

AGENDA MAIS SUS
2027 – 2030

10 Propostas para o Futuro da Saúde Pública

agenda mais SUS
Evidências e Caminhos para Fortalecer a Saúde Pública no Brasil

IEPS
Instituto de Estudos para Políticas de Saúde

UMANE

Ficha Técnica

O que é a Agenda Mais SUS?

A “Agenda Mais SUS 2027–2030: 10 Propostas para o Futuro da Saúde Pública” é uma realização do Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (IEPS) e da Umane. Partindo de um balanço dos avanços e desafios do SUS entre 2022 e 2026 e de uma análise da conjuntura atual, a Agenda apresenta dez propostas concretas para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde no próximo ciclo de governo. A iniciativa tem o objetivo de oferecer um conjunto de prioridades e caminhos que orientem os governos que assumirão nos próximos quatro anos, desde o período de transição até a implementação de políticas concretas.

Realização

Instituto de Estudos para Políticas de Saúde e Umane

Instituto de Estudos para Políticas de Saúde

Miguel Lago - Diretor Executivo

Rebeca Freitas - Diretora de Relações Institucionais

Arthur Aguillar - Diretor de Políticas Públicas

Mariana Noronha - Diretora de Operações

Paulo Chapchap - Diretor Médico

Rudi Rocha - Diretor de Pesquisa

Umane

Thaís Junqueira - Superintendente Geral

Evelyn Santos - Gerente de Investimento e Impacto Social

Elaboração

Instituto de Estudos para Políticas de Saúde

Dayana Rosa - Gerente de Saúde Mental

Filipe Asth - Especialista de Relações Institucionais

Julia Pereira - Gerente de Relações Institucionais

Marcella Semente - Especialista de Relações Institucionais

Rebeca Freitas - Diretora de Relações Institucionais

Sara Ellen Tavares - Analista de Relações Institucionais

Victor Nobre - Assistente de Relações Institucionais

Revisão e apoio técnico

Agatha Eleone - Gerente de Políticas Públicas

Florentino Junio Araújo Leônidas - Consultor técnico

Letícia Victer - Assistente Administrativo

Maria Letícia Machado - Coordenadora de Políticas Públicas

Mariana Noronha - Diretora de Operações

Matheus Falcão - Consultor de Pesquisa

Rafael Fonseca - Consultor de Advocacy

Pedro Sibahi - Consultor de Comunicação e Advocacy

Comunicação e Design

Natasha Mastrangelo - Analista de Comunicação

Letícia Pires - Assistente de Comunicação

Rec Design - Ilustração e Diagramação

Especialistas consultados(as) para a elaboração

Eugênio Vilaça Mendes, Fernando Aith, Gerson Penna, Gonzalo Vecina Neto, Heider Pinto, Lena Peres, Ligia Bahia, Luana Araújo, Maria Stella Gregori, Marcia Castro, Mônica Viegas, Renato Tasca, Ricardo de Oliveira, Valéria Salgado

Agradecimentos

Agradecemos aos(às) especialistas e organizações que participaram do processo de elaboração da Agenda Mais SUS e que foram imprescindíveis para que o projeto ganhasse vida. Agradecemos também, em especial, à toda equipe IEPS e aos comentários de Miguel Lago, Arthur Aguillar, Mariana Noronha, Rudi Rocha, Paulo Chapchap e Evelyn Santos.

Observação: Estão listados apenas os(as) especialistas e organizações que autorizaram serem mencionados. O apoio das organizações e contribuição técnica dos especialistas não implica endosso à Agenda Mais SUS em sua totalidade de propostas e mensagens. O IEPS é integralmente responsável pelo conteúdo do documento.

Creative Commons

Permitida a reprodução sem fins lucrativos, parcial ou total, por qualquer meio, se citados a fonte e os sites nos quais podem ser encontrados os documentos originais: www.ieps.org.br

Como citar

Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (IEPS). (2026). Agenda Mais SUS 2027 - 2030: 10 Propostas para o Futuro da Saúde Pública, Rio de Janeiro: IEPS. Disponível em: www.ieps.org.br

Informações

contato@ieps.org.br

+55 (11) 4550-2556

Organizações apoiadoras da Agenda Mais SUS

ACT Promoção da Saúde · alana · CONASS Conselho Nacional de Secretários de Saúde · desiderata · Grupo Mulheres do Brasil · IDISA Instituto de Direito Sanitário Aplicado · impulsogov · Infinis Instituto Futuro é Infância Saudável · idec instituto de defesa de consumidores · Instituto Todos pela Saúde · Instituto Veredas · Saúde & Alegria · República.org · Vital Strategies

Lista de Siglas

ANPD - Autoridade Nacional de Proteção de Dados

APS - Atenção Primária à Saúde

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CAPSi - Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil

Cemaden - Centro Nacional de Monitoramento e Alertas de Desastres Naturais

CGI.br - Comitê Gestor da Internet no Brasil

CID - Classificação Internacional de Doenças

CIEVS - Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde

CIR - Comissão Intergestores Regional

CIT - Comissão Intergestores Tripartite

COAP - Contrato Organizativo da Ação Pública (da Saúde)

CONANDA - Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente

COP30-30ª - Conferência das Partes (Convenção-Quadro da ONU sobre Mudança do Clima)

COVID-19 - Doença causada pelo coronavírus SARS-CoV-2

CT/CTs - Comunidade(s) Terapêutica(s)

DATASUS - Departamento de Informática do SUS

Ebserh - Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

ECA - Estatuto da Criança e do Adolescente

ESF - Estratégia Saúde da Família

ESPIN - Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional

FPSM - Frente Parlamentar Mista para Promoção da Saúde Mental

FUST - Fundo de Universalização dos Serviços de Telecomunicações

GM/MS - Gabinete do Ministro/Ministério da Saúde

HEPR - Health Emergency Preparedness, Response and Resilience

IHR - International Health Regulations (Regulamento Sanitário Internacional)

INMET - Instituto Nacional de Meteorologia

LGPD - Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais

LOINC - Logical Observation Identifiers Names and Codes

MCTI - Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação

MFC - Médico de Família e Comunidade

MMA - Ministério do Meio Ambiente e Mudança do Clima

MPF - Ministério Público Federal

MPT - Ministério Público do Trabalho

NOAS - Norma Operacional da Assistência à Saúde

OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico

OCI / OCIs - Oferta(s) de Cuidados Integrados

OMS - Organização Mundial da Saúde

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde

PEC - Prontuário Eletrônico do Cidadão

PIB - Produto Interno Bruto

PMAE - Programa Nacional de Expansão e Qualificação da Atenção Ambulatorial Especializada

PNAE - Programa Nacional de Alimentação Escolar

PNAES - Política Nacional da Atenção Especializada em Saúde

PSE - Programa Saúde na Escola

RAPS - Rede de Atenção Psicossocial

RNDS - Rede Nacional de Dados em Saúde

SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SEIDIGI - Secretaria de Informação e Saúde Digital do Ministério da Saúde

SGB - Serviço Geológico do Brasil

SISVAN - Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional

SNOMED CT - Systematized Nomenclature of Medicine — Clinical Terms

STF - Supremo Tribunal Federal

SUS - Sistema Único de Saúde

TFD - Tratamento Fora do Domicílio

TIC - Tecnologia da Informação e Comunicação

UA - Unidade de Acolhimento

UBS - Unidade Básica de Saúde

USP - Universidade de São Paulo

UTI - Unidade de Terapia Intensiva

Guia do Documento

Sumário Executivo 7
Principais dados e argumentos que fundamentam as dez propostas da Agenda Mais SUS 2027–2030.

Introdução 12
Apresenta a Agenda Mais SUS 2027–2030.

Princípios 14
Os cinco princípios que orientam todas as propostas da Agenda.

EIXO I
Mais acesso e mais cuidado coordenado no SUS 16

Propostas voltadas aos problemas estruturais de acesso e coordenação do cuidado, que o SUS carrega desde sua origem.

O SUS que não chega:
vazios assistenciais, grandes deslocamentos e desigualdade territorial do sistema de saúde 17

PROPOSTA 1
Planejar com inteligência territorial: regulação integrada, reorganização da oferta e transporte sanitário para que as pessoas tenham acesso à saúde mais rápido e próximo

Organizar o cuidado:
como estados e União podem integrar as redes do SUS 22

PROPOSTA 2
Fortalecer os estados e a regionalização para organizar o SUS além das fronteiras municipais

Distribuição desigual, formação inadequada e vínculos precários:
por que faltam profissionais onde o SUS mais precisa 28

PROPOSTA 3
Formar, reter e organizar: as três frentes para enfrentar os vazios de profissionais no SUS

Saúde Digital no SUS:
o elo que falta na coordenação do cuidado 33

PROPOSTA 4
Conectar para coordenar: consolidar a saúde digital como infraestrutura transversal do SUS

Rede de atenção psicossocial insuficiente, desigual e pouco integrada:
os limites do SUS diante do crescimento do sofrimento psíquico 37

PROPOSTA 5
Expandir, atualizar e fortalecer a RAPS e a APS em saúde mental, sobretudo para o cuidado infantojuvenil

Eixo II
Desafios emergentes que impactam o sistema de saúde brasileiro 44

Propostas para fenômenos que se intensificaram na última década e que chegam ao SUS como demanda assistencial, mas têm origem fora do setor saúde.

Emergências em saúde:
Governança em crise e lacunas normativas na preparação e resposta 45

PROPOSTA 6
Preparar o SUS para a próxima emergência: fortalecer o marco normativo da vigilância

Vigilância climática no SUS:
a fragmentação da vigilância ambiental 50

PROPOSTA 7
Integrar dados de clima, território e saúde na vigilância do SUS

Hábito que gera adoecimento:
a regulação insuficiente do ambiente alimentar escolar e urbano como problema de saúde pública . . 54

PROPOSTA 8
Instituir marco nacional de regulação do ambiente alimentar escolar

Crescer online:
os riscos do ambiente digital para a saúde mental de crianças e adolescentes sem resposta estruturada do Estado 60

PROPOSTA 9
Regular plataformas digitais para proteger a saúde e o bem-estar de crianças e adolescentes

Um mercado desenhado para viciar:
a expansão das apostas online sem regulação orientada pela saúde pública 66

PROPOSTA 10
Regular jogos e apostas online para proteger a saúde pública: restringir sua publicidade e proibir os de maior risco

Referências 72

Sumário Executivo

A Agenda Mais SUS 2027–2030 apresenta dez propostas organizadas em dois eixos, com recomendações específicas para os governos federal e estaduais que assumirão o país no próximo ciclo. O primeiro eixo responde a problemas estruturais que o SUS carrega desde sua origem: acesso desigual, coordenação fragmentada, escassez de profissionais em territórios vulneráveis, infraestrutura digital incompleta e rede de saúde mental insuficiente. O segundo eixo enfrenta fenômenos que se intensificaram na última década e chegam ao SUS como demanda assistencial, mas que nascem fora do setor saúde: emergências sanitárias sem marco normativo permanente, mudanças climáticas sem integração à vigilância em saúde, ambiente alimentar escolar desregulado, plataformas digitais sem responsabilização pelos danos que produzem e apostas online sem regulação orientada pela saúde pública.

EIXO I

Mais acesso e mais cuidado coordenado no SUS

PROPOSTA 1

PLANEJAR COM INTELIGÊNCIA TERRITORIAL: REGULAÇÃO INTEGRADA, REORGANIZAÇÃO DA OFERTA E TRANSPORTE SANITÁRIO PARA QUE AS PESSOAS TENHAM ACESSO À SAÚDE MAIS RÁPIDO E PRÓXIMO. A proporção de hospitalizações fora da região de residência subiu de 11% em 2010 para 15% em 2023, chegando a 25% nas internações que exigem UTI. A proposta defende uma política de inteligência territorial que organize a oferta especializada conforme as necessidades de cada região – e não por lógica histórica ou pressão política local – e com um modelo de regulação integrada em que APS, atenção especializada, centrais de regulação e telessaúde definam juntas a modalidade assistencial mais adequada a cada usuário.

ESTADOS: diagnósticos territoriais, rol mínimo de serviços por região, reorganização da oferta regional, centrais regionais de regulação baseadas em informações clínicas e telessaúde e transporte sanitário planejado de forma regionalizada.

GOVERNO FEDERAL: induza soluções regionalizadas, consolide uma política nacional de transporte sanitário com financiamento estável e adaptado às características locais, e fortaleça, conforme previsto na PNAES e no PMAE, um modelo de regulação orientado pela jornada do usuário, capaz de ampliar a resolutividade da APS, reduzir deslocamentos desnecessários e otimizar o acesso à atenção especializada.

PROPOSTA 2

FORTALECER OS ESTADOS E A REGIONALIZAÇÃO PARA ORGANIZAR O SUS ALÉM DAS FRONTEIRAS MUNICIPAIS. O Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde foi assinado por apenas dois estados em mais de dez anos, evidenciando os limites de uma regionalização baseada apenas em normas. A proposta defende que os estados assumam o protagonismo real na coordenação das redes de atenção, com participação dos municípios.

ESTADOS: organização dos fluxos assistenciais com poder decisório sobre referências e alocação de serviços; financiamento estadual atrelado à coordenação regional, e não apenas ao volume de procedimentos.

GOVERNO FEDERAL: infraestrutura nacional de informações clínicas com a interoperabilidade como mecanismo de cuidado compartilhado, e não apenas troca de dados; financiamento vinculado ao cumprimento de metas de regulação regionalizada; padrões de comunicação entre APS, atenção especializada e regulação; substituição de contratos por procedimento isolado por contratos regionais atrelados a desfechos, transformando a rede privada contratada em parte integrante do sistema, e não apenas fornecedora avulsa.

PROPOSTA 3

FORMAR, RETER E ORGANIZAR: AS TRÊS FRENTES PARA ENFRENTAR OS VAZIOS DE PROFISSIONAIS NO SUS. O Brasil tem 2,8 médicos por mil habitantes, patamar comparável ao de sistemas universais como Reino Unido e Canadá, mas a distribuição é profundamente desigual: o entorno metropolitano das capitais tem 1,1 médico por mil habitantes, contra 6,1 nas capitais. Entre enfermeiros, a participação no SUS caiu de 91,8% (2010) para 86,2% (2023). A proposta atua em três frentes: reorientar a formação para o território (credenciamento condicionado a critérios territoriais, ampliação de médicos de Família e Comunidade, imersão territorial obrigatória na graduação), melhorar condições de trabalho e suporte técnico (investimento prioritário em UBS com infraestrutura precária) e organizar a força de trabalho em escala regional (trajetórias de carreira, regulação da prática dual).

