetivação do direito à saúde e com a sustentabilidade de um sistema público que atende milhões de brasileiros diariamente.

3. A Atenção Primária em Saúde é o eixo estruturante para os avanços necessários à consolidação do Sistema Único de Saúde, pois organiza o cuidado a partir do território, promove vínculo contínuo com a população e coordena o acesso às demais redes de atenção. Ao priorizar ações de promoção, prevenção, diagnóstico precoce e acompanhamento longitudinal, a atenção primária amplia a resolutividade do sistema, reduz internações evitáveis e racionaliza recursos públicos. Investir na qualificação das equipes, na infraestrutura das unidades básicas e na integração com outros níveis assistenciais fortalece a integralidade do cuidado e assegurar maior equidade, tornando o SUS mais eficiente, próximo das pessoas é capaz de responder às necessidades reais da sociedade.

4. O sistema de controle social do Sistema Único de Saúde constitui uma das mais importantes respostas institucionais para enfrentar ataques à soberania e à democracia brasileira, pois assegura a participação direta da sociedade na formulação, fiscalização e avaliação das políticas públicas de saúde. Ao garantir que usuários, trabalhadores e

gestores compartilhem decisões nos conselhos e conferências, o SUS materializa a democracia participativa prevista na Constituição e fortalece a autonomia nacional na definição de prioridades sanitárias. Em tempos de instabilidade e tentativas de fragilização de direitos sociais, o controle social reafirma que a saúde é um bem público, protegido pela ação coletiva e pela vigilância cidadã, consolidando a soberania popular como fundamento do Estado democrático.

O futuro democrático dependerá da capacidade da sociedade, organizada no controle social do SUS, de enfrentar desigualdades, revalorizar a participação popular e reafirmar a política como espaço legítimo de decisão coletiva. Entre o esvaziamento silencioso e a reconstrução democrática, a escolha permanece aberta e é essencialmente política, o que exige um projeto político progressista para o Estado federativo.

QUESTÕES MOBILIZADORAS:

- ✓ Que modelo de democracia queremos afirmar no campo da saúde: uma democracia limitada à representação formal ou uma democracia popular e participativa, capaz de influenciar efetivamente as decisões sobre o financiamento, a gestão e o modelo de atenção do SUS?

- ✓ Como o fortalecimento da democracia participativa — por meio dos conselhos, conferências e demais instâncias de controle social — pode contribuir para a defesa do SUS frente ao subfinanciamento, à privatização e à precarização das políticas de saúde?

- ✓ De que maneira a soberania nacional, especialmente no campo da produção de medicamentos, insumos estratégicos, tecnologias em saúde e proteção de dados, impacta no desenvolvimento e na capacidade do Estado brasileiro de garantir a saúde como direito universal?

EIXO 2
FINANCIAMENTO ADEQUADO E SUFICIENTE PARA O SUS, COM BASE NA JUSTIÇA TRIBUTÁRIA E NA SUSTENTABILIDADE FISCAL E SOCIAL

EMENTA

A superação do subfinanciamento histórico do SUS é um desafio para o fortalecimento e a consolidação do atendimento à saúde da população, segundo os princípios constitucionais da universalidade, integralidade e equidade. Nessa perspectiva, o que precisa ser feito para um financiamento adequado e suficiente? Para que o sistema seja plenamente consolidado e continue sendo um modelo de acesso universal e integral à saúde, é necessária tanto uma nova política econômica que viabilize a garantia da saúde como direito, quanto o aprimoramento da gestão tripartite da saúde no contexto da descentralização e da participação da sociedade. Mas, para que ele funcione bem e continue sendo universal, ou seja, para todas as pessoas, é preciso refletir sobre como ele foi financiado e se esse financiamento é adequado e suficiente para garantir esse direito de cidadania. O histórico do processo de implementação do sistema aponta para a necessidade de recursos adicionais para priorizar e fortalecer um modelo de atenção e gestão no qual o Estado cumpra com seus deveres constitucionais, de tal forma que predomine o financiamento público, priorize o orçamento público comparativamente ao privado, na perspectiva de um modelo de crescimento e desenvolvimento socioeconômico voltado aos interesses nacionais. Outro ponto de atenção está relacionado ao estabelecimento do orçamento público sem a dependência de emendas parlamentares para fortalecer o planejamento técnico do Poder Executivo, aumentar a transparência e focar na execução de políticas estruturantes em vez de projetos pulverizados. Além disso, é indispensável reconhecer e valorizar quem está na linha de frente do SUS nas unidades de saúde, ou seja, seus trabalhadores. É preciso combater práticas que enfraquecem o serviço público e fortalecer as condições de trabalho, com a criação da carreira interfederativa do SUS.

Dois Projetos de Sociedade em Disputa

Temos participado nos últimos anos de uma disputa entre dois projetos de sociedade:

a. um que coloca o mercado acima da vida: transforma direitos em mercadorias, transfere os riscos do mundo do trabalho e da vida em sociedade para os indivíduos, e reduz o papel do Estado, de modo que o acesso a serviços que garantem direitos de cidadania fique restrito a quem pode comprar ou pagar por eles; e
b. outro estabelecido na Constituição Federal de 1988, que define os direitos sociais e o trabalho como fundamentais, institui a seguridade social como um sistema integrado de

saúde, previdência e assistência social, reconhece a saúde como direito de todas as pessoas e dever do Estado e se baseia na solidariedade, na universalidade, na justiça social e na democracia.

Essa disputa aparece de forma concreta no dia a dia das pessoas e nos territórios. Ela se manifesta na dificuldade de acesso aos serviços de saúde, nas grandes desigualdades entre regiões, no financiamento insuficiente do SUS, na precarização do trabalho em saúde, na pressão para a contratação de planos privados e na fragmentação das políticas públicas.

Nos territórios, a ausência ou fragilidade de políticas públicas integradas — como saneamento, alimentação, moradia, educação, mobilidade, seguridade social e empregos de qualidade — amplia vulnerabilidades, adoece a população e compromete o bem-estar coletivo. A responsabilidade sociossanitária não pode ser tratada como algo difuso ou transferido às pessoas e comunidades.

Assumir essa responsabilidade significa defender um Estado com capacidade financeira e institucional para articular as políticas sociais, especialmente as de saúde, de assistência social, de previdência social e de trabalho, garantindo condições dignas de vida. Isso exige justiça fiscal, um sistema tributário mais equitativo, financiamento estável do SUS e um orçamento alinhado às necessidades da população. Para enfrentar de forma integrada as causas sociais do adoecimento, o Estado precisa de recursos, coordenação e planejamento ascendente e consistente.

Sem isso, não é possível reduzir desigualdades e garantir direitos, nem colocar a vida no centro do projeto de desenvolvimento do país. A saúde, como direito e como organizadora da vida em sociedade, depende de escolhas políticas que priorizem as pessoas e a vida, e não o lucro.

Mas, esse processo não acontece por acaso. Ele é sustentado pela pressão constante do mercado financeiro e dos super-ricos para que os governos e parlamentos adotem políticas que cortem gastos sociais e investimentos públicos — a chamada austeridade fiscal —, ao mesmo tempo em que mantêm mecanismos de manutenção dos juros altos e isenções tributárias que garantem ganhos aos que já são muito ricos.

Além disso, avançam as privatizações e a mercantilização dos direitos fundamentais, que transformam direitos como saúde, educação, saneamento e energia elétrica em mercadorias, somente tem acesso quem pode comprar e pagar por elas no mercado. E ainda, a política monetária conduzida pelo Banco Central mantém juros altos, o que dificulta o crescimento da economia e aumenta o endividamento das famílias. Com menos recursos no orçamento público

e juros elevados, o Estado perde capacidade de investir, gerar desenvolvimento e garantir serviços públicos de qualidade.

A Riqueza do Brasil e quem a aproveita

É fundamental olhar com mais atenção para como o Brasil organiza seu dinheiro. Afinal, quem realmente cria riqueza no nosso país? Somos nós, pessoas trabalhadoras, empreendedoras, a população em geral, que com nosso esforço diário geramos produtos e serviços. No entanto, muitas vezes, essa riqueza acaba concentrada nas mãos de poucos, em vez de ser distribuída de forma mais justa. Para que o SUS seja forte, precisamos discutir essa questão: a riqueza é produzida por muitos, mas apropriada por poucos. Precisamos mudar esta lógica para investir melhor em saúde e em outras áreas sociais.

As legislações como a Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), o teto de gastos e outras normas de controle orçamentário foram impostos por setores da sociedade que lucram com isso, como o mercado financeiro, sob o falso argumento de que se trata de um passo necessário para disciplinar as contas públicas e evitar crises de endividamento do Estado brasileiro.

Mas, na prática, essas medidas acabaram por estrangular a capacidade do Estado de investir em políticas sociais e serviços essenciais. O discurso da austeridade transformou-se em um dogma, qualquer expansão de gastos é vista como irresponsabilidade e prejudicial para a estabilidade social e econômica, mesmo quando se trata de saúde, educação ou infraestrutura —investimentos que trazem retornos econômicos e sociais relevantes.

O resultado é paradoxal: o Estado cumpre metas fiscais e de inflação, mas falha em garantir direitos básicos e melhorar a qualidade do trabalho. A Lei de Responsabilidade Fiscal, ao impor limites rígidos e punir gestores, transforma governar em sinônimo de cortar, e não de proteger. Esse modelo neoliberal inverte prioridades: protege o mercado e os credores, reduz investimentos sociais e subordina a política social à lógica financeira, enquanto as despesas com juros seguem crescendo sem restrição e sem limitação.

Onde as políticas sociais funcionam de verdade

Pense em países onde a saúde, a educação e a segurança funcionam muito bem para todas as pessoas. Nesses lugares, as políticas sociais têm três características principais:

a. Acesso Universal: qualquer pessoa, rica ou pobre, tem direito a esses serviços de qualidade.
b. Caráter Social: as ações e serviços dessas políticas sociais têm como objetivo o bem de toda a sociedade, e não apenas de alguns.
c. Forte investimento público: o Estado é quem mais investe nas políticas sociais.

O bem-estar de uma família não depende só do dinheiro que ela tem no bolso. Uma boa parte, cerca de 40%, vem do acesso a serviços públicos de qualidade, como escolas, transporte e, certamente, o SUS.