ESTADOS: coordenação regional da força de trabalho com contratualização municipal; expansão da Estratégia de Saúde da Família com equipes completas, priorizando áreas remotas e periferias metropolitanas; integração ensino-serviço nas faculdades.

GOVERNO FEDERAL: credenciamento de cursos e residências condicionado a critérios territoriais; ampliação de vagas de Medicina de Família e Comunidade; investimento prioritário em UBS com infraestrutura precária; regulação da prática dual e desenho de trajetórias de carreira.

PROPOSTA 4

CONECTAR PARA COORDENAR: CONSOLIDAR A SAÚDE DIGITAL COMO INFRAESTRUTURA TRANSVERSAL DO SUS. Apenas 39% das UBS oferecem telessaúde e o prontuário eletrônico é compartilhado com hospitais em apenas 9% delas; a comunicação entre pontos da rede ainda se dá predominantemente por WhatsApp e telefone.

ESTADOS: integração de prontuário eletrônico, telessaúde, regulação e educação permanente aos processos de cuidado, com apoio técnico a municípios com menor capacidade de uso das ferramentas digitais;

GOVERNO FEDERAL: financiamento estável para telessaúde, fortalecimento da RNDS como infraestrutura nacional de interoperabilidade, padronização de terminologias clínicas e protocolos de teleconsulta e telediagnóstico, e consolidação da governança nacional da saúde digital via SEIDIGI e Comitê Gestor de Saúde Digital.

PROPOSTA 5

EXPANDIR, ATUALIZAR E FORTALECER A RAPS E A APS EM SAÚDE MENTAL, SOBRETUDO PARA O CUIDADO INFANTOJUVENIL. Estima-se que 1 em cada 4 pessoas que buscam atendimento na APS apresente algum transtorno mental. O país tem apenas 324 CAPSi para mais de 50 milhões de crianças e adolescentes, e 484 municípios que deveriam ter ao menos um CAPS ainda não têm nenhum.

ESTADOS: coordenação regional da RAPS, qualificação da APS em saúde mental, expansão de CAPSi e Unidades de Acolhimento priorizando vulnerabilidade social.

GOVERNO FEDERAL: financiamento permanente para APS em saúde mental, restabelecimento da rastreabilidade orçamentária dos recursos vinculados à área, diretrizes nacionais sobre os impactos do ambiente digital e das apostas online na saúde mental infantojuvenil.

EIXO II

Desafios emergentes que impactam o sistema de saúde brasileiro

PROPOSTA 6

PREPARAR O SUS PARA A PRÓXIMA EMERGÊNCIA: FORTALECER O MARCO NORMATIVO DA VIGILÂNCIA. A pandemia de COVID-19 expôs falhas de coordenação entre os entes federativos cuja resolução exigiu a intervenção do Poder Judiciário, e o marco normativo vigente, anterior à pandemia, não define critérios técnicos para declaração, escalonamento ou encerramento de emergências sanitárias.

ESTADOS: pactuação dos critérios na CIT, fluxos estaduais de compartilhamento de dados, adesão obrigatória a exercícios de preparação para estados de alto risco.

GOVERNO FEDERAL: instrumento permanente com critérios técnicos objetivos, protocolos nacionais mínimos e exercícios periódicos de preparação, incluindo cenários de colapso climático-sanitário.

PROPOSTA 7

INTEGRAR DADOS DE CLIMA, TERRITÓRIO E SAÚDE NA VIGILÂNCIA DO SUS. Dados meteorológicos já permitem antecipar surtos de dengue com até três meses de antecedência, mas os sistemas de monitoramento climático, geológico e epidemiológico operam sem interoperabilidade formalizada. O risco não é apenas à população: 29% dos estabelecimentos do SUS, 26% dos leitos e 20% dos leitos de UTI estão a menos de 500 metros de áreas de alto ou muito alto risco geológico.

ESTADOS: incorporação das informações climáticas ao planejamento regional; protocolos diferenciados para grupos vulneráveis em municípios de maior risco.

GOVERNO FEDERAL: arranjos permanentes de compartilhamento de dados entre Ministério da Saúde, MMA, MCTI, Serviço Geológico do Brasil e Defesa Civil; ampliação do Vigidesastres para antecipação preditiva; incorporação de mapas de risco ao planejamento da rede.

PROPOSTA 8

INSTITUIR MARCO NACIONAL DE REGULAÇÃO DO AMBIENTE ALIMENTAR ESCOLAR. O consumo de ultraprocessados entre crianças de 5 a 9 anos chega a 83% e 1 em cada 3 adolescentes já tem excesso de peso. A norma federal vigente é orientadora e não vinculante, gerando proteção desigual entre territórios.

ESTADOS: capacidade normativa e fiscalizatória própria, apoio técnico aos municípios na transição das cantinas.

GOVERNO FEDERAL: instrumento legislativo vinculante restringindo comercialização e publicidade de ultraprocessados nas escolas, redução progressiva do limite no PNAE, fiscalização articulada entre vigilância sanitária, saúde e educação.

PROPOSTA 9

REGULAR PLATAFORMAS DIGITAIS PARA PROTEGER A SAÚDE E O BEM-ESTAR DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES. Entre 2015 e 2024, o uso de redes sociais por crianças e adolescentes de 9 a 17 anos cresceu de 62% para 76%, chegando a 90% entre os de 15 a 17 anos. Nessas plataformas, até 56% dos conteúdos sobre saúde mental são imprecisos ou sem fundamento. O ECA Digital está em vigor desde março de 2026 e a sua regulamentação avançou com o Decreto nº 12.880/2026, mas a implementação de seus conceitos centrais — proteção por design, responsabilidade sobre sistemas de recomendação e avaliação de risco — precisam ser fiscalizados com máxima urgência e rigor.

ESTADOS: implementação das diretrizes na APS, RAPS e Programa Saúde na Escola; capacitação de equipes para identificar uso problemático de tecnologias.

GOVERNO FEDERAL: regulamentação concreta das obrigações do ECA Digital, deveres de transparência algorítmica, fortalecimento da Agência Nacional de Proteção de Dados (ANPD) e do Comitê Gestor da Internet no Brasil (CGI.br).

PROPOSTA 10

REGULAR JOGOS E APOSTAS ONLINE PARA PROTEGER A SAÚDE PÚBLICA: RESTRINGIR SUA PUBLICIDADE E PROIBIR OS DE MAIOR RISCO. Em 2025, ao menos 25 milhões de brasileiros apostaram online; 11 milhões apresentam risco de danos e os prejuízos associados geram custo social anual estimado em R$ 38,8 bilhões. O modelo regulatório vigente avançou na dimensão econômica e tributária, mas não criou mecanismos equivalentes de proteção à saúde pública.

ESTADOS: incorporação do cuidado ao jogo problemático na RAPS, fiscalização de restrições publicitárias em eventos sob regulação estadual ou municipal.

GOVERNO FEDERAL: sistema de proporcionalidade regulatória baseado em risco, mecanismos vinculantes de restrição de publicidade e patrocínio (nos moldes do que ocorreu com o tabaco), responsabilização ativa dos operadores pelos danos de seus modelos de negócio.

Introdução à Agenda Mais SUS: 10 prioridades para os próximos governos

O Sistema Único de Saúde (SUS) é uma das maiores e mais complexas políticas públicas de saúde do mundo. Em pouco mais de três décadas, o SUS expandiu o acesso à saúde para milhões de brasileiros e brasileiras, reduziu desigualdades, ampliou a expectativa de vida e serviu e ainda serve de referência para sistemas de saúde de outros países. Ao mesmo tempo, opera cronicamente subfinanciado, com desigualdades regionais profundas e sob pressões crescentes que exigem respostas qualificadas e de longo prazo.

Fortalecer o SUS exige conhecê-lo com precisão. Isso significa entender o que funciona, o que ficou estagnado e o que precisa ser transformado, considerando as características e particularidades de um sistema que atende um país continental, diverso e profundamente desigual. É isso o que a Agenda Mais SUS se propõe a fazer.

Esta é a segunda edição da Agenda Mais SUS, iniciativa do Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (IEPS) e da Umane, construída em diálogo com especialistas, gestores e com o apoio de 14 organizações da sociedade civil e do SUS. A primeira edição, lançada em 2022, apresentou diagnósticos e propostas para seis desafios centrais do sistema. Quatro anos depois, a Agenda Mais SUS 2027–2030 é composta por dois documentos que se complementam: um documento de balanço e conjuntura, que avalia o que avançou e o que permaneceu estagnado desde 2022 e descreve as condicionantes institucionais, políticas e financeiras em que o SUS opera hoje; e este documento de propostas, que apresenta dez prioridades para os próximos quatro anos a partir desse diagnóstico. Os dois podem ser lidos em conjunto ou de forma independente, mas as propostas serão melhor compreendidas e melhor avaliadas por quem conhece o ponto de partida.

A Agenda é lançada em um ano eleitoral, mas seu horizonte vai além do calendário. Mais do que contribuir com o debate durante as eleições de 2026, o objetivo deste documento é oferecer um conjunto de prioridades e caminhos que orientem os governos que assumirão nos próximos quatro anos, desde o período de transição até a implementação de políticas concretas. Destinam-se a candidatos e candidatas, a futuros gestores, a legisladores e à sociedade que sabe que defender o SUS exige mais do que declarar que é a favor dele.

Uma agenda é uma escolha

Este documento não pretende cobrir todos os desafios do SUS e parte do cenário descrito no documento de balanço e conjuntura que acompanha esta Agenda. Dez prioridades foram escolhidas porque são tratáveis no ciclo 2027-2030, porque há evidência suficiente para orientar a ação e porque representam avanços concretos para quem depende do sistema. Os critérios que guiaram a seleção foram viabilidade técnica e política, relevância para o acesso e a qualidade do cuidado em saúde, e potencial de impacto nos próximos quatro anos.

Isso não significa que outros temas sejam menos importantes. Algumas das mudanças mais necessárias para o SUS dependem de transformações estruturais, seja na legislação, na estrutura tributária ou nos acordos entre os entes da federação, que nenhum governo resolveria sozinho em quatro anos. O financiamento do SUS, a política de medicamentos e incorporação de tecnologias, o cuidado para uma população que envelhece, a saúde de grupos historicamente mais excluídos e a participação social são exemplos de agendas igualmente relevantes que esperamos ver melhor desenvolvidas por outras organizações e pesquisadores. O projeto de um sistema de saúde verdadeiramente universal atravessa gerações e é mais coletivo do que qualquer conjunto de dez propostas pode capturar. A Agenda Mais SUS se oferece como uma contribuição a esse esforço, entre as muitas que ele ainda exige.



Princípios

1 **Saúde é direito de todos e dever inegociável do Estado:** A Constituição Federal de 1988 definiu a saúde como direito de todos os cidadãos e dever do Estado. O Sistema Único de Saúde (SUS) é a materialização institucional desse direito e se caracteriza como um serviço público, nacional e universal, financiado por impostos. Esse ponto de partida não é retórico e define quem é responsável pelo sistema. O controle, o financiamento e a gestão da saúde cabem ao Estado, não ao mercado. O setor privado pode participar, regulado e articulado pelo poder público, mas a garantia de acesso universal e equitativo não se terceiriza. É esse imperativo que orienta todas as propostas desta Agenda.

2 **Orientação pelos princípios do SUS para concretizar o direito à saúde:** As propostas desta Agenda estão em consonância com os princípios de universalidade, equidade, integralidade, descentralização e participação popular do SUS. Esses princípios são critérios práticos para avaliar se as políticas propostas avançam ou recuam na direção de um sistema verdadeiramente universal, e devem valer para qualquer agente, público ou privado, que atue na provisão do direito à saúde.

3 **Equilíbrio entre equidade e eficiência:** O direito à saúde se efetiva pelas escolhas que o poder público realiza com recursos escassos. A equidade exige que o acesso respeite as singularidades da população e independa de onde uma pessoa vive, de sua renda, raça, gênero ou identidade. A eficiência exige garantir que a oferta de serviços e as estratégias de organização do sistema sejam as mais custo-efetivas, de acordo com as evidências científicas disponíveis. Nenhum desses princípios pode ser sacrificado em nome do outro: eficiência sem equidade reproduz e aprofunda desigualdades; equidade sem eficiência compromete a sustentabilidade e o alcance real do sistema.

4 **Participação social e transparência para o exercício da cidadania e da democracia:** Um governo que se propõe a responder às demandas sociais deve assegurar o protagonismo da sociedade na construção das políticas públicas e priorizar a participação social, acesso à informação, transparência e colaboração. A participação social é um princípio constitutivo do SUS e se concretiza em conselhos, conferências e atualmente exige outros mecanismos de controle social que precisam ser fortalecidos, e não esvaziados. A transparência é igualmente importante para que a sociedade possa avaliar as escolhas públicas e a coerência entre os recursos alocados e os resultados alcançados pelo sistema.

5 **Governança democrática e integridade institucional:** Políticas de saúde eficazes dependem de instituições que funcionem com integridade, previsibilidade e separação clara de funções. A governança do SUS deve ser orientada por evidências, por planejamento de longo prazo imune a ciclos político-eleitorais, e submetida a mecanismos robustos de controle social.

10 Propostas para o Futuro da Saúde Pública do Brasil

Um sistema subfinanciado, com governança regional frágil, sujeito à fragmentação orçamentária e à interferência crescente do Legislativo e do Judiciário, exige propostas que operem dentro dessas condições sem se render a elas. É com esse realismo que as propostas a seguir foram construídas, organizadas em dois eixos. O primeiro volta-se aos problemas estruturais de acesso e coordenação do cuidado; o segundo responde a fenômenos que ganharam centralidade na agenda sanitária brasileira nos últimos anos e para os quais o SUS ainda não tem resposta adequada.



agenda mais SUS



EIXO I

MAIS ACESSO E MAIS CUIDADO COORDENADO NO SUS

O SUS que não chega: vazios assistenciais, grandes deslocamentos e desigualdade territorial do sistema de saúde

No Brasil, o acesso a serviços de saúde depende mais de onde se mora do que do cuidado que se precisa

O cenário atual da saúde no Brasil é marcado por profundas desigualdades espaciais e gargalos estruturais. A baixa capacidade instalada e a má distribuição territorial da rede de serviços, especialmente em diagnóstico e média complexidade, geram vazios assistenciais em diversas regiões, sobretudo em áreas remotas ou de difícil acesso e em áreas metropolitanas vulneráveis[1]. Onde a oferta de serviços é insuficiente, o deslocamento se torna inevitável. E onde o deslocamento é excessivo, o absenteísmo aumenta e a resolutividade do sistema cai.

Ao longo dos anos, a expansão da rede ocorreu de forma desordenada e municipalizada, com pouca escala e coordenação regional, resultando em um sistema que expande a oferta sem estratégia territorial clara. Evidências apontam para um alto nível de ineficiência hospitalar distribuída por todos os estados brasileiros e associada, principalmente, a hospitais de pequeno porte[2], que operam com baixa resolutividade e ocupação, limitando-se muitas vezes a atendimentos de baixa complexidade[3]. Um dos resultados desse descasamento entre oferta e demanda por cuidados em saúde é o aumento de fluxos desnecessários ou descoordenados – a proporção de hospitalizações realizadas fora da região de saúde de residência, por exemplo, subiu de 11,5% em 2010 para 15,3% em 2023, chegando a 25,2% nas internações que exigem UTI[4].

Os pontos críticos de estrangulamento da rede situam-se em exames de imagem, terapias e procedimentos de média e alta complexidade, que não acompanham a cobertura da Atenção Primária (APS). Na Amazônia Legal, por exemplo, a densidade de equipamentos *per capita* é

1 Os desafios enfrentados para o acesso à saúde em áreas metropolitanas são especificamente endereçados na Proposta 3.

2 Grandes hospitais são intensivos em recursos humanos, físicos e financeiros e apresentam taxa média de ocupação (68%) próxima à recomendação da ANS (75% a 85%), enquanto pequenos hospitais apresentam uma razão menor de profissionais de saúde e de gasto médio por leito, além de uma taxa de ocupação significativamente menor (21,9%), indicando excesso de leitos. Além disso, grandes e médios hospitais são mais capazes de alcançar economias de escala enquanto pequenos hospitais concentram níveis mais baixos de eficiência técnica (Botega *et al.*, 2020).

3 O Brasil é um país continental com um grande número de municípios pequenos e baixa densidade populacional. O princípio da descentralização do SUS, confundido com municipalização, em conjunto com incentivos políticos e a configuração geográfica particular do país resultou em um número excessivo de pequenos hospitais com baixos níveis de prestação efetiva de serviços de saúde em todo o território (De Almeida Botega *et al.*, 2019).

4 Rocha, Rache e Nunes, 2022.

relativamente baixa, sendo a distância média até um estabelecimento com serviço de urgência e emergência disponível pelo SUS de 15 km, enquanto no restante do país, é de pouco menos de 10 km; para equipamentos com serviços de mais alta complexidade a distância e a desigualdade são ainda maiores: o estabelecimento com serviço de diálise mais próximo estava distante, em média, 134 km na Amazônia Legal e 43 km no resto do país[5]. Observa-se uma concentração e sobrecarga dos serviços de média e alta complexidade nas capitais e regiões metropolitanas, o que resulta em muito tempo de deslocamento possivelmente evitável para os usuários de fora da região, custo para a família, necessidade de transporte e hospedagem, além de dificultar os fluxos de referência e contrarreferência do SUS e afetar a resolutividade do sistema[6].

As políticas vigentes priorizam a cobertura da APS, mas ainda enfrentam dificuldades para integrar os diferentes pontos da rede e superar os vazios assistenciais de média e alta complexidade. O modelo da Estratégia Saúde da Família (ESF) contribuiu para melhorar indicadores de saúde e reduzir desigualdades no país, mas a fragmentação entre atenção primária, ambulatorial especializada e hospitalar continua produzindo barreiras de acesso, redundâncias e lacunas assistenciais[7]. Iniciativas recentes têm buscado ampliar a oferta de consultas, exames e procedimentos especializados, mas frequentemente atuam sobre a capacidade instalada existente sem enfrentar os desafios de distribuição territorial da oferta, as desigualdades de infraestrutura da rede e os problemas de coordenação regional do cuidado[8] (este último tratado em particular na Proposta 2).

Por outro lado, a Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde (PNAES), instituída em 2023, e o Programa Mais Acesso a Especialistas (PMAE), lançado em 2024, propõem mudanças no sentido de uma regulação orientada pela jornada do usuário, capaz de definir a modalidade de cuidado mais adequada (se presencial, teleconsulta, teleconsultoria ou telediagnóstico). Em vez de responder à insuficiência local de serviços com a expansão indiscriminada da capacidade instalada, a política propõe a reorganização regional da oferta especializada baseada nas necessidades da população, na integração de modalidades assistenciais e entre APS, AE, regulação e telessaúde, o que pode reduzir deslocamentos desnecessários e otimizar o uso da oferta especializada disponível em cada região de saúde.

A recente Política Nacional de Regulação em Saúde[9] reconhece o transporte sanitário eletivo[10], o Tratamento Fora do Domicílio (TFD) e os deslocamentos intermunicipais como componentes da gestão do acesso, e reforça que a superação dos vazios assistenciais depende da articulação entre planejamento regional, regulação do acesso, transporte sanitário e organização das Redes de Atenção à Saúde. Apesar dos avanços recentes na ampliação da frota de transporte sanitário eletivo para estados e municípios com financiamento federal[11], permanecem desafios relacionados à ampliação de mecanismos de custeio e sustentabilidade e de implementação efetiva de governança regional e de integração com os processos regulatórios.

5 Apesar de ilustrar um cenário de muita disparidade, esses números subestimam as desigualdades entre as regiões, pois trata-se de comparação entre distâncias lineares observadas em 2019 que ameniza uma situação provavelmente muito mais adversa, uma vez que o custo de transporte e tempo de deslocamento de cada km linear na região é muito maior do que no restante do país (Rocha *et al.*, 2021).
6 Rocha et al., 2021.
7 Castro et al., 2019.
8 Bahia et al., 2025.
9 Instituída pela Portaria GM/MS Nº 9.262, de 30 de dezembro de 2025.
10 O transporte sanitário é um componente logístico da coordenação regional do cuidado, estruturante das Redes de Atenção à Saúde, que garante o deslocamento de pacientes entre os diferentes pontos do sistema, seja para acesso a consultas, exames, tratamentos e procedimentos eletivos.
11 Especialmente para pacientes oncológicos e de hemodiálise, considerando em sua distribuição critérios epidemiológicos e regionais de dependência do SUS, vazios assistenciais e distância aos serviços especializados.

PROPOSTA 1

Planejar com inteligência territorial: regulação integrada, reorganização da oferta e transporte sanitário para que as pessoas tenham acesso à saúde mais rápido e próximo

A resposta aos vazios assistenciais não pode ser uniforme. Em determinadas regiões, o problema exige o aumento da capacidade instalada conforme demanda de saúde da população. Em outras, a solução mais eficiente é organizar o deslocamento dos pacientes e usuários. Em outras, ainda, a solução passa pela adoção de um modelo integrado de regulação do cuidado, no qual APS, atenção especializada, centrais de regulação e telessaúde atuam de forma coordenada para definir o percurso assistencial mais adequado a cada usuário. Nessa lógica, o encaminhamento deixa de ser automaticamente direcionado para uma fila presencial e passa a ser apoiado por informações clínicas estruturadas, interoperáveis e compartilhadas, permitindo a definição da modalidade assistencial mais resolutiva, podendo ser teleconsultoria, teleconsulta, telediagnóstico ou atendimento presencial.



O que é necessário em todos os casos é uma política de inteligência territorial que oriente essas decisões com base em diagnóstico preciso da demanda, dos fluxos assistenciais e da capacidade instalada existente, e não mais seguindo uma lógica de oferta histórica ou de pressão política local. As propostas a seguir organizam essa resposta em três eixos: planejamento regional, regulação integrada do cuidado, reorganização da oferta presencial e remota, além do transporte sanitário.

PARA OS ESTADOS

- Orientar as decisões de investimento por diagnósticos territoriais de oferta, demanda e fluxos assistenciais, identificando regiões com déficits estruturais de acesso e padrões excessivos de deslocamento de pacientes.
- Definir um rol mínimo de serviços essenciais a ser garantido em cada região de saúde[12], priorizando cuidados tempo-sensíveis, de alta demanda e de maior impacto sobre a qualidade de vida da população.
- Coordenar o planejamento regional e macrorregional da atenção especializada, definindo referências assistenciais e fluxos regulatórios pactuados entre municípios.
- Reorganizar e reorientar estabelecimentos subutilizados ou com alto nível de ineficiência, adequando sua função às necessidades epidemiológicas e assistenciais do território.
- Estruturar ou aprimorar o funcionamento de centrais regionais de regulação capazes de integrar informações sobre informações clínicas, oferta assistencial, demanda e listas de espera, fluxos assistenciais, transporte sanitário e recursos de telessaúde, apoiando a definição do percurso assistencial mais adequado para cada usuário. As centrais devem decidir, com base em critérios clínicos e na disponibilidade da rede, quando o caso será resolvido por teleconsultoria entre profissionais, teleconsulta, telediagnóstico ou atendimento presencial, fortalecendo a coordenação do cuidado pela APS.
- Organizar a regulação regional como instrumento de coordenação do cuidado, articulando APS, atenção especializada, centrais de regulação e serviços de telessaúde, de modo que a decisão regulatória considere as diferentes modalidades assistenciais disponíveis antes do encaminhamento para atendimento presencial.
- Planejar o transporte sanitário de forma regionalizada e integrada à regulação do acesso, com definição clara de responsabilidades, critérios de acesso, fluxos assistenciais e indicadores de desempenho.
- Estimular modelos compartilhados de frota entre municípios, evitando que cada município opere de forma isolada, especialmente em regiões remotas, rurais ou de baixa densidade populacional, reduzindo custos e aumentando a eficiência do serviço.
- Fortalecer e ampliar o Tratamento Fora do Domicílio (TFD), enfrentando seu subfinanciamento crônico e a precariedade operacional que marcam sua execução na maioria dos estados. Articulá-lo às centrais de regulação é condição para garantir deslocamento adequado e acesso oportuno quando inexistir oferta local ou regional.

12 Este rol deve ser orientado pelas diretrizes da Política Nacional da Atenção Especializada (PNAES) e considerar as atualizações trazidas pelo Programa Nacional de Expansão e Qualificação da Atenção Ambulatorial Especializada (PMAE), bem como atender às diretrizes para a organização das ações de média e alta complexidade e aos critérios para a habilitação de municípios e estados na gestão de serviços de média e alta complexidade estabelecidos na Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS).

PARA O GOVERNO FEDERAL

- Criar mecanismos de financiamento que incentivem soluções regionalizadas de provisão de serviços e compartilhamento de recursos físicos, tecnológicos e humanos entre municípios, superando a lógica de repasse estritamente municipalizada. Os arranjos devem variar conforme a realidade de cada território: consórcios intermunicipais com gestão compartilhada, vinculação das transferências federais ao cumprimento de planos regionais pactuados nas CIRs, ou instâncias de financiamento regional com deliberação colegiada entre municípios e estados podem ser possíveis caminhos[13].

- Consolidar uma política nacional de transporte sanitário integrada à gestão do acesso, com financiamento estável que cubra não apenas a aquisição de veículos, mas custeio permanente, manutenção, monitoramento e qualificação das equipes de gestão.

- Definir parâmetros nacionais mínimos para organização do transporte sanitário, contemplando critérios de priorização clínica, vulnerabilidade social, distância, tempo de deslocamento, acessibilidade, acompanhamento e segurança do paciente, preservando adaptações regionais e assegurando sua integração com as centrais de regulação.

- Consolidar nacionalmente um modelo de regulação integrada do cuidado, conforme previsto na PNAES e no PMAE, fortalecendo a integração entre APS, atenção especializada, centrais de regulação e telessaúde. A regulação deve utilizar informações clínicas e recursos digitais para definir a modalidade assistencial mais adequada, se teleconsultoria, teleconsulta, telediagnóstico ou atendimento presencial, ampliando a resolutividade da APS, reduzindo deslocamentos e tempo de espera e ampliando o acesso especializado em regiões remotas (tópico será melhor desenvolvido na Proposta 4 sobre saúde digital no SUS).



13 Rocha, Rache e Nunes (2022); Rehem *et al.*, (2023)

Organizar o cuidado: como estados e União podem integrar as redes do SUS

A falta de conexão entre os serviços municipais e estaduais quebra o ciclo de atendimento e deixa o cidadão desamparado

Em muitas regiões, o SUS não garante acesso a serviços essenciais de saúde, da atenção primária à média e alta complexidade. Em alguns lugares, o problema central não é a falta de recursos ou de estrutura, mas a ausência de coordenação das redes de atenção. As relações interfederativas entre estados e municípios são fragmentadas e pouco coordenadas, o que dificulta o planejamento conjunto, a definição de responsabilidades e a cooperação entre os entes federativos. Como consequência, torna-se muito difícil a constituição e a consolidação de redes regionais, que dependem de integração entre diferentes municípios e da coordenação entre os entes federativos. Assim, as regiões de saúde existem formalmente, mas não funcionam como espaços efetivos de coordenação. Os entes compartilham responsabilidades sobre o território, mas faltam mecanismos que tornem essa responsabilidade operacional, como instrumentos de planejamento conjunto, pactuação com efeitos reais e instâncias de governança com capacidade decisória para coordenar fluxos e garantir continuidade do cuidado.

Quando falta coordenação entre estados, municípios e serviços, o cuidado tende a ser episódico e com altas chances de interrupção e descontinuidade. Por exemplo, um paciente com diagnóstico de câncer na Amazônia Legal enfrenta um tempo de deslocamento para quimioterapia 7 vezes maior do que no restante do país[14]. Isso acontece porque a produção de alta complexidade (procedimentos e tratamentos de maior custo e especialização, como quimioterapia, cirurgias cardíacas e transplantes) está concentrada nas capitais. Em 12 estados, mais da metade da produção de média complexidade (consultas especializadas, exames diagnósticos e internações que exigem profissionais e equipamentos além da atenção básica) está localizada em uma única região de saúde e a produção de alta complexidade concentrada nas regiões das capitais estaduais[15]. Se, por um lado,

14 Falcão *et al.*, 2025.
15 Lima *et al.*, 2019.

essa concentração reflete a escala necessária para a oferta de determinados serviços, por outro, sem governança regional capaz de organizar a distribuição da oferta e os fluxos de deslocamento dos usuários, ela se traduz em desigualdade de acesso entre territórios.

A descentralização concentrou a execução dos serviços nos municípios, mas não criou os instrumentos regionais de coordenação necessários para integrá-la. Os estados, que deveriam exercer papel indutor, o fazem de forma heterogênea, com maior protagonismo onde há capacidade técnica instalada, recursos e alinhamento político, e de forma mais frágil onde esses elementos estão ausentes. Ainda que dentro de um contexto excepcional, durante a pandemia, estados que lideraram ativamente a coordenação das redes obtiveram respostas mais eficazes[16], demonstrando que esse protagonismo é ativável quando há condições para isso.