Nesses países bem-sucedidos, o governo investe expressivamente, — ao menos um terço do total nessas áreas, garantindo que não sejam privatizadas e fiquem acessíveis a todos. Ou seja, o pagamento de impostos garante à população um retorno em serviços muito melhores que proporcionam o bem-estar social.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o gasto total em saúde do Brasil — somando recursos públicos e privados — corresponde a 9,7% do Produto Interno Bruto (PIB), similar ao dos países desenvolvidos. Porém, enquanto nesses países a participação do gasto público supera 60% do total, no Brasil ela gira em torno de 40%, considerando a soma dos gastos em saúde da União, dos estados e dos municípios.

Essa menor participação dos gastos públicos em relação aos gastos privados em saúde revela a disputa entre mercado e direitos, que aparece de forma concreta na vida das pessoas nos territórios: milhões enfrentam dificuldades diárias de acesso a serviços básicos, como saúde, educação pública de qualidade, moradia digna, transporte de qualidade, energia elétrica a preços acessíveis, saneamento básico, alimentação adequada, trabalho protegido e renda suficiente para viver com dignidade.

Diante da fragilidade ou ausência dessas políticas públicas, cresce a pressão para soluções que atendam aos interesses lucrativos do setor privado: planos de saúde, escolas particulares, outros serviços pagos e o endividamento das famílias, tudo isso como forma de garantir direitos que deveriam ser universais e públicos. O resultado é que os direitos não chegam a toda a população, as desigualdades se ampliam, o adoecimento aumenta e o SUS acaba sobrecarregado.

A precarização e mercantilização do trabalho acontece quando o trabalho humano passa a ser tratado como uma mercadoria qualquer à venda, sem regras de proteção, como limite de jornada de trabalho e salários dignos. É possível comprá-la por hora, por dia, ou por tempo determinado, sem considerar que essa pessoa precisa morar, comer, estudar e cuidar de

sua saúde o mês inteiro. Esse é o caso das pessoas trabalhadoras em aplicativos: sem direitos, sem garantias de proteção à saúde e à renda mínima.

Essa lógica também já está presente na saúde: com aplicativos para serviços médicos, em modelos de terceirização, que ajustam a força de trabalho aos interesses do setor privado e na chamada pejotização, isto é a transformação do trabalhador que tem CPF e direitos constitucionais em uma empresa que tem CNPJ sem a garantia desses direitos.

A pejotização, seja na saúde ou nos demais setores, desconfigura o trabalho ao disfarçar uma relação de emprego como se fosse prestação de serviço. O trabalho continua com horário, metas e chefia, mas sem direitos trabalhistas, previdenciários e sindicais. Com isso, os riscos e os custos são jogados nas costas da pessoa trabalhadora, a organização coletiva é enfraquecida e a proteção social perde força, enquanto empresas aumentam lucros às custas da precarização e do adoecimento de quem trabalha. Nessa lógica, direitos passam a ser tratados como produtos, acessíveis só para quem pode pagar, com segmentação de produtos melhores para quem paga mais. Coloca o lucro acima da vida.

Importante também destacar que as desigualdades em saúde não são iguais em todos os lugares. Elas se expressam de forma diferente conforme o território:

a. Nas periferias urbanas, a população convive com a falta de saneamento básico, transporte público precário, insegurança e serviços públicos insuficientes;
b. Nas áreas rurais e remotas, há escassez de serviços, de equipamentos públicos e de profissionais, o que dificulta o acesso regular à saúde e a outros direitos;
c. Para povos indígenas, quilombolas e comunidades tradicionais, o território, o meio ambiente e a alimentação são determinantes centrais da saúde. A perda de território, a contaminação ambiental e a insegurança alimentar (nutricional) afetam diretamente o bem-estar e a vida dessas populações.

O território revela, de forma nítida, onde o Estado está presente e, principalmente, onde ele falha. Por isso, discutir saúde exige olhar para o território e para as desigualdades históricas que o atravessam.

O Brasil não é pobre, mas para onde vai o nosso dinheiro?

O Brasil é um país rico! Nossa economia, medida pelo Produto Interno Bruto (PIB), é muito grande. Em 2024, por exemplo, geramos trilhões de reais em riqueza. Se dividíssemos isso por cada brasileira(o), a média seria boa. O problema é que, hoje, uma parte enorme dessa riqueza vai para pagar juros da dívida do governo, por conta da alta taxa básica de juros.

Pense assim: enquanto pouco mais de R$1 trilhão de reais foi usado para pagar juros da dívida pública, o valor total executado do orçamento do SUS em 2025 foi de cerca de R$253 bilhões. Desse montante, R$ 234 bilhões foram usados em ações e serviços públicos para apuração do cumprimento do piso mínimo constitucional, ou seja, o valor mínimo que o governo federal é obrigado a investir em saúde.

Isso significa que muito dinheiro, que poderia ser destinado tanto para construir hospitais, contratar profissionais e comprar remédios, quanto para o atendimento de toda a população nas unidades públicas do SUS, ou para fortalecer ações de outras políticas públicas que influenciam o estado de saúde da população como educação, habitação, segurança, social, previdência e assistência social), acaba indo para o sistema financeiro e para as mãos de poucas pessoas.

Essa situação também prejudica as famílias brasileiras, que estão muito endividadas, pagando juros altíssimos em empréstimos e cartões de crédito, o que aperta ainda mais o orçamento. Enquanto isso, há uma minoria da população que ganha com os juros altos e com grandes valores aplicados no mercado financeiro, e os bancos são as instituições que acumulam grandes lucros nesse contexto.

Mas, essa minoria é contra uma reforma tributária que aumente os impostos sobre esses ganhos financeiros, de modo a permitir a redução de impostos para a maioria do povo, que vive exclusivamente dos ganhos do seu trabalho diário. Os problemas vividos nos territórios não são fruto do acaso; eles também estão diretamente ligados às escolhas da política fiscal, monetária e tributária do país em nível federal e as ações e escolhas dos entes federativos (estados e municípios) nos territórios.

O sistema tributário brasileiro é regressivo, concentrador de renda e permissivo com grandes fortunas e com o capital financeiro. Quem ganha menos paga proporcionalmente mais impostos, enquanto os mais ricos contribuem pouco para o financiamento das políticas públicas. Medidas destinadas a tornar o sistema tributário brasileiro mais justo têm enfrentado dificuldades, como por exemplo:

a. o projeto de lei de isenção do imposto de renda para quem ganha até R$5 mil foi aprovado — mesmo após mobilização social — para vigorar somente a partir de 2026;
b. as tentativas de taxar lucros, dividendos e outros investimentos que recairiam sobre as grandes empresas e super-ricos foram alvo de *fake news* e de forte obstáculo para tramitar no Congresso Nacional.

Rumo a uma nova economia: justiça para a saúde

Para que o SUS seja plenamente consolidado como um modelo de acesso universal à saúde, precisamos de uma nova política econômica. Isso inclui:

a. Saúde como direito, não como mercadoria: precisamos mudar a lógica de que a saúde é um gasto, e vê-la como um investimento essencial para a vida das pessoas e para o desenvolvimento do país. ado importante da Organização Mundial da Saúde (OMS) nos mostra que para cada R$ 1l investido em saneamento básico, podemos economizar até R$ 4 no SUS, pois prevenimos doenças e evitamos internações;
b. Reduzir os juros reais: diminuir a taxa de juros do país para que o dinheiro do governo e das famílias possa ser destinado para investimento e consumo, ao invés de ser usado só pagamento de dívidas;
c. Taxar grandes fortunas, lucros e heranças: pessoas e empresas muito ricas, com fortunas e lucros elevados, poderiam contribuir mais com impostos. Isso também vale para as heranças milionárias. Essas medidas são essenciais para arrecadar mais dinheiro e direcioná-lo para as políticas sociais, especialmente para o nosso SUS.
d. Taxar atividades com impactos negativos na saúde: atividades como a legalização de jogos eletrônicos (BETs), e o consumo de cigarros e bebidas alcoólicas e açucaradas, por exemplo, podem gerar dependência e sobrecarregar o SUS com demandas de saúde mental e nutricional, devem ter parte de sua arrecadação com impostos direcionada para o financiamento do SUS; utilizar nossos recursos naturais de forma estratégica: o Brasil tem muitas riquezas naturais. Precisamos discutir como esses recursos podem ser usados para promover um desenvolvimento que beneficie a todas as pessoas, garantindo mais verbas para a saúde e outras políticas sociais.

Os desafios do orçamento do SUS e o papel das emendas parlamentares

A luta pelo financiamento adequado e suficiente do SUS tem sido constante. Uma das vitórias recentes ocorreu a partir de 2023, com a revogação da Emenda Constitucional nº 95/2016 — a chamada Emenda do Teto de Gasto que tirou do SUS cerca de R$ 70 bilhões entre 2018 a 2022 — e a volta da regra de cálculo do piso federal da Saúde. Essa regra determina a aplicação mínima, pelo Ministério da Saúde, de 15% da Receita Corrente Líquida, ou seja, dos recursos que o governo arrecada.

Um outro ponto de atenção relevante são as emendas parlamentares, que atualmente representam cerca de 12% do orçamento das ações e serviços de saúde — participação doze vezes maior que a do período 2008 a 2013, cuja média foi de 1% (NOBRE, 2025). Embora possam ser usadas para atender necessidades locais, as emendas não têm guardado relação com o processo de planejamento do SUS. Além disso, a forma como são negociadas, muitas vezes, cria uma situação de "chantagem" política, desviando recursos de onde seriam mais necessários.

Neste contexto, não podemos esquecer do movimento "Saúde +10", de 2012 e 2013, que foi a luta coordenada pelo Conselho Nacional de Saúde pela ampliação dos recursos federais para o SUS — o resultado foi mais de 2,2 milhões de assinaturas para o Projeto de Lei de Iniciativa Popular (PLP 321/2013) protocolado no Congresso Nacional, que estabelecia como piso federal do SUS 10% das receitas correntes brutas da União, posteriormente transformado em Proposta de Emenda Constitucional 01-D/2015, que estabelecia 19,4% da receita corrente líquida da União. No entanto, essa mobilização não resultou na aprovação desses projetos, culminando na publicação na EC nº 86 de 2015, que estabeleceu o piso federal para a saúde em 15% da receita corrente líquida da União.