O subfinanciamento agrava esse quadro, pois em vez de induzir a cooperação como estratégia para a utilização de recursos escassos de forma mais eficiente, os arranjos historicamente implementados criaram uma lógica defensiva, em que cada ente protege sua parcela em vez de compartilhá-la. Assim, aliado à falta de incentivos e de indução de estados e governo federal à regionalização, observa-se um baixo protagonismo dos municípios em relação a estratégias de cooperação horizontal[17]. Municípios governados por partidos diferentes encaminham menos pacientes uns aos outros, mesmo quando estão na mesma região de saúde[18], indicando que a cooperação interfederativa não é resultante somente de requisitos técnicos, mas que depende também de alinhamento político entre gestores. Quando não há tal alinhamento, as decisões prejudicam o acesso da população à saúde.

As políticas federais voltadas à organização regional dos serviços de saúde seguem um padrão recorrente de indução normativa sem oferecer condições para sua efetivação. O Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP), criado em 2011 para formalizar responsabilidades entre os três entes, foi assinado por apenas dois estados em mais de dez anos, principalmente porque pressupunha capacidade fiscal e política que não foi construída[19]. A reorganização observada nos fluxos assistenciais ao longo das últimas décadas foi, em grande parte, um movimento espontâneo e não uma resposta às diretrizes federais[20].

Para enfrentar esse quadro, é fundamental criar as condições necessárias para inserir o estado de forma permanente no centro da coordenação regional.



16 Fleury *et al.*, 2024.
17 Rocha *et al.*, 2021.
18 Rocha, Rache e Nunes, 2022.
19 Rehem *et al.*, 2023.
20 Rocha, Rache e Nunes, 2022.

Regulação da participação privada no SUS: por um sistema coordenado e orientado à demanda

Embora o SUS seja universal, cerca de um quarto da população conta com planos privados de saúde. Ainda assim, uma parcela significativa desses beneficiários recorre ao SUS para procedimentos de alto custo, como oncologia, transplantes e urgências. Paralelamente, o SUS utiliza, de forma complementar, a rede privada contratada, em especial para serviços hospitalares e exames diagnósticos de maior complexidade[21]. Porém, o Estado muitas vezes contrata o setor privado com base na oferta disponível, e não necessariamente na demanda real da população.

Para superar esse cenário, deve ser pré-requisito o compartilhamento de informações do setor privado com o setor público. A integração de dados é ponto de partida para um diagnóstico preciso da demanda epidemiológica e da rede existente no território — base para uma coordenação sistêmica que oriente a contratação pública de serviços privados quando necessária, reduza a duplicação de serviços e diminua os custos administrativos. Isto posto, torna-se necessário repensar a efetividade dos modelos de contratualização, dos pagamentos baseados na Tabela SUS e das próprias Ofertas de Cuidados Integrados (OCIs), mecanismos que atualmente estruturam as formas de compra e contratação da rede privada por parte do SUS.

A contratação orientada à demanda deve aproveitar a capacidade ociosa do setor privado, especialmente em recursos tecnológicos de alto custo. Em 2022, o setor privado concentrava 13 vezes mais ressonâncias magnéticas e quase 5 vezes mais tomógrafos do que os estabelecimentos públicos, operando esses equipamentos bem abaixo da capacidade: cada tomógrafo privado realizou apenas um quarto dos exames feitos em média nos países da OCDE, e cada ressonância privada realizou pouco menos da metade[22]. O Estado deve atuar como coordenador regionalizado, contratando essa rede a custos menores para suprir vazios assistenciais específicos, com critérios rigorosos de avaliação de infraestrutura e qualidade.

Nesse sentido, é importante a institucionalização do planejamento regional integrado da oferta, considerando a capacidade instalada privada para informar o desenho das redes públicas. Além disso, a substituição de contratos baseados em procedimentos isolados por contratos regionais vinculados à lógica de rede — com pagamento atrelado a desfechos e à coordenação do cuidado — transforma o setor privado contratado em parte integrante da rede, e não apenas em fornecedor de procedimentos avulsos.



21 Ver mais em: https://oesb.org.br/repositorio/.
22 IEPS & Umane, 2024.

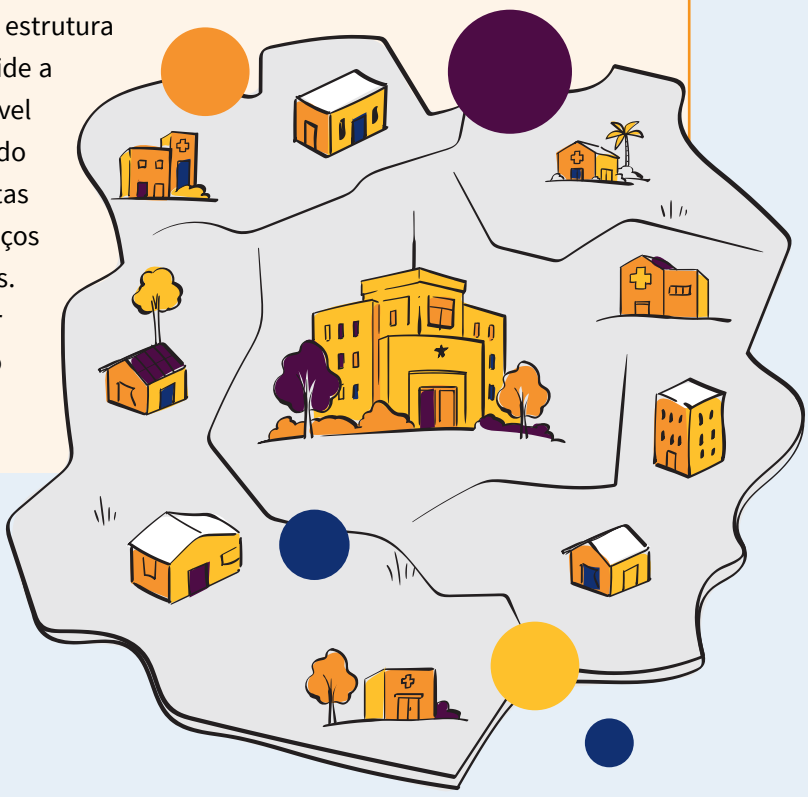
PROPOSTA 2

Fortalecer os estados e a regionalização para organizar o SUS além das fronteiras municipais

A proposta parte do reconhecimento de que a coordenação regional não se constrói apenas com normas. Além de articulação política, ela exige autoridade real, capacidade técnica e financiamento que torne a cooperação vantajosa para todos os entes. Cabe aos estados assumir o protagonismo na organização dos fluxos assistenciais, e ao governo federal criar as condições institucionais e financeiras que esse protagonismo exige.

PARA OS ESTADOS

- Mapear a demanda de saúde de cada região – o diagnóstico territorial é pré-condição para as demais propostas – e definir um rol mínimo de serviços que a rede local deve garantir, considerando a proximidade geográfica necessária para que linhas de cuidado essenciais funcionem. Esse mapeamento orienta a identificação de vazios assistenciais, os investimentos necessários e a contratualização de serviços coerente com o território.
- Assumir o papel de organizadores dos fluxos assistenciais no território regional, com instâncias que tenham poder real de decisão sobre referências, alocação de serviços e regulação do acesso à média e alta complexidade, com participação ativa dos municípios.
- Organizar a regulação em uma estrutura unificada de informações que consolide a oferta pública e conveniada disponível em cada região de saúde, integrando agendas, capacidade instalada, listas de espera e disponibilidade de serviços por meio de sistemas interoperáveis. Essa visão única da oferta deve apoiar o planejamento regional e a gestão do acesso.



- Qualificar a regulação do acesso à atenção especializada como instrumento de coordenação do cuidado, integrando serviços de telessaúde ao fluxo regular de encaminhamento. A decisão regulatória deve ser baseada em informações clínicas compartilhadas entre APS, regulação e atenção especializada, permitindo definir a modalidade assistencial mais adequada para cada caso e não apenas sua posição em uma fila de espera.
- Qualificar a atenção primária, por meio da expansão do modelo de Estratégia Saúde da Família com equipes multiprofissionais completas, fortalecendo sua capacidade de coordenar o cuidado. Para isso, as equipes precisam acessar e compartilhar informações clínicas produzidas nos diferentes serviços de saúde de modo que a equipe local acesse o histórico do paciente independentemente de onde ele foi atendido, e que equipes demandantes, reguladoras e ofertantes consigam dialogar sobre o cuidado de forma integrada. Esse modelo, que supera a lógica de encaminhamento unidirecional do sistema anterior, é o que orienta a Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde (PNAES).
- O financiamento estadual deve reforçar essas prioridades de coordenação regional, com complementação estadual da tabela de procedimentos do SUS federal ou, quando não houver espaço[23], realocação dos recursos para pagamento adicional a prestadores, sobretudo em locais onde os serviços têm maior custo, e repasses per capita aos municípios ponderados pela vulnerabilidade socioeconômica e pelos investimentos locais na atenção primária. É importante que esse financiamento supere a lógica de repasse vinculado a volume e produção, priorizando a integração do cuidado ao longo da jornada do paciente.
- Qualificar quem opera as instâncias regionais para que as pactuações se sustentem além dos ciclos políticos. Para melhor apoiar o planejamento, a gestão e a construção de capacidades institucionais no nível regional, é fundamental que os gestores regionais tenham um escopo de prática formalmente definido[24] e sejam adequadamente selecionados e treinados.

23 A participação dos estados no financiamento público da saúde dos municípios pode variar bastante. Em 2023, dez das 26 capitais brasileiras, por exemplo, os estados não apresentaram nenhum grau de contribuição com os gastos em saúde e, entre as 16 capitais que receberam recursos estaduais, em apenas três esse financiamento ultrapassou a participação de 10% no gasto total do município. (Nobre *et al.*, 2024).

24 Devem estar no centro desse escopo a coordenação regional, planejamento e gestão, articulação e integração, apoio institucional, e monitoramento e avaliação de políticas (Eleone *et al.*, 2025).

PARA O GOVERNO FEDERAL

- Consolidar uma infraestrutura nacional de informação em saúde, tornando obrigatório o registro e compartilhamento padronizado das informações clínicas e assistenciais na média e alta complexidade, com padrões equivalentes aos já existentes na APS.
- Estabelecer padrões nacionais de interoperabilidade que permitam conectar prontuários, sistemas de regulação e soluções de telessaúde, garantindo não apenas o compartilhamento de informações clínicas, mas também a comunicação estruturada entre equipes da APS, especialistas e centrais de regulação para apoio ao cuidado compartilhado, com a RNDS operando como infraestrutura de conexão entre essas iniciativas.
- Estabelecer diretrizes nacionais para protocolos clínicos de transição do cuidado entre os níveis de atenção, permitindo sua adaptação por estados, regiões de saúde e municípios conforme a organização da rede, a disponibilidade de serviços e as características epidemiológicas e assistenciais locais. Esses protocolos poderão incorporar soluções digitais de TIC que, baseadas nos protocolos clínicos utilizados, sejam capazes de informar os profissionais no momento da decisão clínica e administrativa de encaminhamento, ampliando a conformidade com os protocolos.
- Converter o financiamento em instrumento de coordenação a partir da vinculação das transferências de média e alta complexidade ao cumprimento de metas de regulação regionalizada pelos estados.
- Substituir a contratação baseada em procedimentos isolados por contratos regionais vinculados à lógica de rede, com pagamento atrelado a desfechos e à coordenação do cuidado, transformando a capacidade instalada do setor privado contratado em parte integrante da rede, e não apenas em fornecedor de procedimentos avulsos.



Distribuição desigual, formação inadequada e vínculos precários: por que faltam profissionais onde o SUS mais precisa

O crescimento do número total de médicos não eliminou a escassez relativa, territorial, setorial e por especialidade, particularmente no SUS

O Brasil não enfrenta apenas um problema de quantidade de médicos. Em 2024, o país tinha 2,8 médicos por mil habitantes, acima da média mundial de 1,7 e próximo de países com sistemas universais como Reino Unido (3,2) e Canadá (2,8)[25]. A diferença é que esses países contam com uma proporção significativamente maior de médicos especialistas voltados aos problemas mais comuns da população — os médicos generalistas, representados no Brasil pelos médicos de Família e Comunidade. Essa composição da força de trabalho amplia a resolutividade da Atenção Primária, reduz a necessidade de encaminhamentos e diminui a demanda por especialistas focais. No Brasil, além da distribuição profundamente desigual desses profissionais pelo território[26], a baixa participação de médicos de família e comunidade (MFC) contribui para aumentar a necessidade de especialistas e agravar as dificuldades de acesso à atenção especializada.

No Norte e Nordeste, cerca de 82% dos municípios não chegavam a um médico por mil habitantes atuando no SUS em 2023[27]. Há também um vazio igualmente grave: enquanto as capitais têm 6,1 médicos por mil habitantes, as cidades do entorno metropolitano têm apenas 1,1 — proporção inferior à média do interior, de 1,8[28]. Nas periferias das grandes cidades, a barreira não é a distância física, mas a incompatibilidade entre os horários das unidades e a rotina de quem trabalha, a violência que afasta profissionais de certos territórios e o baixo investimento na atenção primária em áreas onde a saúde suplementar é mais densa.

25 OCDE, 2024.
26 OCDE, 2024.
27 Pereira e Nobre, 2025.
28 Scheffer et al., 2025.

Esses dois vazios têm origens distintas e exigem respostas diferentes. Em relação às áreas remotas, a questão principal está no local de formação: trabalhar próximo ao local de nascimento ou onde cursou graduação é mais determinante na escolha de onde atuar profissionalmente do que o valor do salário ou a infraestrutura do local de trabalho. Nesse sentido, a redistribuição das escolas médicas poderia reduzir o desequilíbrio territorial de oferta de profissionais em mais de 52%[29].

No entanto, somente a expansão de vagas sem garantia de qualidade do ensino e de infraestrutura para a prática não é suficiente – 78% dos municípios com escolas de medicina não têm infraestrutura hospitalar adequada para a prática[30]. Nas periferias urbanas, os profissionais residem na cidade, mas as condições para trabalhar nesses territórios são precárias, o suporte técnico é insuficiente e os vínculos são frágeis. Entre 2014 e 2019, o percentual de médicos com quatro ou mais vínculos simultâneos saltou de 24% para 44%[31].

A disputa pelo tempo dos profissionais com o setor privado agrava esse quadro. Desde 2013, a proporção de médicos atuando no setor privado cresceu de forma consistente, chegando a quase 60% em 2022. Médicos que atuam simultaneamente nos dois setores trabalham em média 8,6 horas a mais por semana do que aqueles que atuam exclusivamente no setor público e têm proporção de contratos formais 10% menor[32].

O problema não se restringe aos médicos. Entre os enfermeiros, a participação no SUS recuou de 91,8% em 2010 para 86,2% em 2023, com tendência crescente de migração para o setor privado. Ainda existem 1.869 municípios com menos de um enfermeiro por mil habitantes no SUS. Profissionais de enfermagem com prática dual trabalham em média 22 horas a mais por semana do que os que atuam exclusivamente no público, carga ainda maior do que a observada entre os médicos. Para o conjunto da equipe multiprofissional da APS o padrão se repete: crescimento no total de profissionais no país, mas com distribuição desigual e participação decrescente no SUS.[33]

As vagas em cursos de saúde mais que triplicaram entre 2010 e 2023. Contudo, 97% dessa expansão veio do setor privado, e ficou concentrada em grandes centros urbanos. Os programas de provisão emergencial de profissionais melhoram a oferta no curto prazo, mas não alteram os determinantes dessa estrutura. Ao operar por incentivos financeiros e contratos temporários, sem mudar a distribuição dos centros de formação nem as condições de trabalho, esses programas levam profissionais até o território, mas não criam as condições para que permaneçam.

A esses problemas de distribuição e vínculo soma-se um terceiro, menos visível mas igualmente estrutural: a formação em saúde ainda está pouco alinhada às necessidades do SUS. Além da predominância de uma formação centrada em uma única profissão, com poucas oportunidades de aprendizagem interprofissional, o país forma proporção insuficiente de médicos especialistas voltados para a APS, especialmente MFC. Esses profissionais são fundamentais não apenas na APS, mas também na regulação do acesso e constituição da base clínica especializada que articula o cuidado ambulatorial e hospitalar. O resultado é uma formação desconectada das necessidades reais do sistema[34], que dificulta tanto o trabalho em equipe quanto a organização de redes de atenção mais resolutivas e integradas.

29 Costa, Nunes e Sanches, 2019.
30 Andrade, 2025.
31 Costa, Nunes e Sanches, 2019.
32 Codazzi, 2024.
33 Codazzi, 2024; Pereira e Nobre, 2025
34 Vendruscolo et al., 2014.

PROPOSTA 3

Formar, reter e organizar: as três frentes para enfrentar os vazios de profissionais no SUS

A proposta reconhece que os vazios assistenciais decorrem não apenas da distribuição desigual dos profissionais, mas também do perfil da formação, da baixa participação de médicos de família e comunidade (MFC), da precariedade dos vínculos e da crescente competição com o setor privado. Como esses desafios assumem características distintas em áreas remotas e nas periferias metropolitanas, organiza sua resposta em três eixos complementares. O primeiro propõe a reorientação da formação para o território, aproximando os centros de ensino às regiões com maior escassez de profissionais. O segundo defende a melhoria das condições de trabalho e do suporte técnico, estabelecendo condições dignas para que equipes operem com qualidade tanto em áreas remotas quanto em periferias urbanas. O terceiro propõe a organização da força de trabalho em escala regional, reduzindo a precariedade dos vínculos e tornando o SUS mais competitivo diante do setor privado.



Eixo 1

Reorientar a formação em saúde para o território

PARA O GOVERNO FEDERAL E ESTADOS

- Implementar os mecanismos já previstos em lei para o credenciamento de novos cursos de graduação e residências em saúde, condicionando sua abertura a critérios territoriais, priorizando regiões com menor cobertura específica de profissionais – e não a demanda de mercado de instituições privadas.
- Ampliar a formação de MFC, fortalecendo a oferta de residências médicas nessa especialidade e criando mecanismos de indução para sua fixação na APS, considerando seu papel estratégico na ampliação da resolutividade da atenção primária, na coordenação do cuidado e na regulação do acesso à atenção especializada.
- Estruturar programa nacional de imersão territorial obrigatória durante a graduação, com estágios de longa duração[35], similar ao internato rural, em serviços ou unidades de saúde localizados nessas regiões, atuação supervisionada e preceptoria local qualificada.
- Para os vazios assistenciais urbanos, reorientar os currículos com integração ensino-serviço em territórios vulneráveis das próprias cidades onde as faculdades estão.

Eixo 2

Melhorar as condições de trabalho e o suporte técnico

PARA O GOVERNO FEDERAL E ESTADOS

- Incorporar as condições de infraestrutura física, tecnológica e de suporte técnico às equipes das UBS como critério ativo de alocação de recursos. O financiamento federal da APS já condiciona parte dos repasses ao desempenho das equipes e ao cadastramento de usuários, mas unidades abaixo de um padrão mínimo funcional (conectividade estável, equipamentos básicos, insumos regulares) deveriam receber investimento federal prioritário, com metas e prazos pactuados para adequação[36].
- Além da adequação das UBS, fortalecer mecanismos de educação permanente, teleconsultoria, apoio matricial e segunda opinião formativa para reduzir o isolamento profissional e aumentar a capacidade resolutiva das equipes, especialmente em áreas remotas e periferias urbanas

35 Evidências australianas indicam que estágios rurais de no mínimo 12 semanas produzem impacto consistente na decisão de trabalhar em áreas remotas (Norris et al., 2021). No Brasil, os programas de internato rural variam de 4 a 12 semanas, sem padronização nacional (Lacerda e Appenzeller, 2023).

36 O Censo das UBS 2024 fornece, pela primeira vez, o diagnóstico nacional necessário para isso: 60% das unidades precisam de reformas ou ampliações, apenas 65% avaliam sua conexão à internet como adequada e apenas 52% têm infraestrutura para comunicação por vídeo, condição básica para a teleconsultoria (Brasil, 2024a).

Eixo 3

Organizar a força de trabalho em escala regional e reduzir a precariedade dos vínculos

PARA O GOVERNO FEDERAL E ESTADOS

- Tanto nas áreas remotas como nas periferias urbanas, a crescente competição pela força de trabalho com o setor privado exige políticas voltadas ao conjunto da força de trabalho do SUS, incluindo médicos, enfermeiros e demais profissionais da APS: I) criação de trajetórias de carreira com progressão vinculada ao tempo de atuação em áreas vulneráveis e II) regulação da prática dual com estabelecimento de carga horária mínima no setor público como condição para determinados benefícios, como acesso prioritário a programas de residência e especialização financiados pelo setor público, progressão acelerada na carreira e liberação remunerada para capacitação.

PARA OS ESTADOS

- Assumir a coordenação da rede regional, com equipes técnicas estáveis e instrumentos de contratualização com os municípios.
- Priorizar a expansão da ESF nos territórios de maior vulnerabilidade, com composição multiprofissional completa e presença de MFC como referência clínica da equipe sempre que possível.
- Nas periferias urbanas, mapear os municípios metropolitanos com baixa cobertura da ESF, vincular repasses à abertura de novas equipes nesses territórios e pactuar nas Comissões Intergestores Regionais (CIR) quais serviços cada município oferta localmente e quais são referenciados para a capital.

Saúde Digital no SUS: o elo que falta na coordenação do cuidado

Dados clínicos que não circulam, prontuários que não são compartilhados e sistemas que não se integram travam a coordenação do cuidado no SUS

A saúde digital deixou de ser um instrumento acessório e passou a ser condição fundamental para coordenar o cuidado no SUS. Sem informação circulando entre os pontos da rede, sem telessaúde integrada aos processos assistenciais, sem educação permanente para as equipes e sem sistemas de regulação alimentados por dados clínicos, a continuidade do cuidado permanece comprometida.

O SUS dispõe de iniciativas relevantes: o Programa Telessaúde Brasil[37], criado em 2007 com núcleos universitários de apoio às equipes de atenção primária, reformulado em 2011 com o Telessaúde Brasil Redes[38], que deslocou a lógica de uma oferta baseada nas universidades para uma baseada na demanda dos municípios e regiões; e atualizado mais recentemente pela Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde - PNAES[39] e pelo Programa Mais Acesso a Especialistas - PMAE[40]; a Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS) instituída em 2020[41] e regulamentada em julho de 2025[42] como plataforma oficial de interoperabilidade do SUS; o Meu SUS Digital, que disponibiliza ao cidadão acesso ao seu histórico clínico e funciona como espaço multifuncional para a gestão pessoal da saúde; e o Prontuário Eletrônico do Cidadão[43], adotado pelas equipes de Saúde da Família e vinculado ao componente de qualidade do modelo federal de cofinanciamento da atenção primária.

Essas iniciativas, contudo, operam com baixa integração entre si e com os sistemas de regulação assistencial. Isso acontece porque a heterogeneidade dos sistemas de informação do SUS tem origem anterior: os principais sistemas nacionais foram concebidos em anos e conjunturas diferentes, com lógicas e objetivos próprios, por distintas instâncias federais responsáveis pela saúde, cada

37 Portaria GM nº 35/2007
38 Portaria GM/MS nº 2.546/2011
39 Portaria GM/MS nº 1.604/2023
40 Portaria GM/MS nº 3.492/2024
41 Portaria GM/MS nº 1.432/2020.
42 Decreto nº 12.560/2025.
43 Portaria GM/MS nº 2.979/2019

uma respondendo a demandas de políticas verticais específicas. O resultado é uma infraestrutura de dados fragmentada por design, em que APS, média e alta complexidade operam com padrões incompatíveis entre si. Isso dificulta a centralização das informações e compromete a continuidade do cuidado independentemente dos avanços na conectividade física das unidades. Os dados a seguir mostram essas consequências práticas.

Embora a adoção do Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) tenha avançado[44], persiste heterogeneidade nas condições de uso, com diferenças na qualidade do preenchimento e na integração com outros pontos da rede[45]. A RNDS avançou na infraestrutura de interoperabilidade, mas a alimentação pelos sistemas municipais e estaduais permanece incompleta: entre 2020 e 2024, a proporção de unidades básicas integradas à RNDS passou de 11% para 50,9%[46], e, até julho de 2025, 68,3% dos municípios brasileiros enviaram registros de forma regular à plataforma. A superação desse gargalo depende menos de integrar sistema a sistema e mais de adotar arquiteturas de interoperabilidade federada — como as implementadas em Recife e na Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh), que viabilizaram o compartilhamento de dados clínicos entre diferentes pontos da rede sem a imposição de um sistema único centralizado[47].

A telessaúde avançou no plano normativo desde 2024[48], com a formalização do custeio federal[49] e a diversificação dos provedores para além das estruturas universitárias, incluindo secretarias municipais e estaduais, hospitais e institutos[50]. Ainda assim, o custeio operacional recorrente não está plenamente equacionado — os repasses permanecem condicionados ao cumprimento de metas e a regulamentações complementares pendentes —, e a cobertura efetiva segue restrita: apenas 39% das UBS oferecem algum serviço de telessaúde[51].

A gestão do acesso aos serviços, essencial para integrar os níveis de atendimento, espelha nos sistemas de dados a mesma desarticulação vista na rede de saúde. Apenas 58,7% das UBS encaminham usuários a especialistas por meio de sistema de regulação; a comunicação com outros pontos da rede se dá predominantemente por WhatsApp (66,3%) e contato telefônico (62,1%), com a telessaúde utilizada para esse fim em apenas 15,9% das unidades. O compartilhamento do prontuário eletrônico com serviços especializados públicos alcança 25,3% das UBS, e apenas 9,3% o fazem com hospitais da rede pública — quadro que compromete a continuidade do cuidado e o acompanhamento dos usuários entre os níveis de atenção[52].

Do lado da infraestrutura, 94,6% das unidades têm acesso à internet, mas apenas 65,2% avaliam essa conexão como adequada — proporção que cai ainda mais em regiões remotas. Além disso, apenas 52,2% das UBS têm infraestrutura adequada para webconferências, condição básica para a teleconsultoria.

44 O Censo Nacional das UBS 2024 registra que 87,3% das UBS utilizam prontuário eletrônico, sendo 68,8% com o e-SUS APS (Brasil, 2024a).
45 Celuppi et al., 2024.
46 TCU, 2025.
47 Pinto et al., 2025
48 Portaria GM/MS nº 3.691/2024.
49 Portaria GM/MS nº 4.160/2024.
50 Chamamento Público nº 3/2025 – SEIDIGI. Seleção de projetos de telessaúde no âmbito do Programa Agora Tem Especialistas.
51 Brasil, 2025b.
52 Brasil, 2024a

PROPOSTA 4

Conectar para coordenar: consolidar a saúde digital como infraestrutura transversal do SUS

Superar a fragmentação atual exige ações em dois planos complementares. Nos estados, o foco é integrar as ferramentas digitais já existentes aos processos de regulação assistencial e formação continuada das equipes. No governo federal, o desafio é garantir financiamento estável, avançar na interoperabilidade dos sistemas e fortalecer a coordenação nacional a partir de instâncias que já existem — em particular a SEIDIGI e o Comitê Gestor de Saúde Digital.

PARA OS ESTADOS

- Apoiar os municípios na ampliação da cobertura e da qualidade de preenchimento do Prontuário Eletrônico do Cidadão, com assistência técnica direcionada às equipes com menor desempenho nos indicadores do novo modelo de cofinanciamento federal da APS[53]. Nesse processo, o estado atua como intermediário entre a indução federal e a capacidade de execução local, especialmente em municípios de pequeno porte e em territórios vulneráveis.
- Fortalecer a RNDS como camada nacional de interoperabilidade federada, à qual estados, municípios e regiões conectem suas plataformas de telessaúde, regulação e prontuário eletrônico, mediante padrões técnicos definidos pelo governo federal.
- Estruturar educação permanente a distância de forma regular para as equipes de saúde, com conteúdo vinculado aos desafios clínicos e territoriais de cada região, como instrumento de redução do isolamento técnico e de atratividade do SUS em territórios vulneráveis.