É fundamental que esses recursos não sejam limitados por novas regras fiscais, como a do "arcabouço fiscal", que podem diminuir o valor destinado ao SUS. Também são necessários mais recursos destinados tanto para o atendimento das necessidades de saúde da população, como para respeitar a recomendação do Conselho de Participação Social da Presidência da República Nº2, de 12/2/2025, que reitera a proposta de realização do orçamento participativo nacional na saúde. Soma-se a essas questões, o investimento em:

a. Inovação: incorporar novas tecnologias e medicamentos;
b. Indústria da Saúde: investir na produção de equipamentos e insumos no Brasil para fortalecer o Complexo Econômico Industrial de Saúde, especialmente a indústria estatal, com o objetivo de garantir a nossa soberania sanitária —- isto é, para que o Brasil não passe pela mesma situação experienciada na época da pandemia da Covid-19, em que dependia da importação de vacinas;
c. Trabalhadores: valorizar e melhorar a carreira dos profissionais do SUS.

Para fortalecer o financiamento do SUS, não basta saber qual é a programação orçamentária para o exercício seguinte, mas é preciso perguntar ao gestor(a) do SUS, em cada

esfera de governo, o que não foi possível programar de despesas no orçamento em razão da limitação de recursos estabelecida pelas respectivas áreas de planejamento e de finanças dos governos.

Em outras palavras, precisamos quantificar quais são as necessidades de recursos adicionais para o SUS para responder a seguinte questão: mais recursos para aplicar em quais áreas da saúde?

O papel de cada pessoa na construção de um SUS forte: controle social e transparência

Você tem um papel fundamental na defesa do SUS! A Constituição nos dá o direito e o dever de:

a. Participar do Orçamento Público: acompanhar e debater o planejamento financeiro do país Plano Plurianual (PPA), Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), Lei Orçamentária Anual (LOA), bem como o planejamento do SUS (Plano de Saúde e Programação Anual de Saúde), ajudando a definir as prioridades de ações e investimento a médio e longo prazo;
b. Fiscalizar: ficar de olho em como o dinheiro público é gasto, garantindo que chegue aonde precisa. O SUS tem os seguintes instrumentos de prestação de contas: os relatórios quadrimestrais —- cuja análise pelos conselhos de saúde resulta na indicação de medidas corretivas de gestão —- e o relatório anual de gestão, cuja análise pelos conselhos de saúde resulta no parecer conclusivo com a aprovação ou reprovação das contas da gestão.
c. Defender Direitos: exigir que os direitos constitucionais, incluindo o da saúde, sejam respeitados.
d. Exigir Transparência: é seu direito saber como cada centavo do SUS é aplicado. Acompanhe os Tribunais de Contas e os conselhos de saúde, que são previstos em lei.

Aprovamos na 17ª Conferência Nacional de Saúde uma meta importante: que o investimento público total em saúde chegue a 6% do PIB. Desse total, 3% seriam aplicados pelos governos estaduais e municipais e 3%, pelo governo federal.

Para que isso aconteça, é essencial que, de um lado, o governo federal aumente sua participação no financiamento público do SUS para, no mínimo, 50% do total, e de outro lado, que sejam fortalecidos os conselhos estaduais, municipais e locais de saúde, garantindo

mais autonomia para avaliar a execução dos orçamentos dos estados, Distrito Federal e municípios, especialmente nos Relatórios Quadrimestrais de Prestação de Contas e nos Relatórios Anuais de Gestão, como determina a lei.

Precisamos lutar também pela implementação da mudança da regra de cálculo do piso federal do SUS, aprovada também na 17ª Conferência Nacional de Saúde. A proposta é viabilizar um SUS 100% público com piso federal da saúde que corresponda à média dos valores da aplicação federal em 2020 e 2021, acrescida: (i) da variação do Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA); (ii) de fator que considere a mudança do perfil demográfico com a maior participação da população idosa sobre o total e; (iii) de fator que compense a iniquidade verificada nos últimos anos decorrente da renúncia de receita concedida aos contribuintes que realizam despesas privadas de saúde, incluindo planos de saúde.

Inovação e tecnologia a serviço do SUS

A revolução digital oferece ferramentas poderosas que podemos e devemos usar para otimizar o SUS, reduzir custos e melhorar a qualidade do atendimento. Precisamos:

a. Aproveitar o conhecimento: utilizar as novas tecnologias e o conhecimento gerado em nossas universidades e laboratórios públicos para criar soluções de saúde que beneficiem todas as pessoas;
b. Debater patentes: a tecnologia e os produtos desenvolvidos com recursos estatais devem ser apropriados pela população, como é feito em alguns países, que usam a produção tecnológica em saúde para o bem comum, sem barreiras de patentes excessivas. O Brasil tem um potencial enorme em suas universidades e laboratórios, que pode ser melhor aproveitado publicamente para fortalecer o SUS;
c. Com união, fiscalização e uma visão estratégica de como nossa riqueza é gerada e distribuída, podemos garantir um SUS cada vez mais forte, justo e acessível para todos!

Valorização do trabalho e da carreira no SUS em oposição à privatização dos serviços

A privatização de diversos setores e serviços públicos tem avançado nas últimas décadas. No caso da saúde, o modelo suplementar pela iniciativa privada caminha para se tornar a tônica da oferta dos serviços de saúde, e não um complemento: expansão dos planos de saúde ofertados por operadoras do setor privado, diversas formas de terceirizações/ privatizações nos serviços públicos

e, ainda, com a atuação de grandes grupos econômicos e financeiros, muitos deles internacionais, o que aprofunda a dependência externa, enfraquece a soberania nacional e subordina políticas públicas essenciais a interesses privados e estrangeiros, sem relação com as necessidades nacionais.

Em muitos municípios brasileiros, a contratação de organizações sociais, empresas terceirizadas e fundações privadas substitui concursos públicos e vínculos estáveis por contratos precários, com salários menores, menos direitos trabalhistas, alta rotatividade e piores condições de trabalho. Essa precarização afeta diretamente trabalhadoras e trabalhadores da saúde, enfraquece as equipes de saúde, compromete a continuidade do cuidado e impacta negativamente na qualidade dos serviços oferecidos à população.

Do ponto de vista do controle do gasto social, a terceirização pode não representar economia real na medida em que esse processo fragmenta o orçamento, dificulta a transparência, reduz a capacidade de planejamento público e cria contratos muitas vezes menos eficientes no médio e longo prazo. A lógica contratual privada abre espaço para práticas de clientelismo, favorecimento político e captura dos recursos públicos por interesses privados, enfraquecendo os mecanismos de controle social e de fiscalização.

Além disso, ao retirar trabalhadoras e trabalhadores da folha direta do poder público, muitos gestores passam a utilizar a terceirização como estratégia para "maquiar" o cumprimento da Lei de Responsabilidade Fiscal, deslocando despesas permanentes para contratos de serviços. Essa prática compromete a sustentabilidade do financiamento do SUS, esvazia a responsabilidade do Estado como empregador público e transfere para o mercado funções essenciais à garantia do direito à saúde.

Nos territórios, o processo de mercantilização da saúde gera desigualdade no acesso e concentração de serviços onde há lucro, deixando vazios assistenciais justamente onde a população mais precisa. A lógica do mercado prioriza rentabilidade, não necessidades sociais.

Portanto, enfrentar a terceirização e a privatização indiscriminadas é também defender o trabalho digno, a transparência no uso dos recursos públicos e a efetividade das políticas sociais nos territórios. Fortalecer o serviço público, com vínculos estáveis, concursos, planejamento e controle social, é condição fundamental para garantir direitos, evitar clientelismos e assegurar que o gasto social cumpra seu papel de investimento no bem-estar coletivo.

O setor privado pode e deve ser complementar. Para isso, é indispensável regulação adequada, controle social efetivo e responsabilização das empresas, garantindo que o interesse público esteja acima do lucro.

Para que o SUS funcione em sua plenitude, é indispensável reconhecer e valorizar quem está na linha de frente: suas trabalhadoras e seus trabalhadores! Isso significa combater práticas que enfraquecem o serviço público e fortalecer as condições de trabalho:

a. Fim da Precarização: precisamos lutar contra a privatização e a precarização do SUS, combatendo a terceirização e a "quarteirização";
b. É fundamental que a maior parte dos serviços seja oferecida diretamente pelo SUS, com profissionais contratados por meio de concursos públicos. Para isso, é fundamental definir prazos para o processo de transição do atual modelo de gestão de serviços terceirizados e "quarteirizados" para outro, centrado na gestão direta estatal dos serviços nas unidades públicas do SUS, e exclusivamente com trabalhadores de saúde contratados por concursos públicos, para garantir a estabilidade, a qualificação e a dedicação dos profissionais de saúde, assegurando um atendimento de qualidade à população;
c. Instituição da Carreira Única Interfederativa do SUS, aprovada em janeiro de 2026, pelo Conselho Nacional de Saúde - nos termos do Protocolo nº 012/2025 da Mesa Nacional de Negociação Permanente do Sistema Único de Saúde -MNNP/SUS), que também instituiu a criação do Fundo Nacional Tripartite para o Trabalho no âmbito do SUS (FUNTRAB/SUS) para financiamento da Carreira-SUS, que precisa ser viabilizada para mitigar as disparidades geográficas e sociossanitárias, oferecendo salários justos, boas condições de trabalho, formação contínua e reconhecimento. Isso atrai e mantém os melhores talentos no serviço público;
d. Mesas de Negociação: é fundamental fortalecer os espaços de diálogo – as Mesas de Negociação – entre gestores (quem administra o SUS), prestadores de serviço, trabalhadora(e)s e usuária(o)s. Nesses espaços, podemos buscar soluções que garantam segurança, condições dignas de trabalho e o fortalecimento do SUS com um controle social efetivo, onde a voz de todos seja ouvida.

Fortalecer a responsabilidade sociossanitária!

A responsabilidade sociossanitária envolve toda a sociedade, tendo o Estado como agente central de indução, coordenação, fiscalização e garantia de direitos. União, estados, municípios, instituições públicas, empresas e cidadãos compartilham esse dever.

Essa responsabilidade significa assegurar condições dignas de vida e bem-estar coletivo por meio da integração de políticas de saúde, educação, assistência, previdência, saneamento, moradia, alimentação, meio ambiente e trabalho protegido.

Nessa perspectiva, os entes federados reconhecem que a saúde é produzida socialmente nos territórios. Por isso, mobilização social, participação popular e controle público são essenciais para que as políticas respondam às necessidades reais da população. O setor privado também tem papel nesse processo, sempre sob coordenação do Estado. Essa definição deve orientar a atenção e gestão à saúde em primeiro plano, não subordinada à lógica de mercado ou de uma política fiscal que reflete um desenho de Estado mínimo para os direitos.