53 Portaria 3.493/2024

PARA O GOVERNO FEDERAL

- Qualificar a infraestrutura física das UBS para uso efetivo da telessaúde, condicionando os repasses do incentivo de estruturação[54] à comprovação de conexão adequada e equipamentos mínimos para webconferência, com prioridade para Norte e Nordeste[55].
- Garantir financiamento estável para os núcleos de telessaúde, com critérios de repasse vinculados à cobertura territorial e ao desempenho na redução de encaminhamentos desnecessários.
- Avançar na interoperabilidade entre o prontuário eletrônico, a RNDS e os sistemas hospitalares, com adoção de terminologias clínicas padronizadas — como SNOMED CT, LOINC e CID — como condição para que o histórico clínico do paciente seja não apenas transmitido, mas interpretável de forma consistente em todos os pontos de atenção[56].
- Estabelecer protocolos nacionais de telediagnóstico para as especialidades com maior déficit de oferta no SUS, alta carga de doenças associadas e existência de solução digital com evidência de efetividade, com integração às redes de atenção especializada regionais.
- Estabelecer protocolos nacionais de teleconsulta, com critérios de elegibilidade por problema de saúde, como condição para sua oferta qualificada — reduzindo filas, otimizando capacidade instalada presencial e ampliando acesso a especialistas em localidades com menor oferta.
- Garantir a infraestrutura técnica e os protocolos de integração que viabilizem as diferentes modalidades de telessaúde — teleconsultoria, teleconsulta, telediagnóstico e telemonitoramento — como ferramentas sistemáticas de apoio às equipes e à jornada do usuário.
- Fortalecer a operação efetiva da SEIDIGI e do Comitê Gestor de Saúde Digital, assegurando funcionamento regular das instâncias de governança, dotação de pessoal especializado e plano estratégico institucional com metas pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite[57].

54 Portaria 4.160/2024

55 O Novo PAC e o Fundo de Universalização dos Serviços de Telecomunicações (FUST) já endereçam o problema das UBS sem acesso à internet — edital de R$ 100 milhões lançado em abril de 2026 prevê conectar até 2,7 mil unidades. O gargalo remanescente está na qualidade da conexão: 34,8% das UBS conectadas a avaliam como inadequada, e 47,8% não têm infraestrutura para webconferências (Censo das UBS 2024). Nas regiões Norte e Nordeste, a proporção de conexões inadequadas ou ausentes é significativamente superior à média nacional.

56 O Programa SUS Digital (Portaria GM/MS 3.232/2024) e a federalização da RNDS (Decreto 12.560/2025) já endereçam esse objetivo, mas ambos estão em fase preliminar — o SUS Digital em planejamento e diagnóstico de maturidade; a federalização em articulação técnica com os estados, com regulamentação técnica ainda pendente. Para que produzam resultados efetivos, é necessário garantir continuidade orçamentária entre as etapas do SUS Digital, concluir a regulamentação da federalização da RNDS e estabelecer metas vinculantes de integração por estado e faixa de complexidade assistencial.

57 O Acórdão TCU nº 309/2025 identificou como achados críticos a inoperância do Comitê Interno de Governança da SEIDIGI, a inexistência de Plano Estratégico Institucional para 2024–2027 e a insuficiência de pessoal especializado em segurança da informação — lacunas que comprometem a tradução dos investimentos em saúde digital em resultados efetivos para a rede assistencial.

Rede de atenção psicossocial insuficiente, desigual e pouco integrada: os limites do SUS diante do crescimento do sofrimento psíquico

O SUS ainda não tem rede suficiente, nem integrada o bastante, para dar conta da crescente demanda em saúde mental

Apesar dos avanços recentes na expansão da RAPS, o acesso ao cuidado em saúde mental ainda é restrito, frente ao tamanho da demanda, e é profundamente desigual no Brasil. Estima-se que pelo menos 1 em cada 4 pessoas que buscam atendimento na APS apresenta algum transtorno mental[58] e, de acordo com o *Saúde Mental em Dados*[59], municípios de pequeno porte seguem com baixa capacidade instalada para responder às demandas de saúde mental, especialmente por dependerem majoritariamente da Atenção Primária à Saúde (APS) – muitas vezes sem equipes suficientemente capacitadas para o manejo clínico e psicossocial dos casos. E o problema não se restringe a esses municípios: mesmo em locais em que a cobertura territorial de APS e de equipes multiprofissionais é ampla, persistem dificuldades de qualificação profissional, apoio matricial e integração com a atenção especializada.

Desde a sua criação, em 2011, a RAPS ampliou sua capilaridade, alcançando 3.019 CAPS habilitados em 2024, distribuídos em 2.007 municípios brasileiros, com cobertura nacional de 1,1 CAPS por 100 mil habitantes. Apesar disso, 484 municípios que, por seu porte populacional[60], deveriam ter ao menos um CAPS habilitado segundo os critérios do Ministério da Saúde, ainda não o possuem. Além disso, a Região Norte segue com a menor cobertura do país (0,79 CAPS/100 mil habitantes) - enquanto o Nordeste, região com maior cobertura, possui 1,28 CAPS/100 mil habitantes[61]. Em um país com mais de 5.500 municípios e forte heterogeneidade territorial, a insuficiência de coordenação regional e de capacidade técnica local aprofunda desigualdades de acesso ao cuidado em saúde mental.

58 Brasil, 2013.
59 Brasil, 2024c.
60 De acordo com a Portaria GM/MS nº 3.088/2011, os municípios elegíveis para implantação de CAPS variam conforme a modalidade do serviço e o porte populacional. De acordo com parâmetros atualmente utilizados pelo Ministério da Saúde, o CAPS I é indicado para municípios com mais de 15 mil habitantes; o CAPS II, CAPS i (infantojuvenil) e CAPS AD para municípios com mais de 70 mil habitantes; o CAPS III e o CAPS AD III para municípios com mais de 150 mil habitantes; e o CAPS AD IV para municípios acima de 500 mil habitantes e capitais estaduais.
61 Brasil, 2024c.

Além dos desafios sobre gestão e expansão de infraestrutura da RAPS, problemas de transparência envolvendo o monitoramento dos seus recursos também se mostram presentes. Desde 2017, em razão da Portaria GM/MS n. 3.588, não tem sido possível acompanhar integralmente a evolução dos recursos vinculados à Saúde Mental (SM)[62], não sendo possível identificar o orçamento efetivo da pasta, e, por consequência, se está além ou aquém das necessidades de SM existentes.

Esse cenário torna-se ainda mais crítico diante das transformações contemporâneas que aprofundam o sofrimento psíquico. O SUS precisa responder de forma mais robusta ao crescimento das demandas relacionadas à saúde mental, sobretudo de crianças e adolescentes. Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), uma em cada sete crianças e adolescentes de 10 a 19 anos apresenta algum transtorno mental, reforçando a necessidade de fortalecimento da rede infantojuvenil e das estratégias de prevenção[63]. Em 2024, o país possuía apenas 324 CAPS infantojuvenil (CAPSi), representando cerca de 11% do total de CAPS da RAPS[64]. A baixa oferta de CAPSi limita a capacidade do SUS de responder ao agravamento do sofrimento psíquico de crianças e jovens.

A própria Organização Mundial da Saúde destaca a necessidade de integração da saúde mental aos cuidados primários e de reorganização dos sistemas de saúde para responder às demandas contemporâneas de sofrimento psíquico[65,66]. Mas o modelo brasileiro atual ainda não incorporou plenamente os impactos das plataformas digitais e redes sociais sobre saúde mental de crianças e adolescentes.

A fragilidade da articulação entre saúde mental e educação também limita ações preventivas e de cuidado precoce, pois a escola é um local estratégico para ações de prevenção e promoção de saúde. O Programa Saúde na Escola (PSE) é exemplo disso. Embora represente importante estratégia intersetorial entre SUS e educação e tenha ampliado sua capilaridade, alcançando, em 2025-2026, 5.544 municípios e aproximadamente 105 mil escolas e 27 milhões de estudantes, as ações de saúde mental seguem heterogêneas e dependentes de iniciativas locais, com baixa institucionalização de ações estruturadas na área e pouca integração entre APS, RAPS e redes educacionais[67]. Desde a retomada do monitoramento da temática, em 2023, houve crescimento expressivo das ações registradas, passando de 7,1 mil atividades em 2020 para 98,4 mil em 2025, com mais de 4,5 milhões de participantes, tornando a saúde mental a temática com maior crescimento proporcional no PSE entre 2023 e 2025[68]. Esse crescimento pode estar refletindo um aumento da demanda, mas ainda assim, persistem desafios relacionados à formação das equipes, à articulação entre escolas, APS e RAPS e à consolidação de estratégias permanentes de promoção, prevenção e cuidado em saúde mental no ambiente escolar.

Por fim, e não menos importante, o SUS precisa estar mais apto a acolher as pessoas em situação de vulnerabilidade social e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, que demandam acolhimento residencial transitório, pois ainda faltam dispositivos para esse tipo de

62 Nobre e Rosa, 2023.
63 OPAS, 2023.
64 Brasil, 2024c.
65 OMS, 2008.
66 World Health Organization, 2021.
67 Brasil, 2024b.
68 Brasil, 2026a.

acolhimento. Em 2024, o Brasil possuía apenas 86 Unidades de Acolhimento (UAs) habilitadas em todo o território nacional[69]. Acompanhando essa desassistência, a média e alta complexidade, que também são serviços acionados por essa população, seguem insuficientes, com apenas 22,9% da cobertura estimada necessária de leitos de saúde mental em hospitais gerais[70]. Também é necessário ampliar as linhas de cuidado para condições ainda pouco reconhecidas pelo sistema que impactam a saúde mental e a qualidade de vida de meninas e mulheres, como é o caso da dor menstrual incapacitante, dor pélvica crônica e endometriose, que ainda carecem de uma abordagem integrada entre a APS, a atenção especializada e a RAPS.

O crescimento das Comunidades Terapêuticas

O crescimento das Comunidades Terapêuticas (CTs) no Brasil tem ocorrido de forma acelerada nas últimas décadas, especialmente em municípios pequenos e regiões com baixa cobertura da RAPS. Um levantamento do Ipea identificou cerca de 2 mil CTs em funcionamento no país já em 2017, destacando forte expansão territorial e crescente incorporação dessas instituições à política pública de álcool e outras drogas[71]. Paralelamente, houve ampliação significativa do financiamento público federal destinado às CTs nos últimos anos, consolidando-as, em muitos territórios, como alternativa à insuficiência de CAPS, Unidades de Acolhimento (UA) e leitos de saúde mental no SUS[72]. Esse processo fortalece um modelo de cuidado frequentemente desvinculado da lógica territorial, comunitária e intersetorial da RAPS. Além disso, relatório recente do Ministério Público Federal[73] identificou graves violações de direitos humanos em comunidades terapêuticas, como privação de liberdade, violações religiosas e restrição de contato familiar, evidenciando incompatibilidades com os princípios da Reforma Psiquiátrica e da atenção psicossocial em liberdade.

Os impactos desse movimento são especialmente preocupantes para crianças e adolescentes. A Frente Parlamentar Mista para Promoção da Saúde Mental alerta para o crescimento de internações involuntárias de crianças e adolescentes em Comunidades Terapêuticas, frequentemente associadas à ausência de serviços públicos especializados e estratégias territoriais de cuidado em saúde mental. A Frente aponta riscos de institucionalização prolongada, afastamento da convivência familiar e comunitária e fragilidades na fiscalização dessas instituições[74]. Em contextos de baixa capacidade instalada da RAPS, as CTs acabam sendo utilizadas como resposta contraditória à insuficiência do cuidado comunitário previsto pela Reforma Psiquiátrica e pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).

Saiba mais em: Nota Técnica FPSM nº 01/2026 - Internação de crianças e adolescentes em Comunidades Terapêuticas

69 Brasil, 2024c.
70 *Idem.*
71 Ipea, 2017.
72 Santos, 2018.
73 MPF, 2025.
74 Frente Parlamentar Mista para Promoção da Saúde Mental, 2026.

PROPOSTA 5

Expandir, atualizar e fortalecer a RAPS e a APS em saúde mental, sobretudo para o cuidado infantojuvenil

Fortalecer a coordenação regional e a APS em saúde mental

PARA ESTADOS

- Liderar a coordenação regional da RAPS, organizando fluxos entre APS, CAPS, Unidades de Acolhimento (UAs), hospitais gerais, urgência e assistência social, além de apoiar tecnicamente municípios pequenos e fortalecer mecanismos de regulação do cuidado.
- Qualificar a APS por meio de educação continuada, apoio matricial e integração das equipes multiprofissionais (eMulti) às estratégias de saúde mental.

PARA O GOVERNO FEDERAL

- Instituir uma política nacional de fortalecimento da APS em saúde mental, com financiamento permanente para qualificação profissional e expansão de estratégias de apoio matricial e cuidado compartilhado entre APS e RAPS.
- Criar incentivos específicos para apoiar municípios de pequeno porte na estruturação de ações e serviços de saúde mental.
- Restabelecer mecanismos de rastreabilidade orçamentária dos recursos vinculados à saúde mental, permitindo identificar o orçamento efetivo da pasta e avaliar sua adequação frente às necessidades existentes.
- Utilizar os diagnósticos territoriais de oferta e demanda, referidos nas Propostas 1 e 2 desta Agenda, para identificar e priorizar regiões com maiores vazios assistenciais em saúde mental na alocação de novos investimentos da RAPS.

Expandir e atualizar o cuidado infantojuvenil

PARA OS ESTADOS

- Priorizar a expansão dos CAPS infantojuvenil (CAPSi), especialmente em territórios com baixa cobertura assistencial e alta vulnerabilidade social.
- Desenvolver linhas de cuidado voltadas aos impactos das redes sociais e dos ambientes digitais sobre a saúde mental de crianças e adolescentes, incluindo violência digital, autolesão, hiperconectividade e apostas online (o tema será tratado em maior profundidade sob a ótica regulatória na Proposta 9).
- Desenvolver ações específicas de prevenção à violência digital, ao suicídio e ao uso problemático de tecnologias entre crianças e adolescentes.
- Fortalecer a integração dos CAPSis com a Atenção Primária à Saúde (APS), o Programa Saúde na Escola (PSE) e a assistência social, garantindo fluxos intersetoriais de cuidado e acompanhamento territorial.
- Estruturar ações permanentes de promoção e prevenção em saúde mental no ambiente escolar, articulando RAPS, APS e PSE.

PARA O GOVERNO FEDERAL

- Induzir a expansão nacional dos CAPSis, especialmente em territórios com baixa cobertura assistencial e maior vulnerabilidade social.
- Financiar ações voltadas à saúde mental em contextos digitais, considerando os impactos das redes sociais, da hiperconectividade, da violência digital e das apostas online sobre crianças e adolescentes.
- Desenvolver diretrizes nacionais sobre sofrimento digital e proteção da saúde mental infantojuvenil no ambiente online.
- Fortalecer o eixo de saúde mental do Programa Saúde na Escola (PSE), incluindo um maior financiamento de suas ações, ampliando sua institucionalização e capacidade de resposta nos territórios.
- Apoiar a construção e implementação de protocolos nacionais de prevenção e cuidado em saúde mental nas escolas, com foco em identificação precoce do sofrimento psíquico, prevenção do suicídio, violência digital e uso problemático de tecnologias.

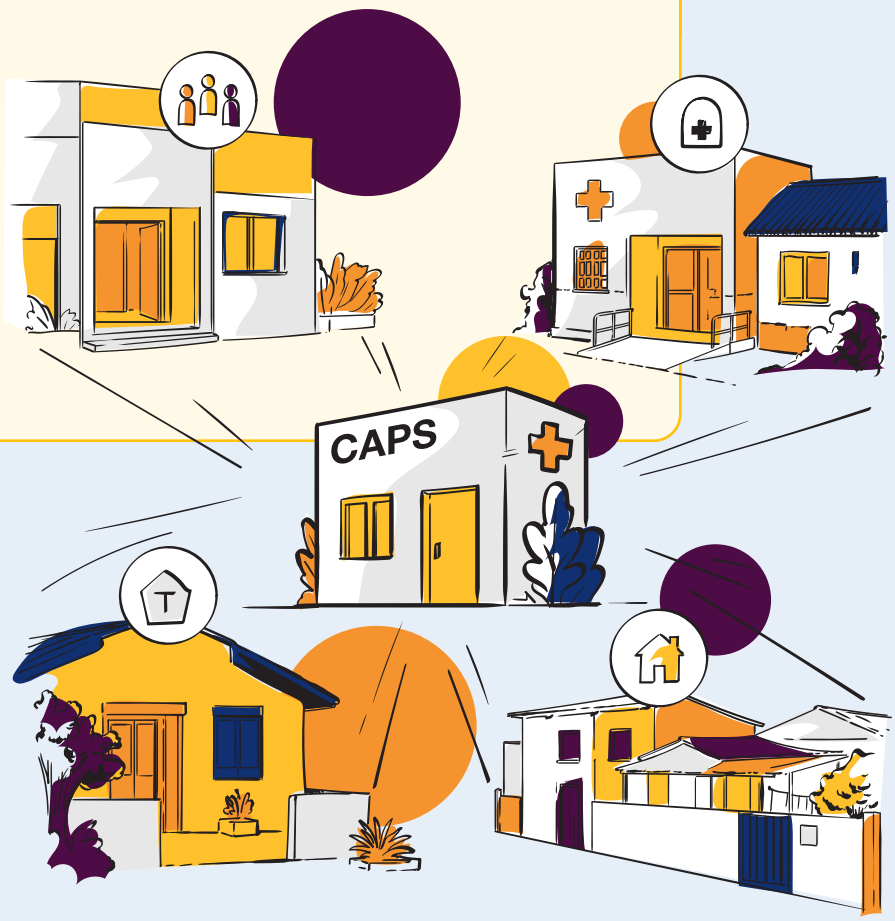
Expandir dispositivos de acolhimento e atenção à crise

PARA OS ESTADOS

- Ampliar a implantação regionalizada de Unidades de Acolhimento (UA), priorizando regiões com maior insuficiência de dispositivos de acolhimento residencial transitório.
- Fortalecer a atenção hospitalar em saúde mental, expandindo leitos em hospitais gerais e qualificando protocolos de manejo de crise e continuidade do cuidado pós-alta.

PARA O GOVERNO FEDERAL

- Retomar a habilitação acelerada de UAs, priorizando territórios com alta vulnerabilidade social e baixa cobertura assistencial.
- Ampliar investimentos na infraestrutura da RAPS, incluindo CAPS, CAPSi, CAPSad, Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs), UAs, dispositivos de atenção às urgências em saúde mental no SAMU e leitos de saúde mental em hospitais gerais - com prioridade para os 484 municípios elegíveis ainda sem CAPS habilitado e para a ampliação da cobertura de leitos de saúde mental em hospitais gerais, hoje em apenas 22,9% do estimado necessário.
- Instituir processos permanentes de qualificação das equipes da RAPS, da atenção hospitalar e dos serviços de urgência, utilizando o Guia de Acolhimento à Crise[75] como referência para protocolos de manejo, prevenção de internações evitáveis e fortalecimento do cuidado em liberdade.



75 Brasil, 2026f

O SUS diante de desafios emergentes

As propostas do Eixo I respondem a problemas que o SUS carrega desde sua origem: fragmentação regional, desigualdade na distribuição de profissionais, infraestrutura digital incompleta e rede de saúde mental insuficiente para atender a demanda. Resolvê-los é necessário, mas o sistema também precisa estar preparado para enfrentar fenômenos que se intensificaram na última década e que têm em comum a mesma característica: nascem fora do setor saúde, seja no clima, na educação, nas plataformas digitais, seja no mercado de apostas, mas chegam ao SUS como demanda assistencial. Das emergências sanitárias às mudanças climáticas, do ambiente alimentar escolar às plataformas digitais, o Eixo II reúne desafios que pressionam o sistema de formas ainda pouco mapeadas e que, em sua maioria, exigem atuação intersetorial e marcos regulatórios ainda em construção.



agenda mais SUS



EIXO II

DESAFIOS EMERGENTES QUE IMPACTAM O SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO

Emergências em saúde: Governança em crise e lacunas normativas na preparação e resposta

Sem critérios definidos e sem coordenação entre os entes federativos, o Brasil segue despreparado para a próxima emergência sanitária

Quando uma emergência sanitária se instala, decisões precisam ser tomadas rapidamente: quem declara a emergência, com base em quais critérios, e quem é responsável pelo quê em cada fase da crise. No Brasil, essas perguntas são respondidas por instrumentos formais criados antes da pandemia de COVID-19: a Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN), prevista no Decreto nº 7.616/2011, e a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), instância permanente de pactuação entre os três entes federativos. No entanto, como mostrou a pandemia, esses instrumentos não respondem a essas perguntas com a clareza necessária.

A pandemia de COVID-19 expôs as consequências práticas dessas lacunas. A ausência de parâmetros técnicos vinculantes gerou disputas de competência entre os entes federativos, cuja resolução demandou intervenção do Poder Judiciário. Em 2020, o Supremo Tribunal Federal (STF)[76] reconheceu competência concorrente de estados e municípios para adotar medidas sanitárias, na prática, validando que governadores e prefeitos pudessem decidir sobre *lockdowns*, uso de máscaras e restrições de circulação independentemente de orientação federal, e evidenciando que o marco normativo vigente não distribuía de forma suficientemente clara as responsabilidades em situação de emergência.

O relatório final da CPI da COVID[77] registrou falhas sistemáticas de coordenação e ausência de diretrizes técnicas federais. A produção normativa do período, composta por centenas de portarias ministeriais, medidas provisórias e decretos editados em contexto de baixa coordenação, ampliou

76 Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) nº 6.341
77 Relatório Final da Comissão Parlamentar de Inquérito da COVID-19 - Senado Federal, 2021.

a insegurança jurídica e a litigância[78]. Estudos comparativos indicam que, diferentemente de crises anteriores conduzidas sob maior centralidade técnica, a gestão da COVID-19 foi marcada por politização e desarticulação federativa, com impactos mensuráveis sobre a efetividade e a previsibilidade das ações[79].

O encerramento formal da ESPIN, em 2022, não foi acompanhado de um processo sistemático de revisão normativa. Arranjos de coordenação, mecanismos de compartilhamento de dados e procedimentos operacionais criados durante a emergência foram concebidos como transitórios e encerrados junto com ela, sem incorporação ao marco regulatório permanente da vigilância em saúde. O Regulamento Sanitário Internacional (IHR 2005) e o *framework Health Emergency Preparedness, Response and Resilience* (HEPR) da Organização Mundial da Saúde estabelecem que a capacidade de resposta a crises sanitárias depende de estruturas institucionalizadas previamente, como cadeia de comando estruturada, protocolos nacionais mínimos e mecanismos permanentes de monitoramento da emergência. A situação brasileira atual diverge significativamente desses parâmetros.

O Decreto nº 7.616/2011 confere ao Ministério da Saúde competência para declarar emergências sanitárias nacionais, mas não define os critérios técnicos que devem fundamentar essa declaração nem os procedimentos para seu escalonamento ou encerramento. A CIT, embora funcione regularmente como instância de pactuação interfederativa, não dispõe de protocolos específicos para atuação em contexto de crise sanitária nem de mecanismos vinculantes de ativação acelerada de deliberações.

O Plano de Resposta às Emergências em Saúde Pública (PRES), elaborado em 2014, estabelece diretrizes gerais sem força normativa suficiente para vincular os entes subnacionais e sem revisão sistemática à luz da experiência pandêmica. O resultado é um marco normativo disperso, com lacunas técnicas que só ficaram visíveis quando testado por uma crise de longa duração e alta politização.

Soma-se a isso o fato de que o Brasil, como signatário do Regulamento Sanitário Internacional (RSI), tem obrigações que demandam resposta normativa interna compatível com os compromissos assumidos. Essa pressão se intensificou em maio de 2025, quando a 78ª Assembleia Mundial da Saúde acordou o primeiro Acordo sobre Pandemias da história, fruto de mais de três anos de negociações desencadeadas pelos impactos da COVID-19[80]. Embora o acordo ainda não tenha entrado em vigor, e portanto não cria obrigações internacionais vigentes no momento, sinaliza exigências sobre capacidades nacionais de preparação e resposta que o Brasil poderá precisar incorporar em sua legislação.

78 Boletim Direitos na Pandemia - edição 14 - CEPEDISA/USP; Conectas, 2021.
79 Ambrozim et al., 2025.
80 Organização Pan-Americana da Saúde (2025)

Quando a emergência chega, quem é mais afetado?
Equidade e clima nos marcos de resposta

Emergências em saúde, sejam decorrentes de situações epidemiológicas, desastres e/ou desassistência à população, como na ocorrência de eventos climáticos extremos – enchentes, secas prolongadas, ondas de calor e deslizamentos – afetam de forma desproporcional populações que já enfrentam condições precárias de habitação, saneamento e acesso a serviços de saúde. Além disso, no Brasil, os desastres afetam diretamente os equipamentos de saúde, que muitas vezes se concentram em áreas vulneráveis[81].

Um marco normativo que não incorpore essa assimetria como variável estruturante tende a reproduzir e aprofundar as desigualdades preexistentes, uma vez que os territórios com menor capacidade institucional são, em geral, os que mais precisam de resposta coordenada e os que menos a recebem de forma tempestiva. A proposta de revisão do marco normativo de vigilância em saúde deve, portanto, incluir explicitamente a dimensão de vulnerabilidade social e climática nos critérios de planejamento e alocação de recursos.

Isso implica a criação de mapas integrados de risco, combinando dados epidemiológicos, socioeconômicos e climáticos, e de critérios de priorização de recursos e metas desagregadas, alinhados ao Marco de Sendai para Redução de Riscos de Desastres[82]. Também devem estar alinhados às diretrizes da OPAS sobre clima e saúde, que orientem a priorização de investimentos em capacidade de resposta local, combinando atenção primária, infraestrutura urbana e pontos de apoio logístico em municípios e áreas com histórico de exposição a desastres. Municípios classificados em faixas de alto risco climático-sanitário devem contar com metas específicas de cobertura e tempo de resposta nesses territórios. Os planos de ação e resposta devem prever, ainda, protocolos diferenciados para grupos vulneráveis (crianças, idosos, gestantes, pessoas com deficiência, em situação de rua ou privadas de liberdade, pessoas pobres, populações rurais e ribeirinhas, indígenas e quilombolas, dentre outros).



81 Estima-se que aproximadamente 29% dos estabelecimentos, 22% dos equipamentos, 26% dos leitos e 20% dos leitos de UTI estão situados próximos a áreas de risco de desastre (até 500 m). Além disso, a proporção de estabelecimentos localizados dentro de setores de risco de desastre é maior para as unidades de saúde vinculadas ao SUS. (Borges *et al.*, 2025.)

82 Ver mais em: <https://educacao.cemaden.gov.br/midiateca/marco-de-sendai-para-a-reducao-do-risco-de-desastre-2015-2030/>.

PROPOSTA 6

Preparar o SUS para a próxima emergência: fortalecer o marco normativo da vigilância

A proposta parte do reconhecimento de que a capacidade de resposta a crises sanitárias depende de estruturas institucionalizadas previamente, com parâmetros técnicos que organizem a ação coordenada dos entes federativos independentemente da configuração política de cada momento. A mesma lógica também deve valer para a redução das desigualdades em saúde diante de emergências, que deve deixar de ser intenção declarada e passar a ser critério verificável de avaliação da política.

PARA O GOVERNO FEDERAL

- Definir, em instrumento de caráter permanente, critérios técnicos objetivos para declaração, escalonamento e encerramento de emergências sanitárias. Isso pode ocorrer por decreto estruturante, que é o caminho mais rápido, mas sujeito a revisão por governos futuros, ou por atualização de dispositivos da Lei Orgânica da Saúde, um caminho mais lento, mas que confere maior estabilidade institucional ao marco.
- Especificar as responsabilidades e os fluxos decisórios entre os entes federativos nas diferentes fases da emergência, com previsão de mecanismos de pactuação acelerada na CIT.
- Formalizar protocolos nacionais mínimos de atuação para diferentes tipos e níveis de gravidade.
- Estabelecer regras de compartilhamento de dados entre saúde, defesa civil, assistência social e meio ambiente, com previsão de interoperabilidade entre os sistemas de informação relevantes.
- Institucionalizar exercícios periódicos de preparação, incluindo simulações orientadas a cenários de colapso climático-sanitário em regiões vulneráveis, com participação obrigatória dos municípios classificados em faixas de alto risco climático-sanitário.
- Institucionalizar mecanismos de avaliação continuada com indicadores desagregados por território e grupo populacional.

PARA OS ESTADOS

- Participar ativamente da pactuação dos critérios técnicos de declaração, escalonamento e encerramento de emergências sanitárias na CIT, assegurando que os parâmetros nacionais sejam compatíveis com as capacidades reais de resposta dos estados.
- Estabelecer, em articulação com os municípios, os fluxos estaduais de compartilhamento de dados entre saúde, defesa civil e assistência social previstos no marco nacional.
- Participar dos exercícios periódicos de preparação, uma vez institucionalizados pelo governo federal, com adesão obrigatória para estados classificados em faixas de alto risco climático-sanitário.



Vigilância climática no SUS: a fragmentação da vigilância ambiental

Clima, meio ambiente e saúde são monitorados por sistemas separados que não se comunicam

Eventos climáticos extremos já produzem impactos mensuráveis sobre a morbimortalidade no Brasil. Estimativas para o município do Rio de Janeiro indicam que um dia adicional por mês com temperatura de superfície acima de 43°C está associado a cerca de 10 mortes extras entre idosos e aproximadamente dois terços desse efeito decorrem de diferenças de exposição entre bairros, evidenciando que o risco climático tem distribuição territorial desigual e localizável[83].