A saúde é um bem coletivo. Os recursos hoje drenados pelo sistema financeiro e pela mercantilização da vida poderiam fortalecer políticas públicas e melhorar as condições de vida nos territórios. O SUS é mais do que um sistema de saúde: é um organizador social. Ele articula lutas por direitos, fortalece vínculos comunitários e impulsiona um modelo de desenvolvimento baseado na justiça social, na solidariedade e na defesa da vida.

Construir consciência sanitária é compreender que saúde, orçamento público, justiça fiscal, soberania nacional e democracia caminham juntos — e que defender o SUS é defender um projeto de país onde a vida vale mais do que o lucro.

QUESTÕES MOBILIZADORAS:

- ✓ Que medidas devem ser adotadas pelos governos federal, estaduais e municipais e pelo Poder Legislativo para avançar na reforma tributária, ampliar o financiamento do SUS e da Seguridade Social e, ao mesmo tempo, reduzir e regulamentar o uso das emendas parlamentares destinadas ao SUS?
- ✓ Como garantir a destinação dos recursos adicionais advindos da reforma tributária para o fortalecimento e ampliação do atendimento da saúde da população de acordo com os princípios e diretrizes constitucionais do SUS?
- ✓ Considerando que a maior parte dos recursos do SUS é destinada ao funcionamento da rede de atendimento nas unidades públicas de saúde e que esse funcionamento depende essencialmente dos profissionais que trabalham nessas unidades, quais as ações poderiam ser desenvolvidas para a valorização das pessoas trabalhadoras mediante recursos adicionais que sejam obtidos com a redução do subfinanciamento histórico?

EIXO 3

OS DESAFIOS PARA O SUS NA AGENDA NACIONAL DA DEFESA DA VIDA E DA SAÚDE: EMERGÊNCIAS CLIMÁTICAS E JUSTIÇA SOCIOAMBIENTAL

EMENTA

O eixo debate os desafios contemporâneos do SUS na construção de uma agenda nacional orientada pela defesa das vidas e da saúde, diante do agravamento das emergências climáticas e de seus impactos desiguais sobre populações e territórios. Analisa eventos extremos, desastres socioambientais, insegurança alimentar e nutricional, crises hídricas, desigualdades sociais e mudanças nos perfis epidemiológicos ampliam vulnerabilidades e exigem respostas estruturadas, intersetoriais e territorializadas por parte do sistema de saúde. Aborda a justiça socioambiental como princípio orientador das políticas públicas, reconhecendo que os efeitos da crise climática atingem, de forma mais intensa, populações em situação de pobreza, comunidades tradicionais, povos indígenas e moradores de periferias urbanas e áreas rurais. Discute a necessidade de fortalecer a vigilância em saúde, a atenção primária, a capacidade de resposta a emergências, a infraestrutura resiliente e a articulação entre saúde, meio ambiente, proteção social e desenvolvimento sustentável, comprometido com a vida, a redução das desigualdades e a sustentabilidade socioambiental.

"Nós, povos indígenas, somos filhos da natureza, por isso lutamos por nossa Mãe Terra, porque a luta pela Mãe Terra é a mãe de todas as outras lutas. Estamos lutando pelas suas vidas. Estamos lutando por nossas vidas. Estamos lutando por nosso território sagrado... não podemos aceitar que mais uma gota de sangue indígena seja derramada." (Artemisa Xakriabá)

A defesa radical das vidas continua sendo a principal ideia que orienta as ações de saúde no SUS, na atividade cotidiana das trabalhadoras e dos trabalhadores. Em uma rápida avaliação do cenário global e local hoje, percebe-se facilmente que a vida está muito mais ameaçada que há algumas décadas, ao reconhecermos que a emergência climática se estabeleceu mundialmente e suas consequências já são perceptíveis. Em 2024, chegamos ao temido índice médio de temperatura do planeta de 1,5ºC grau acima do que era há 200 anos, quando da revolução industrial. O aquecimento global é causado pelo progressivo extrativismo predatório dos recursos naturais, acompanhado de desmatamentos, queimadas, poluição dos rios, solo e

ar, geralmente com grave agressão às comunidades indígenas, ribeirinhas, quilombolas, caiçaras, e outros agrupamentos que têm a sua vida vinculada à natureza.

Associa-se a tudo isto a utilização da matriz energética com base, principalmente no carbono, petróleo e gás que, como se sabe, emitem gases de efeito estufa na atmosfera, sendo determinantes para o aquecimento global. O que se colhe com estas ações é o brutal desequilíbrio ambiental e um ambiente cada vez mais inóspito para se viver, atingindo seres humanos/as e, também, todas as formas de vida existentes no planeta. Os efeitos da crise climática atingem os serviços de saúde e as pessoas que trabalham no setor, comprometendo a capacidade instalada, aumentando a demanda de ações e demandando mais conexão entre o cuidado das pessoas e a preservação do ambiente.

O racismo ambiental é uma das importantes constatações deste período, visto que, a população negra, indígena, periférica, e outros grupos socialmente excluídos, tendem a sofrer maiores danos em razão da crise ambiental. Estão mais expostos aos seus efeitos, por dificuldade de acesso a serviços básicos, habitar em locais de maior risco, se expor a trabalhos com manejo de substâncias tóxicas, e muitas vezes, a sensação de desamparo pelas próprias dificuldades do cotidiano. Toda abordagem sobre a questão ambiental e saúde, precisa considerar este fator como fundamental.

Do ponto de vista dos territórios, a crise climática se manifesta de forma concreta na vida e no trabalho das pessoas. É no cotidiano que se expressam os efeitos do calor extremo, das enchentes, da contaminação por agrotóxicos, da poluição do ar e da precarização do trabalho. A saúde do trabalhador e da trabalhadora é afetada diretamente pela emergência climática, pois são os corpos, que sustentam a produção, o cuidado e a sobrevivência, que mais sofrem os impactos do modelo predatório de desenvolvimento. Assim, não há justiça climática sem justiça social e sem a centralidade da saúde nas políticas públicas.

As populações que vivem em territórios de vulnerabilidade climática e ambiental — como ribeirinhos, quilombolas, povos tradicionais, dos campos, florestas e águas, moradores de periferias urbanas, áreas costeiras e sujeitas a enchentes, deslizamentos, secas prolongadas e elevação do nível dos rios e mares — enfrentam de forma mais intensa e recorrente os impactos das mudanças climáticas. Nessas realidades, a exposição contínua a eventos extremos compromete o acesso à água potável, à alimentação adequada, à moradia segura, ao saneamento básico e aos serviços de saúde, agravando doenças, com impacto na saúde mental, ampliando inseguranças e aprofundando desigualdades históricas. A situação é ainda mais

crítica para a população em situação de rua, que vivencia a ausência de abrigo, proteção térmica e condições mínimas de higiene, ficando diretamente exposta a ondas de calor, chuvas intensas, frio extremo e poluição ambiental. A combinação entre exclusão social, fragilidade dos vínculos institucionais e impactos climáticos coloca essas pessoas em condição de extrema vulnerabilidade sanitária, exigindo respostas intersetoriais urgentes, territorializadas e orientadas pela justiça socioambiental, com centralidade na garantia do direito à saúde e à vida.

O agravamento das vulnerabilidades climáticas e ambientais está diretamente relacionado às escolhas políticas e econômicas que fragilizam a capacidade do Estado de prevenir e mitigar riscos. Os cortes de recursos públicos destinados à manutenção, prevenção e contenção de desastres ambientais reduzem investimentos em drenagem, moradia segura, saneamento e infraestrutura urbana, ampliando os impactos de enchentes, secas e eventos extremos sobre as populações mais pobres.

Soma-se a isso o avanço das privatizações no setor de saneamento básico, que em muitos territórios tem resultado em acesso desigual, água de baixa qualidade e comunidades sem cobertura adequada de esgotamento sanitário, evidenciando dificuldades estruturais de encanamento, distribuição e fornecimento regular de água.

A privatização do saneamento básico subverte a natureza da água como bem comum e direito humano fundamental, transformando-a em uma mercadoria de alto valor estratégico e financeiro. Ao priorizar a maximização dos lucros e a distribuição de dividendos a acionistas, as empresas privadas tendem a concentrar investimentos em áreas de maior rentabilidade, negligenciando as periferias, áreas rurais e comunidades tradicionais onde o custo de infraestrutura é elevado e o retorno financeiro é lento. Esse modelo acirra o racismo ambiental, pois a exclusão do acesso à água potável e ao esgoto tratado atinge desproporcionalmente populações vulnerabilizadas, resultando no agravamento de doenças de veiculação hídrica e na sobrecarga do SUS. Além disso, a gestão privada retira o controle social sobre um recurso vital, fragilizando a soberania nacional e a capacidade do Estado de planejar o desenvolvimento sustentável e a adaptação às emergências climáticas, uma vez que a preservação dos mananciais muitas vezes conflita com a lógica da exploração imediata e do consumo desenfreado. Essas dinâmicas aprofundam desigualdades e comprometem o direito à saúde e a condições dignas de vida.

Vivemos um momento em que os movimentos sociais lutam por um desenvolvimento que respeite as comunidades locais, a diversidade cultural, preserve o ambiente, e faça opções

por matrizes energéticas alternativas ao carbono, ou seja, proteja a saúde e a vida. Mas, por outro lado, grandes corporações econômicas ligadas ao extrativismo predatório, como por exemplo, a exploração do petróleo em ecossistemas sensíveis, minérios onde barragens têm destruído rios, as terras, em grave prejuízo a comunidades locais, assim como o agronegócio, continuam intoxicando extensas áreas de plantio. Estes conflitos dizem respeito ao que deve ser prioritário, se a defesa da vida, hoje e para as futuras gerações, ou o modelo de desenvolvimento que explora os recursos naturais destruindo a natureza, agredindo os povos na sua saúde e modos de vida.

A COP 30, a saúde e a luta por um ambiente saudável

A COP30, realizada no Brasil, em novembro de 2025, representou um momento importante para o debate sobre enfrentamento da emergência climática na agenda global. Houve avanços importantes na aprovação do Plano de Ação em Saúde de Belém do Pará (PA), como a do primeiro plano internacional de adaptação climática para a saúde, com foco em sistemas de saúde resilientes, justiça climática, e sistemas preparados para riscos climáticos.

Dentre as propostas inovadoras resultantes da COP30, destaca-se: a apresentação do "AdaptaSUS" para fortalecer a capacidade do SUS de enfrentar emergências climáticas e epidemiológicas; o Relatório Saúde-Clima, produzido pela OMS, que destaca o alto risco de mortes por calor extremo, exigindo respostas rápidas; o reconhecimento e valoração da Medicina Indígena, como ciência e parte da proteção da saúde e do planeta. No entanto, há dúvidas quanto à implementação dessas proposições pelos países no âmbito global.

No âmbito da disputa de projetos, muitas questões importantes não tiveram um resultado satisfatório como, por exemplo, a falta de um acordo consistente para a Eliminação de Combustíveis Fósseis, não avançando para uma resolução em torno da proposta de abandono de carvão, petróleo e gás como matrizes energéticas, e a construção de alternativas nesse campo. Da mesma forma, não se resolveu a insuficiência de financiamento para adaptação climática, crucial para a saúde pública diante de eventos extremos, havendo limitação na participação social e indígena. Apesar do foco na Amazônia, houve disparidade na participação de grupos indígenas e comunidades, que tiveram acesso restrito às negociações, enquanto a presença de lobistas de combustíveis fósseis foi expressiva.

Tudo isto demonstra que os diferentes projetos para o ambiente e a saúde terão um desfecho favorável aos interesses da maioria da população, com a ativa participação comunitária e o protagonismo dos movimentos sociais. Por esta direção, é cada vez mais importante e urgente a inclusão deste tema no campo da saúde, assim como incluí-lo à rotina das discussões, programas e projetos do SUS. Um tema transversal a todos os outros.

A agenda climática no SUS deve dialogar de forma orgânica com outras políticas públicas e com os acúmulos das conferências recentes: Meio Ambiente, Cidades, Cultura, Direitos Humanos, Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora e com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS). A intersetorialidade não é apenas um princípio, mas uma exigência prática para enfrentar problemas que atravessam habitação, mobilidade, saneamento, trabalho, alimentação e cultura.

Proteção e Território: a integralidade e a intersetorialidade como instrumentos de garantia do direito

No cenário internacional, o reconhecimento da interdependência entre as saúdes humana, animal e ambiental **tem emergido como** uma das respostas à crise climática, por meio da abordagem integrada denominada **Saúde Única**. Esta ideia é desenvolvida no âmbito da governança global em torno das entidades: Organização das Nações Unidas para a Alimentação e a Agricultura (FAO), Organização Mundial de Saúde Animal (OIE), Programa das Nações Unidas para o Meio Ambiente (PNUMA) e Organização Mundial de Saúde (OMS).

Esta questão não é novidade no Brasil. O SUS sempre trabalhou com o modelo que articula a produção social da saúde e doença, tendo na Vigilância em Saúde um caráter normativo e orientador essencial para esse fim. Desta forma, o enfrentamento da crise climática e ambiental, incluindo a atenção à saúde animal e ao ambiente saudável, acontece de forma inseparável da saúde humana, que sempre se concebeu integrada a estes componentes.

Especificamente no campo da saúde, o impacto da crise ambiental e climática é direto, imediato e de grande magnitude. Inúmeras doenças são desenvolvidas por efeito da crise ambiental, por exemplo diversos tipos de cânceres, doenças respiratórias, dermatológicas, neurológicas entre muitas outras, inclusive com maior incidência de transtornos à saúde mental. Como se sabe, o aparecimento de novos patógenos como o vírus que causou a pandemia de

Covid-19, que ceifou a vida de mais de 7 milhões de pessoas em todo mundo, e a possibilidade de surgimento de novas pandemias é algo que que ainda persiste no cenário global.

Para além das medidas de prevenção e intervenção em possíveis novas epidemias ou pandemias, o SUS (que já inclui serviços de vigilância à saúde), deve fortalecer a abordagem em relação ao clima e a preservação da natureza. Criar coletivos comunitários de abordagem da questão ambiental, mobilizar trabalhadoras(es) das redes de saúde para este tema, incluir o tema como pauta na abordagem dos programas de educação em saúde, cursos e seminários, na educação popular, em programas de educação permanente. Tudo isto, é absolutamente fundamental para criar um pensamento novo e potente de alteração do quadro atual em relação à questão ambiental e climática.

A agenda climática precisa ser fortalecida como eixo estruturante da Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS), articulando dados de clima, ambiente, trabalho e saúde, permitindo monitorar, de forma territorializada, os impactos sobre doenças respiratórias, agravos transmitidos por vetores, saúde mental e adoecimentos relacionados ao trabalho. Por outro lado, preparar as redes de atenção e os serviços territoriais para os efeitos das crises climáticas também envolve ampliar a resolutividade e reduzir a demanda reprimida, de tal forma que os serviços estejam preparados para respostas rápidas quando se manifestam as condições da crise.

A educação popular em saúde e a educação ambiental são ferramentas estratégicas nesse processo. Elas permitem articular conhecimento técnico com saberes do território, formar sujeitos críticos e fortalecer a capacidade das comunidades de identificar riscos ambientais, denunciar violações e construir soluções coletivas. Investir em educação popular e ambiental, vigilância popular em saúde e formação política nos territórios é investir na autonomia das pessoas para defender a vida diante da crise climática e das injustiças socioambientais.

Em 2025, a 5ª Conferência Nacional do Meio Ambiente, a 6ª Conferência Nacional Infantojuvenil pelo Meio Ambiente e o Plano Cima Participativo produziram apontamentos que devem ser incorporados nos debates a partir da democracia participativa , na construção dos instrumentos de planejamento e orçamento do SUS. São, portanto, questões que o movimento social e o SUS devem pautar como prioridade.

Cuidado centrado no território: Fortalecer o SUS para os novos tempos

O território não é apenas o lugar onde se ofertam serviços, mas onde se produz a vida, o trabalho, os vínculos e os saberes. Nele se constroem formas próprias de cuidado, solidariedade e resistência. Reconhecer o território como espaço político do SUS significa assumir que usuários e comunidades não são apenas destinatários de políticas, mas sujeitos ativos da produção da saúde. Isso exige que o SUS valorize o saber popular, a experiência vivida e o protagonismo comunitário como partes constitutivas do cuidado e da vigilância em saúde.

Todas as questões ligadas à saúde no atual contexto de crise climática aumentam significativamente a demanda para o SUS. O aquecimento global, emergência climática e desequilíbrio ambiental têm aumentado os eventos climáticos extremos, repercutindo em vítimas de desastres do clima. Associa-se a este contexto um novo quadro epidemiológico causado pelo agravo das condições climáticas, decorrente do modelo capitalista de desenvolvimento que prioriza o lucro em detrimento do bem-estar humano e ambiental. Outro fator relevante tem sido a transição epidemiológica e demográfica, que tem gerado um aumento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). O aumento da expectativa de vida da população tem provocado uma reorganização do sistema de saúde na busca de melhorias na assistência e nas condições de vida.

Um modelo de cuidado organizado com base no território tem sido a orientação geral desde a origem do SUS. A experiência de implantação da Estratégia Saúde da Família nos anos 1990, por exemplo, se constituiu como a principal diretriz organizacional do sistema na Atenção Básica, que está associada à vários indicadores de melhoria da condição de saúde da população.

Do ponto de vista do fortalecimento e organização do SUS para o enfrentamento do novo quadro epidemiológico, considerando o contexto da crise climática e o aumento das doenças crônicas na população, é fundamental manter os serviços já existentes e investir na ampliação do escopo de atribuições da atenção básica.

Lançado durante a COP 30, o programa AdaptaSUS estabelece 27 metas e 93 ações a serem implementadas até 2035, que contemplam, dentre outras questões, investimentos em:

a) Infraestrutura Resiliente: construção e adaptação de Unidades Básicas de Saúde (UBS), UPAs e hospitais com autonomia energética e hídrica, reforço estrutural para resistir a enchentes, ondas de calor e outros eventos extremos, seguindo as orientações do Guia Nacional de Unidades de Saúde Resilientes, que integra o Novo PAC Saúde;

b) Vigilância e Alerta: fortalecimento dos sistemas de alerta antecipado, ampliação da vigilância epidemiológica para doenças sensíveis ao clima (como dengue e leptospirose) e capacitação das equipes de saúde para atuação em cenários de crise;

c) Continuidade Assistencial: garantia da operação das unidades de saúde e da continuidade da assistência durante eventos extremos, incluindo reorganização da rotina (como novos horários de atendimento) e protocolos clínicos adaptados ao calor extremo;

d) Ciência e Tecnologia: investimentos em pesquisa, implantação de centros de referência e plataformas integradas de dados para monitoramento e resposta às emergências climáticas;

e) Equidade e Participação Social: foco em populações em situação de vulnerabilidade socioambiental (ribeirinhas, quilombolas, indígenas), ações de comunicação e educação, e participação social na implementação das políticas.

Nesse processo, o papel dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e dos Agentes de Combate às Endemias (ACE) é estratégico. Eles são a principal ponte entre o SUS e os territórios e podem atuar como agentes da agenda climática, identificando riscos ambientais, acompanhando situações de vulnerabilidade, promovendo educação em saúde e fortalecendo o letramento da população sobre os impactos das emergências climáticas na vida cotidiana.

A resposta do SUS à emergência climática exige responsabilidade compartilhada entre União, Estados e Municípios. Cabe à União coordenar e financiar a agenda climática na saúde; aos Estados, apoiar tecnicamente e integrar regionalmente as ações; e aos Municípios, implementar de forma territorializada políticas que protejam a vida. Sem esse pacto federativo ativo, a defesa da vida diante da crise climática não se sustentará.

Deste modo, é necessário organizar serviços no SUS de modo que eles respondam de forma eficaz a esta maior demanda por cuidados aos crônicos. Este é o grande desafio no nosso tempo. Para isto, é preciso fortalecer os serviços de referência territorial, tomando como centro a Rede Básica de Saúde e aumentando seu escopo de atribuições além do alcance da Rede para serviços que incluam centralmente a Atenção Primária, mas que a ultrapassem na oferta de serviços.

Do ponto de vista do fortalecimento e organização do SUS para o enfrentamento do novo quadro epidemiológico e diante o contexto da crise climática e o aumento das doenças crônicas na população, é fundamental manter os serviços já existentes e investir na ampliação

do escopo de atribuições da Rede Básica. Por exemplo, é necessário maior incremento dos serviços de internação domiciliar, mais cuidados paliativos no domicílio, ampliar o acompanhamento de egressos, e admitir que novos equipamentos se integrem à Rede Básica, mesmo que constem de atribuições das especialidades ou hospitalar. Inovações neste sentido poderiam ser desenvolvidas e de forma ousada, propor que mais serviços sejam organizados nos territórios, deixando ao hospital apenas o que é demanda da tecnologia hospitalar.

Serviços de referência territorial amplos, que aumentam a resolutividade da Rede Básica, tornando-a robusta, poderão enfrentar os desafios que estão diante do SUS neste momento. Chamamos de "gestão da demanda" o esforço de resolutividade no território, que possa reduzir a demanda por serviços especializados, e/ou, internações muitas vezes desnecessárias, corroborando com o programa "Agora tem Especialistas". Esse é o efeito pretendido com um investimento importante, e robusto em uma rede territorializada.

Do ponto de vista de quem vive o SUS na ponta, é no território que a crise climática, o racismo ambiental e a precarização do trabalho se materializam na vida concreta das pessoas. É no território onde a enchente entra na casa e nos serviços de saúde; que o calor extremo adoece; que o veneno do agronegócio intoxica, que o desemprego e a informalidade adoecem o corpo e a mente. Por isso, o território não pode ser visto apenas como base logística da rede, mas como espaço político de produção da vida, do cuidado e da resistência. A complexidade das questões que envolvem a produção da saúde nos territórios requer ações de educação permanente, articulando saberes e ampliando a capacidade de interagir com as condições objetivas que estão presentes, com a mobilização também de experiências translocais e com investimentos financeiros e sanitários para superar riscos e condições adversas. Os territórios são vivos e requerem respostas capazes de fortalecer as forças que produzem saúde em cada pessoa.

O agravamento das vulnerabilidades climáticas e ambientais está diretamente relacionado às escolhas políticas e econômicas que fragilizam a capacidade do Estado de prevenir e mitigar riscos. Os cortes de recursos públicos destinados à manutenção, prevenção e contenção de desastres ambientais reduzem investimentos em drenagem, moradia segura, saneamento e infraestrutura urbana, ampliando os impactos de enchentes, secas e eventos extremos sobre as populações mais pobres. Soma-se a isso o avanço das privatizações no setor de saneamento básico, que em muitos territórios tem resultado em acesso desigual, água de baixa qualidade e comunidades sem cobertura adequada de esgotamento sanitário, evidenciando dificuldades estruturais de encanamento, distribuição e fornecimento regular de

água. Essas dinâmicas aprofundam desigualdades e comprometem o direito à saúde e a condições dignas de vida.

Fortalecer o SUS nos territórios é fortalecer sujeitos coletivos: trabalhadoras e trabalhadores da saúde, usuários e usuárias, educadores e educadoras populares, movimentos sociais e comunidades organizadas, e responsabilizar o Estado da sua obrigação constitucional de garantir o direito à vida, através da execução das políticas nos territórios. Isso implica reconhecer o saber popular, a experiência vivida, o protagonismo das pessoas como parte da própria produção do cuidado e da vigilância em saúde, bem como exigir que o estado invista em ações com esse propósito. O enfrentamento da emergência climática e das injustiças socioambientais exigem um SUS que não apenas atenda, mas que eduque, organize e mobilize.

Nesse sentido, a gestão do cuidado no território deve ser também gestão da participação social. O SUS precisa investir na formação política e técnica das comunidades, por meio da educação popular em saúde, da vigilância popular e da participação social, assim como na articulação intersetorial com instituições formadoras, órgãos ambientais, dentre outras instituições, que sejam capazes de identificar riscos ambientais, denunciar violações, construir soluções locais e disputar o modelo de desenvolvimento que se impõe sobre seus corpos e territórios. A comunidade nestes termos é vista como grupamento solidário, que busca a autoproteção, cuidado, e produção do comum como projeto social. A defesa da vida, hoje, passa necessariamente pela defesa dos territórios, do trabalho digno e da justiça socioambiental. Isso é o SUS acontecendo nas relações do dia a dia!

QUESTÕES MOBILIZADORAS

- ✓ O que o SUS precisa fazer para proteger a população diante da emergência climática e crise ambiental (calor extremo, enchentes, seca, fumaça, contaminação da água, ár, solo e dos alimentos, entre outras) que estão afetando a saúde das pessoas no seu território?
- ✓ Há um saber popular que diz: "Melhor prevenir do que remediar", de que forma esse ditado dialoga com a Vigilância em Saúde (epidemiológica, sanitária, ambiental e saúde do trabalhador e da trabalhadora) no enfrentamento dos impactos climáticos e ambientais em seu território?
- ✓ Quais os desafios do SUS em seu território para enfrentamento das mudanças climáticas e ambientais?

EIXO 4

MODELOS DE ATENÇÃO E GESTÃO, TERRITÓRIOS INTEGRADOS E CUIDADO INTEGRAL

EMENTA

Enquanto conquista constitucional disposta na Constituição de 1988 o SUS expressa um projeto civilizatório orientado pela universalidade e integralidade, que reflete nos modelos de atenção e gestão do sistema e na incorporação da perspectiva da equidade como reconhecimento das especificidades dos Povos e Comunidades Tradicionais, valorizando seus territórios, saberes e práticas de cuidado como parte legítima da produção da saúde. Promover equidade significa enfrentar o racismo institucional e religioso, reduzir desigualdades históricas e garantir acesso qualificado aos serviços, com participação ativa dessas comunidades no planejamento e no controle social, reafirmando o SUS como política pública comprometida com a justiça social e a diversidade cultural. Sustenta-se que a reconstrução do SUS exige superar a lógica da austeridade, reafirmar o pacto federativo e fortalecer a capacidade estatal de planejamento, regulação e gestão pública, com efetivo controle social. No campo assistencial, defende-se a centralidade da Atenção Primária à Saúde, especialmente da Estratégia Saúde da Família (ESF), como coordenadora das Redes de Atenção, articulando cuidado longitudinal, vigilância em saúde e integração entre os níveis assistenciais. A consolidação de políticas estruturantes — como a Política Nacional de Assistência Farmacêutica, a Política Nacional de Saúde Bucal, a Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde, a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, a Política Nacional de Promoção da Igualdade Racial, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, dentre outras políticas públicas - é apresentada como condição para garantir acesso equânime, soberania produtiva, regionalização solidária e valorização das equipes multiprofissionais, superando o modelo biomédico fragmentado. Consideram-se ainda a transformação digital, a integração da vigilância como inteligência estratégica do cuidado e a valorização do trabalho no SUS como eixos estruturantes para consolidar o sistema como política permanente de Estado. Defende-se que a efetivação do direito à saúde depende da participação popular ativa e da reconstrução democrática do SUS, orientada pelas necessidades dos territórios e comprometida com a defesa da vida, da soberania nacional e da justiça social.

"O SUS é uma política de Estado, não de governo." (Hésio Cordeiro)

Para aprofundar o texto orientador da 18ª Conferência Nacional de Saúde é indispensável situar o debate no contexto histórico recente de fragilização das políticas públicas, especialmente após a promulgação da Emenda Constitucional n.°95, que instituiu o chamado teto de gastos e impôs severas restrições orçamentárias às políticas sociais. O cenário acumulado de subfinanciamento, fragmentação assistencial e precarização do trabalho no SUS exige não apenas ajustes administrativos, mas uma transformação estrutural no modelo de

atenção e de gestão. O debate da Conferência deve, portanto, articular crítica e proposição, reconhecendo as debilidades atuais e apontando caminhos para reconstruir o SUS como projeto civilizatório, ancorado na Constituição de 1988.

No campo dos modelos de cuidado, a Atenção Primária à Saúde (APS) precisa ser reafirmada como coordenadora e ordenadora da rede.

O enfraquecimento da Estratégia Saúde da Família nos últimos anos comprometeu o vínculo territorial e a capacidade resolutiva das equipes. Mudanças no financiamento priorizaram o número de cadastros em detrimento da complexidade social dos territórios, gerando distorções e aprofundando desigualdades. Muitas Unidades Básicas passaram a funcionar como portas de triagem, e não como espaços efetivos de cuidado longitudinal. A mudança necessária é retomar a centralidade da ESF como modelo prioritário, garantindo financiamento estável e critérios que considerem vulnerabilidade social, perfil epidemiológico e condições territoriais. A APS deve dispor de acesso regulado a exames, consultas especializadas e suporte diagnóstico, para que, portanto, cumpra seu papel de coordenadora do cuidado.

Nesse mesmo sentido, a consolidação da Política Nacional de Saúde Bucal, instituída pela Lei nº 14.572, de 8 de maio de 2023, representa avanço estratégico para a efetivação da integralidade no SUS, ao reconhecer a saúde bucal como parte indissociável do direito à saúde e como componente permanente da organização da atenção. Sua efetivação exige fortalecimento das equipes de saúde bucal na Atenção Primária à Saúde, ampliação do acesso à atenção especializada odontológica, integração em rede, abordagem territorial e redução das desigualdades no acesso, especialmente entre populações historicamente vulnerabilizadas.

A integração das Redes de Atenção à Saúde também demanda reestruturação profunda.

Persistem *"vazios assistenciais"* em regiões remotas e extensas filas para especialidades e cirurgias eletivas. O sistema opera de forma compartimentalizada, com baixa comunicação entre atenção básica, média e alta complexidade. Essa fragmentação compromete a continuidade do cuidado e amplia iniquidades regionais. A implementação efetiva do Complexo Econômico-Industrial da Saúde é estratégica para garantir soberania produtiva em insumos, medicamentos e tecnologias, reduzindo dependências externas e fortalecendo a regionalização. Além disso, sistemas de regulação inteligentes e integrados devem assegurar fluxo assistencial contínuo, estruturando o chamado "cuidado em rede", no qual a(o) usuária(o) transite sem rupturas entre os diferentes pontos de atenção.

Outro desafio estrutural refere-se à superação do modelo biomédico centrado exclusivamente na doença e no ato médico. Refere-se aqui ao modelo biomédico no sentido de destacar algumas de suas variações na prática do sistema de saúde.

Uma de suas características é a de considerar a saúde como tratamento de doenças e não como promoção da qualidade e defesa da vida. Esta concepção se traduz em um processo que tem como tendências a patologização da vida cotidiana, isto é, a tradução de questões da vida como doenças, como patologias; a utilização excessiva de recursos diagnósticos, de exames complementares, de medicamentos, cirurgias, internações, etc. Como dizia Carlos Gentile de Mello, "*este conjunto de práticas mercantilistas se configuram em uma indústria da doença!*".

As diversas práticas de violência constituem também um desafio estrutural que transcende o trauma físico, exigindo que o SUS compreenda suas determinações econômicas e sociais, como a exclusão, o racismo, o machismo, a repressão estatal e a violência urbana. O SUS deve atuar como um espaço de resistência, intervenção e cuidado, exercitando a promoção da saúde e a vigilância ativa no território com integração intersetorial (justiça e assistência social), interrompendo o ciclo de sofrimento mental e físico que desestrutura pessoas, famílias e coletividades.

A violência doméstica e sexual contra mulheres, adolescentes e crianças tem sua maior expressão na assustadora maternidade de meninas, todas elas vítimas de estupro de vulnerável conforme define a Lei nº 12.015/2009.

A violência contra mulheres, adolescentes e crianças é expressão da estrutura da sociedade patriarcal e machista, marcada pela desigualdade social, racial e de gênero. A maternidade de mulheres e meninas vítimas de estupro em situações de negação do aborto legal é um dos exemplos dessa violência, constituindo grave violação de direitos e da dignidade humana. É necessário garantir o direito ao aborto legal no SUS na perspectiva da atenção integral à saúde em toda a rede de atendimento, desde a atenção de urgência, passando pela atenção básica e pelos serviços especializados no contexto da PNAES. Afirma-se assim, que o acesso ao aborto legal é um serviço de saúde essencial para garantir direitos, eliminar estigmas e riscos de procedimentos inseguros às mulheres, considerando que mulheres pobres e negras são majoritariamente as mais afetadas.

O debate sobre a saúde da população negra e indígena é outro elemento fundamental para enfrentar desigualdades históricas estruturadas pelo racismo e pela exclusão social, que ainda se expressam em piores indicadores de adoecimento, mortalidade e acesso aos serviços de saúde.

A construção de políticas públicas com viés equânime exige o reconhecimento dessas iniquidades e a adoção de estratégias específicas que garantam acesso oportuno, o cuidado culturalmente adequado e o financiamento compatível com as necessidades desses povos e comunidades. Superar o histórico de invisibilidade e vulnerabilização implica fortalecer a produção de dados com recorte étnico-racial, qualificar os profissionais para o enfrentamento do racismo institucional e assegurar participação social efetiva, reafirmando o compromisso do SUS com a equidade, a justiça social e o direito à saúde para todas as pessoas.

A integralidade do cuidado pressupõe equipes multiprofissionais fortalecidas, com presença efetiva de psicólogos, assistentes sociais, farmacêuticos, fisioterapeutas e outros especialistas. A recomposição dessas equipes é condição para migrar da lógica curativa para a produção social da saúde, integrando vigilância, saúde mental, práticas integrativas e ações comunitárias no cotidiano das unidades. A integralidade não é apenas um princípio abstrato, mas uma reorganização concreta do processo de trabalho, com corresponsabilização interdisciplinar e abordagem ampliada dos determinantes sociais.

No âmbito da gestão, a governança interfederativa apresenta fragilidades significativas. A competição entre municípios por recursos e a insuficiente coordenação federal e estadual fragilizam o planejamento regional. Pequenos municípios não dispõem de escala para manter serviços de média complexidade, recorrendo a arranjos privados nem sempre submetidos a controle social efetivo. O fortalecimento das instâncias de pactuação interfederativa, como as comissões bipartites e regionais, é fundamental para consolidar a regionalização solidária. O planejamento deve partir das necessidades epidemiológicas do território, e não de interesses político-partidários ou de conveniência administrativa.

A gestão do trabalho e a educação permanente também exigem respostas estruturantes. A alta rotatividade, os vínculos precários e a ausência de planos de carreira comprometem a continuidade do cuidado e desestimulam a fixação de profissionais em áreas vulneráveis.

A criação de uma Carreira Nacional do SUS surge como medida estratégica para garantir estabilidade, remuneração adequada e condições seguras de trabalho.

Mesas permanentes de negociação podem fortalecer a gestão democrática, prevenindo conflitos e assegurando valorização profissional. Sem pessoas trabalhadoras protegidas e qualificadas, não há política pública sustentável.

A transformação digital representa outro eixo decisivo. A falta de interoperabilidade entre prontuários eletrônicos e a exclusão digital de parte da população comprometem a efetividade das informações em saúde.

A consolidação do SUS Digital deve assegurar prontuário único nacional, acesso compartilhado ao histórico do usuário em qualquer ponto da rede e uso estratégico do sistema de telessaúde. Contudo, essa modernização precisa estar sob soberania tecnológica nacional e proteção rigorosa de dados pessoais, garantindo que as informações produzidas pelo sistema público sirvam prioritariamente ao interesse coletivo.

O fortalecimento da capacidade estatal é condição transversal a todos os eixos. O avanço da chamada "privatização por dentro", com a transferência da gestão para organizações sociais sem controle transparente, enfraquece o papel do Estado como planejador e regulador. Reafirmar a gestão pública direta ou estabelecer mecanismos rigorosos de fiscalização das parcerias é essencial para impedir que a lógica do lucro se sobreponha às necessidades sociais. O Estado deve concentrar a inteligência do sistema, coordenando o planejamento, monitoramento e avaliação.

***"Ninguém liberta ninguém, ninguém se liberta sozinho: os homens se libertam em comunhão."* (Paulo Freire)**

Nesse contexto, a Vigilância em Saúde deve assumir papel central. Historicamente tratada como setor cartorial ou como resposta emergencial a crises sanitárias, ela permanece fragmentada das práticas assistenciais. A prioridade preventiva prevista no artigo 198 da Constituição exige que a vigilância seja uma das protagonistas do modelo de atenção com a responsabilidade da proteção e da prevenção, tornando-se inteligência estratégica do cuidado. Integrar a vigilância epidemiológica, sanitária, ambiental, laboratorial e saúde da(o) trabalhador(a), ao cotidiano das equipes da atenção primária, é um passo decisivo para antecipar riscos e agir antes da instalação do agravo.

A territorialização da vigilância implica articulação direta entre agentes comunitários e técnicos especializados, permitindo identificação precoce de riscos ambientais, ocupacionais e sociais. Os dados produzidos devem orientar o planejamento das redes de atenção, reorganizando serviços de acordo com padrões epidemiológicos emergentes. Centros de inteligência em saúde podem viabilizar monitoramento em tempo real e análise integrada dos determinantes sociais, fortalecendo respostas baseadas em evidências.

A Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), instituída pela Resolução CNS nº 338/2004, representa um avanço ao conceber a assistência farmacêutica como um conjunto articulado de ações para promoção, proteção e recuperação da saúde, superando a visão restrita de abastecimento de medicamentos. Como parte estruturante do SUS, a política integra pesquisa, desenvolvimento tecnológico, produção pública e integralidade do cuidado, articulando-se intersetorialmente com as políticas de medicamentos, ciência, tecnologia e formação de trabalhadoras(es) na perspectiva da equidade e universalidade do acesso.

Na gestão e atenção à saúde, a incorporação plena da assistência farmacêutica, em todos os níveis de atenção, constitui imperativo para a garantia da saúde como direito, elevando o acesso a medicamentos e tecnologias como instrumento garantidor do Direito. Defende-se a qualificação dos serviços farmacêuticos na rede pública, com inserção de profissionais da área nas equipes de saúde e a atenção farmacêutica como prática de cuidado integrado, visando à farmacoterapia racional e à melhoria da qualidade de vida. A política deve orientar a gestão descentralizada e pactuada, utilizando a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) como instrumento de racionalidade terapêutica, promovendo o fortalecimento dos laboratórios oficiais e a redução da dependência externa, assegurando a assistência farmacêutica como política de Estado comprometida com a defesa da vida e a soberania nacional.

A Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde (PNAES), instituída pela Resolução CNS nº 721/2023 e Portaria GM/MS nº 1.604/2023, representa um marco histórico ao estabelecer diretrizes nacionais para a organização da atenção especializada no SUS.

Ela concebe a atenção especializada como um conjunto de ações e serviços de maior densidade tecnológica — incluindo atenção ambulatorial especializada, rede hospitalar, urgência, reabilitação e atenção psicossocial — integrados e articulados às Redes de Atenção à Saúde, com participação ativa do controle social na sua formulação para garantir acesso equânime e em tempo oportuno.

No âmbito da gestão e atenção à saúde, a PNAES orienta um modelo de cuidado centrado nas necessidades das pessoas, com atuação interprofissional e integrada à Atenção Primária, que permanece como ordenadora do cuidado. A política estabelece a corresponsabilização clínica e o compartilhamento de decisões entre equipes, superando a fragmentação do cuidado por meio de regulação assistencial qualificada, saúde digital e atuação

em redes regionalizadas que assegurem continuidade assistencial, resolutividade, educação permanente e fixação de profissionais nos territórios com vazios assistenciais.

A saúde indígena é fundamental para garantir o direito à vida, à dignidade e à diversidade cultural dos povos originários, reconhecendo suas especificidades históricas, sociais, territoriais e epidemiológicas.

Nesse sentido, fortalecer e atualizar a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) como resposta aos graves ataques (garimpo ilegal, mercúrio, ameaças territoriais) sofridos por esse segmento, são fundamentais para proteção e cuidado a essas populações. A 6ª Conferência Nacional de Saúde Indígena (CNSI), realizada em novembro de 2022, já destacava essas questões. O relatório final da Conferência (258 propostas e 64 moções) reitera que a saúde indígena está intrinsecamente ligada à regularização de suas terras e à situação social, exigindo articulação entre políticas de saúde, proteção territorial e sustentabilidade ambiental para a efetividade do cuidado.

A consolidação do modelo de atenção diferenciada nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI,) está fundamentado em vários aspectos e propostas relevantes que devem também permear o debate durante a 18ª Conferência, como: a atuação intercultural, a articulação de saberes tradicionais e biomédicos, a estruturação dos fluxos regulatórios para Povos Indígenas Isolados e de Recente Contato (PIIRC), a melhoria do acesso à atenção especializada e redução de riscos sanitários, o fortalecimento da atenção primária, a valorização dos Agentes Indígenas de Saúde e Saneamento, a promoção de ambientes saudáveis (água/saneamento) e a participação social nos conselhos (autodeterminação) na política de saúde.

Em síntese, a mudança proposta para a 18ª Conferência é paradigmática. Não se trata apenas de reorganizar fluxos administrativos, mas de reconstruir o pacto federativo, superar a austeridade fiscal e reafirmar o SUS como política de Estado comprometida com a vida. A vigilância deve orientar o modelo de atenção, o financiamento deve ser integrado e a participação popular precisa ser fortalecida, transformando o território em espaço concreto de democracia sanitária. Somente assim será possível efetivar a prioridade preventiva constitucional e consolidar um sistema público universal, equitativo e integral.

QUESTÕES MOBILIZADORAS

- ✓ Como assegurar o papel regulador, coordenador, indutor e executor do Estado na condução do SUS, para reverter a crescente presença e influência do setor privado na gestão, na oferta de serviços e na definição das prioridades do sistema?

- ✓ Em que medida a consolidação de políticas estruturantes — como a Política Nacional de Atenção Básica, a Política Nacional de Assistência Farmacêutica e a Política Nacional de Atenção Especializada — pode reafirmar o SUS como projeto civilizatório permanente do Estado brasileiro, e não como agenda sujeita a descontinuidades político-partidárias?

- ✓ Como garantir o cumprimento dos princípios constitucionais do SUS — universalidade, integralidade, equidade e gestão pública — diante da expansão de modelos de gestão privatizantes, da terceirização e da crescente precarização do trabalho em saúde?

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Portaria GM/MS nº 3.493, de 10 de abril de 2024.** Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, para instituir nova metodologia de cofinanciamento federal do Piso da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União: Seção 1, Brasília, DF, 11 abr. 2024. Disponível em: **https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt3493_11_04_2024.html.**

BRASIL. Decreto nº 12.198, de 24 de setembro de 2024. Institui a Estratégia Federal de Governo Digital para o período de 2024 a 2027 e a Infraestrutura Nacional de Dados, no âmbito dos órgãos e das entidades da administração pública federal direta, autárquica e fundacional. Brasília, DF: Presidência da República, [2024]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2024/decreto/d12198.htm.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde (CNS). **Resolução CNS nº 721, de 6 de outubro de 2023.** Aprova a Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde (PNAES). *Diário Oficial da União: seção 1*, Brasília, DF, 30 out. 2023. Disponível em: https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/atos-normativos/resolucoes/2023/resolucao-no-721.pdf/view.

BRASIL. Ministério da Saúde (Gabinete da Ministra). **Portaria GM/MS nº 1.604, de 18 de outubro de 2023.** Institui a Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde (PNAES), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União: seção 1*, Brasília, DF, 20 out. 2023. Disponível em: https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm-ms-n-1.604-de-18-de-outubro-de-2023-517547992.

BRASIL. **Lei nº 14.129, de 29 de março de 2021**. Dispõe sobre princípios, regras e instrumentos para o Governo Digital e para o aumento da eficiência pública e altera a Lei nº 7.116, de 29 de agosto de 1983, a Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011, a Lei nº 13.460, de 26 de junho de 2017, e a Lei nº 14.063, de 23 de setembro de 2020. Brasília, DF: Presidência da República, [2021]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2021/lei/l14129.htm.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.812, de 22 de julho de 2020. Institui o Programa AdaptaSUS no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), com a finalidade de apoiar a reorganização da rede de serviços para o enfrentamento da pandemia da Covid-19. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 23 jul. 2020. Disponível em:<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt1812_23_07_2020.html>.

BRASIL. **Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018**. Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD). Dispõe sobre o tratamento de dados pessoais, inclusive nos meios digitais, por pessoa natural ou por pessoa jurídica de direito público ou privado, com o objetivo de proteger os direitos fundamentais de liberdade e de privacidade e o livre desenvolvimento da personalidade da pessoa natural. Brasília, DF: Presidência da República, [2018]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/l13709.htm.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 588, de 12 de julho de 2018**. Institui a Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, [2018]. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2018/Reso588.pdf.

BRASIL. **Relatório Final da 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde**: Vigilância em Saúde: Direito, Conquista e Defesa de um SUS público de qualidade — Etapas Preparatórias, Conferência Nacional, Brasília, DF, 27 fev.–2 mar. 2018. *Brasília, DF*: Conselho Nacional de Saúde, 2018. Disponível em: https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/assuntos/conferencias/1a-cnvs/relatorio-final-da-1a-cnvs.pdf.

BRASIL. Lei nº 12.711, de 29 de agosto de 2012. **Dispõe sobre o ingresso nas instituições federais de ensino superior e técnico de nível médio e dá outras providências.** *Diário Oficial da União: Seção 1*, Brasília, DF, 30 ago. 2012. Disponível em: https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2012/lei-12711-29-agosto-2012-777946-publicacaooriginal-138706-pl.html.

BRASIL. Decreto nº 6.040, de 7 de fevereiro de 2007. **Institui a Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais.** *Diário Oficial da União: Seção 1*, Brasília, DF, 8 fev. 2007. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/Decreto/D6040.htm.

BRASIL. Lei nº 12.288, de 20 de julho de 2010. **Institui o Estatuto da Igualdade Racial.** Diário Oficial da União: *Seção 1*, Brasília, DF, 21 jul. 2010. Disponível em: https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2010/lei-12288-20-julho-2010-607324-publicacaooriginal-128190-pl.html.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra – PNSIPN**, instituída pela **Portaria GM/MS nº 992, de 13 de maio de 2009**. *Ministério da Saúde*, Brasília, 2009. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-sem-racismo/publicacoes/politica-nacional-de-saude-integral-da-populacao-negra-1-edicao-2010/view

BRASIL. Lei nº 14.572, de 8 de maio de 2023. **Institui a Política Nacional de Saúde Bucal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília, 2023. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/lei/l14572.html.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Conselho Nacional de Saúde. **1ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica . Relatório Final:: efetivando o acesso, a qualidade e a humanização na assistência farmacêutica,com controle social.** Brasília:MS;2005. Disponível em:<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/1_conferencia_nacional_medicamentos_farmaceutica.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 338, de 06 de maio de 2004.** Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Diário Oficial da União. Poder Executivo, Brasília, DF, 20 de maio de 2004. Disponível em:<https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/acesso-a-informacao/atos-normativos/resolucoes/2004/resolucao-no-338.pdf/view>.

BRASIL. Decreto nº 4.886, de 20 de novembro de 2003. **Institui a Política Nacional de Promoção da Igualdade Racial — PNPIR e dá outras providências.** Diário Oficial da União:

Seção 1, Brasília, DF, p. 3, 21 nov. 2003. Disponível em: https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/2003/decreto-4886-20-novembro-2003-497663-publicacaooriginal-1-pe.html.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde (Funasa). **Portaria nº 254, de 31 de janeiro de 2002.** Aprova a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. Brasília, DF: Funasa, 2002. Disponível em: http://www.funasa.gov.br/site/wp-content/files_mf/Pm_254_2002.pdf.

BRASIL. **Lei nº 8142, de 28 de setembro de 1990**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 31 dez. 1990. Disponível em:<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1990/lei-8142-28-dezembro-1990-366031-norma-pl.html>.

BRASIL. **Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990**. Diário Oficial da União, Poder Executivo. Brasília, DF, 31 dez. 1990. Disponível em:<https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>.

BRASIL. [Constituição (1988)]. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Presidência da República. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1986. Disponível em:<https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/relatorios/relatorio-final-da-8a-conferencia-nacional-de-saude/view>.

BRASIL. **Lei nº 5991, de 17 de dezembro de 1973.** Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 19 dez. 1973. Disponível em:<https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L5991.htm>.

BRASIL. **Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del2848compilado.htm.

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE (CEBES). **A questão democrática na área da Saúde**. *Saúde em Debate*: Revista do CEBES, Rio de Janeiro, n. 9, p. 11-14, 1979. Disponível em:< https://app.docvirt.com/saudedebate/pageid/3121>.

CORDEIRO, Hésio. *O Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e a reforma sanitária*. Rio de Janeiro: CEBES, 1991. Disponível em:<https://ohs.coc.fiocruz.br/wp-content/uploads/2022/12/LivroHesioCordeiro.pdf>.

FREIRE, Paulo. *Pedagogia do Oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1968. Disponível em:<https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/63547>.

GUIMARÃES, R. **A explosão global do preço dos medicamentos | Outras Palavras**. SP, 2026. Disponível em: <https://outraspalavras.net/outrasaude/a-explosao-global-do-preco-de-medicamentos/>.

MENDES, Eugênio Vilaça. *As Redes de Atenção à Saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. Disponível em:<https://dspace.unisa.br/items/f9d65c36-da79-4487-9b5c-3e0b1bfce6a7/full>.

NASCIMENTO, P. **Resistindo ao Domínio dos Ricos: Defendendo a Liberdade Contra o Poder dos Bilionários**. Jan, 2026. Disponível em: <https://www.oxfam.org.br/davos2026-resistindo-ao-dominio-dos-ricos/>.

NOBRE, V. **Emendas parlamentares no SUS: recursos incertos para despesas permanentes** - IEPS. Ano 2025. Disponível em: <https://ieps.org.br/boletim-radar-mais-sus-6/>.

REDE DE PESQUISA EM APS (Org.). ***Bases para uma Atenção Primária à Saúde integral, resolutiva, territorial, comunitária integrada à rede no SUS: aspectos críticos e proposições***. Rio de Janeiro: Rede APS/Abrasco, 2022. Disponível em: <https://redeaps.org.br/wp-content/uploads/2022/07/e-book.pdf>. Acesso em: 9 mar. 2026.

_____. *Agenda de Pesquisa Estratégica em Atenção Primária à Saúde (APS).* Rio de Janeiro: Abrasco, 2023. Disponível em: <https://redeaps.org.br/wp-content/uploads/2023/09/Agenda-Estrategica-de-Pesquisa-Rede-APS-2023.pdf>. Acesso em: 9 mar. 2026.

SAPS/MS; REDE DE PESQUISA EM APS. ***Panorama da APS no SUS: Censo Nacional das Unidades Básicas de Saúde (UBS)*** *2024*. Brasília: SAPS/MS; Rede APS, 2025. Disponível em: <https://redeaps.org.br/wp-content/uploads/2026/02/Panorama-da-APS-no-SUS-Censo-Nacional-das-UBS-2024-.pdf>. Acesso em: 9 mar. 2026.

STREECK, Wolfgang. **Tempo comprado: a crise adiada do capitalismo democrático**. Tradução de Marian Toldy, Teresa Toldy e Luiz Felipe Osório. São Paulo: Boitempo, 2018. Disponível em:<https://openlibrary.org/works/OL20047843W/Buying_time>.

18ª Conferência Nacional de Saúde

Conselho Nacional de Saúde

SUS

MINISTÉRIO DA SAÚDE