Esse risco não afeta apenas a população: afeta também a capacidade do sistema de saúde de responder a ele. Cerca de 29% dos estabelecimentos do SUS, 26% dos leitos e 20% dos leitos de UTI estão localizados a menos de 500 metros de áreas classificadas como de alto ou muito alto risco geológico, e esses territórios concentram maior presença de crianças, menor renda média e piores condições de saneamento, revelando sobreposição entre vulnerabilidade social e exposição ambiental[84].

As mudanças climáticas também afetam padrões de transmissão de doenças infecciosas. Dengue, malária e leishmaniose apresentam sensibilidade direta a variáveis climáticas e hidrológicas. Um exemplo disso é que dados meteorológicos permitem antecipar surtos de dengue com até três meses de antecedência[85]. Projeções convergentes apontam que a frequência e a intensidade de eventos extremos no Brasil tenderão a aumentar nas próximas décadas, ampliando a carga de doenças com determinantes climáticos[86]. Além disso, os impactos econômicos também são expressivos: chuvas e secas extremas causam perdas anuais estimadas em torno de R$ 110 bilhões ao PIB brasileiro, valor que pode chegar a R$ 145 bilhões caso o aquecimento global atinja 2°C[87]. Riscos climáticos são, portanto, territorializados, mensuráveis e parcialmente previsíveis, o que torna sua incorporação ao planejamento sanitário tecnicamente viável.

83 Peçanha, Rocha e Szerman, 2026.
84 Borges et al., 2025.
85 Aleixo et al., 2022.
86 Lorenz et al., 2026.
87 Costa et al., 2026

O Brasil dispõe de estruturas relevantes para enfrentar esse desafio. No campo da vigilância, o Ministério da Saúde conta com o Vigidesastres[88] e o Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (CIEVS). O Ministério de Ciência, Tecnologia e Inovação (MCTI) opera o Centro Nacional de Monitoramento e Alertas de Desastres Naturais (Cemaden), responsável por emitir alertas de eventos como deslizamentos, enchentes e estiagens e a plataforma AdaptaBrasil, que disponibiliza estimativas de ameaça climática e vulnerabilidade para municípios brasileiros. Complementarmente, a rede colaborativa MapBiomas fornece séries históricas de uso e cobertura da terra, informação relevante para qualificar a exposição territorial de equipamentos e populações do SUS a riscos ambientais.

No campo do planejamento setorial, soma-se o Plano Nacional de Adaptação para o Sistema de Saúde (AdaptaSUS), lançado internacionalmente durante a COP30 como parte do Plano de Ação de Saúde de Belém. O AdaptaSUS estabelece 27 metas e 93 ações até 2035, coordenadas pelo Ministério da Saúde com o Ministério do Meio Ambiente e Mudança do Clima (MMA) e o MCTI, abrangendo vigilância, atenção à saúde, promoção, pesquisa e ciência, tecnologia e inovação. A implementação efetiva do AdaptaSUS, no entanto, depende de resolver um problema operacional ainda em aberto, que é a fragmentação entre os sistemas de dados que deveriam alimentá-lo. Os dados climáticos, geológicos, territoriais e epidemiológicos relevantes são produzidos por instituições distintas (INMET, Serviço Geológico do Brasil, Cemaden, MapBiomas e DATASUS) e sem interoperabilidade formalizada[89]. O Vigidesastres atua predominantemente na fase de resposta a eventos já ocorridos, sem integração formalizada a modelos preditivos territoriais — inclusive aos alertas já produzidos pelo próprio Cemaden, que poderiam antecipar boa parte desses eventos.

A plataforma AdaptaBrasil disponibiliza informações de ameaça e vulnerabilidade, e o MapBiomas disponibiliza dados de uso e cobertura da terra, mas nenhuma das duas bases está conectada a processos decisórios da vigilância em saúde nem ao planejamento da capacidade instalada da rede. O arranjo de governança do AdaptaSUS, por sua vez, não formaliza a participação do Serviço Geológico do Brasil, do Cemaden nem da Defesa Civil Nacional — atores essenciais para a gestão do risco geológico-climático sobre os estabelecimentos e territórios do SUS. O resultado é um sistema de vigilância com capacidade de monitoramento setorialmente razoável, mas sem a integração transversal que permitiria transformar dados ambientais em insumos sistemáticos para a tomada de decisão sanitária.

No plano de investimentos, de acordo com o MS[90], o Brasil acumulou, desde 2016, US$ 2 bilhões em infraestrutura, vigilância, inteligência climática e sistemas de alerta. No entanto, o gasto climático federal como um todo representou apenas 1%[91] do orçamento total entre 2019 e 2024, concentrado em ações reativas de resposta e recuperação pós-desastres — padrão que contrasta com a capacidade técnica já existente de antecipação de riscos.

88 Portaria GM/MS nº 4.185/2022

89 Evidência recente dessa fragmentação institucional e da ausência de mecanismos sistemáticos de integração pode ser observada na Portaria GM/MS nº 6.918, de 7 de maio de 2025, que instituiu a Sala de Situação Nacional de Emergências Climáticas em Saúde. Embora a norma liste órgãos oficiais como o INMET e o SGB para o acionamento da Sala, ela o faz de modo reativo e pontual, limitando a articulação a cenários de crise já declarada. A necessidade de criar um arranjo emergencial em maio de 2025 para esse fim confirma, ao contrário, a inexistência de fluxos permanentes de interoperabilidade voltados ao planejamento sanitário preventivo.

90 Brasil, 2026e

91 Resende et al., 2026

PROPOSTA 7

Integrar dados de clima, território e saúde na vigilância do SUS

PARA O GOVERNO FEDERAL

- Formalizar arranjos permanentes de coordenação e compartilhamento de dados entre o Ministério da Saúde, o MMA, o Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação (MCTI), o Serviço Geológico do Brasil e a Defesa Civil Nacional, garantindo interoperabilidade entre os sistemas produzidos por essas instituições e assegurando que o planejamento preventivo seja estrutural — e não acionado apenas em situações de crise.
- Aprimorar o Vigidesastres, ampliando seu papel para incluir funções de antecipação baseadas em integração de dados, inclusive com os alertas hidrometeorológicos e geotécnicos já produzidos pelo Cemaden, e avançar na articulação sistemática entre campos como epidemiologia, geografia, climatologia e defesa civil.
- Implementar sistemas de alerta precoce para eventos climáticos extremos integrados à rede assistencial, para que os dados ambientais alimentem tanto o planejamento sanitário quanto decisões operacionais de curto prazo, como mobilização de equipes e adequação da capacidade assistencial, visando mitigar os efeitos de surtos e eventos climáticos extremos.
- Incorporar mapas de risco climático e geológico, bem como dados de uso e cobertura da terra, ao planejamento da capacidade instalada da rede, priorizando investimentos em municípios classificados em faixas de alto risco climático-sanitário.
- Desenvolver modelos preditivos para antecipação de doenças sensíveis ao clima e definir protocolos de coordenação intersetorial com fluxos claros de atuação, convertendo as projeções em insumos sistemáticos para decisões de vigilância e resposta.



PARA OS ESTADOS

- Incorporar as informações climáticas e territoriais produzidas pelas plataformas federais ao planejamento regional da rede de atenção à saúde.
- Definir protocolos diferenciados de resposta para grupos vulneráveis (crianças, idosos, gestantes, pessoas com deficiência, populações ribeirinhas, indígenas, quilombolas e pessoas em situação de pobreza) em municípios com histórico de exposição a desastres climáticos.
- Utilizar os resultados dos exercícios periódicos de preparação referidos na Proposta 6, para qualificar os protocolos estaduais de vigilância em saúde ambiental, com avaliação de resultados desagregados por território e grupo populacional.

Hábito que gera adoecimento: a regulação insuficiente do ambiente alimentar escolar e urbano como problema de saúde pública

Sem uma lei nacional, cada criança tem um nível diferente de proteção a depender do estado ou município onde nasceu

O consumo de alimentos ultraprocessados entre crianças e adolescentes brasileiros atingiu proporções expressivas. Entre crianças, o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) registra que o consumo de ultraprocessados, definidos pela classificação NOVA[92] como formulações industriais com múltiplos ingredientes e aditivos destinados a intensificar sabor e aparência, varia de 71%, na faixa de 2 a 4 anos, a 83%, entre 5 e 9 anos. Esses percentuais superam ou rivalizam com o consumo de frutas (76–78%) e verduras (65–67%) nas mesmas faixas etárias[93].

Já entre adolescentes, dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF 2017-2018/IBGE) indicam que esses alimentos respondem por aproximadamente 27% da ingestão calórica, quase o dobro da proporção observada na dieta de idosos (15%)[94]. O resultado já é visível nos indicadores de saúde e a prevalência de excesso de peso entre adolescentes de 10 a 19 anos passou de 25% em 2015 para 33,5% em 2025[95], afetando hoje aproximadamente 1 em cada 3 jovens nessa faixa etária. De acordo com estimativas internacionais, a prevalência de obesidade entre crianças e adolescentes brasileiros de 5 a 19 anos aumentou de 3,2% em 1990 para 10,6% em 2021 entre meninas, e de 2,8%

92 A classificação NOVA é um sistema de categorização de alimentos desenvolvido pelo NUPENS/USP (Monteiro et al., 2010; 2016) que agrupa os alimentos em quatro categorias segundo o grau e a finalidade do processamento industrial: Grupo 1 (alimentos in natura ou minimamente processados); Grupo 2 (ingredientes culinários processados, como óleos e sal); Grupo 3 (alimentos processados, como conservas e queijos); e Grupo 4 (alimentos ultraprocessados, formulações industriais com uso intensivo de aditivos, como refrigerantes e biscoitos recheados). O sistema é adotado pelo Guia Alimentar para a População Brasileira (Brasil, 2014) e constitui referência central em pesquisas epidemiológicas e políticas de regulação alimentar.

93 Instituto Desiderata, 2025.

94 IBGE, 2020.

95 Idem.

para 13,7% entre meninos no mesmo período – a projeção é que em 2030 alcance 15,1% e 19,3%, respectivamente[96]. Mantidas as tendências atuais, a projeção é de que mais da metade das crianças e adolescentes brasileiros possam apresentar excesso de peso até 2035[97].

A literatura científica associa o consumo habitual de ultraprocessados a maior risco de obesidade, diabetes tipo 2, doenças cardiovasculares e alguns tipos de câncer[98]. O ambiente alimentar, isto é, o conjunto de condições físicas, econômicas e informacionais que moldam as escolhas alimentares, é um dos principais determinantes dos padrões de consumo de crianças e adolescentes. E a escola, local onde passam a maior parte do tempo durante os anos formativos, tem papel direto na construção desses hábitos. Esse ambiente, contudo, não se restringe aos muros escolares: 25 milhões de pessoas vivem em desertos alimentares — regiões com pouca oferta de alimentos in natura — e 14,7 milhões vivem em pântanos alimentares[99], áreas com predominância de estabelecimentos que vendem ultraprocessados a até 15 minutos de caminhada. Como essas áreas concentram-se nas periferias e afetam sobretudo famílias de baixa renda, o entorno urbano da escola frequentemente reproduz, ou até intensifica, a exposição que a regulação escolar tenta conter. Por isso, a regulação do que é oferecido e promovido nesses espaços passa a ser uma decisão de saúde pública.

Estudo publicado com dados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), realizada em 2019, com mais de 81 mil adolescentes em 1.804 escolas brasileiras, demonstrou que a cobertura normativa sobre a venda de alimentos em escolas de capitais brasileiras funciona como fator de proteção contra o consumo de ultraprocessados, ao mesmo tempo em que a maior disponibilidade desses produtos nas cantinas está associada ao aumento do consumo[100]. Dados do Estudo de Riscos Cardiovasculares em Adolescentes (ERICA, 2013-2014), conduzido em 1.247 escolas, indicam que refrigerantes estão disponíveis em 75,2% das cantinas de escolas privadas e em 34,9% das públicas; guloseimas, em 79,7% e 35,7%, respectivamente[101]. Simulações com dados brasileiros estimam que a restrição total de ultraprocessados no ambiente escolar poderia reduzir a prevalência de obesidade juvenil em até 13%[102].

Internacionalmente, a adoção de políticas de rotulagem frontal e restrição publicitária no Chile[103] foi associada a reduções no consumo de produtos com excesso de açúcar, sódio e gordura saturada[104]. No Reino Unido, a melhoria dos cardápios escolares[105] foi associada à melhora em indicadores de desenvolvimento cognitivo e a queda de 14% nas ausências por motivo de saúde. A experiência influenciou diretamente a reforma nacional dos padrões nutricionais escolares que resultou na melhora da qualidade nutricional das refeições servidas nas escolas inglesas[106].

96 NCD RISK FACTOR COLLABORATION (NCD-RisC), 2024.
97 WORLD OBESITY FEDERATION, 2024.
98 LANE et al., 2024.
99 Ver mais em Mapeamento dos Desertos e Pântanos Alimentares.
100 Scaciota et al., 2026.
101 ERICA — Estudo de Riscos Cardiovasculares em Adolescentes, 2013-2014.
102 Nilson, 2025.
103 Refere-se à Lei nº 20.606/2012 do Chile, que tem como objetivo regulamentar a composição nutricional dos alimentos e sua publicidade. A legislação estabelece a obrigatoriedade dos selos de advertência (“Alto em”), proíbe o marketing de produtos pouco saudáveis voltado a menores de 14 anos e veta a venda e distribuição desses alimentos em ambientes escolares.
104 Taillie et al., 2020.
105 Trata-se da intervenção introduzida originalmente no distrito londrino de Greenwich entre 2004 e 2005, sob o âmbito da campanha “Feed Me Better” (liderada pelo chef Jamie Oliver), que baniu alimentos ultraprocessados e frituras dos menus escolares, substituindo-os por refeições preparadas com ingredientes frescos.
106 Belot e James, 2011.

No Brasil, o Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE), principal instrumento federal de regulação da alimentação escolar, restringe-se à refeição distribuída gratuitamente pelo programa. Cantinas escolares, serviços de alimentação terceirizados, entorno das escolas e publicidade de alimentos no espaço escolar estão fora de seu escopo. O Decreto nº 11.821/2023, de caráter orientador e não vinculante, gerou implementação heterogênea: estados e municípios com maior capacidade normativa produziram legislações próprias, enquanto a maior parte do país permanece sem regulação específica.

Essa assimetria criou uma desigualdade de proteção dentro do território nacional. Isso significa que o quanto uma criança está exposta a ultraprocessados na escola depende, hoje, de saber se o estado ou município onde ela estuda decidiu ou não regular esse ambiente. A experiência acumulada desde 2023 demonstra que a coordenação voluntária não é mecanismo suficiente para garantir cobertura nacional e proteção equitativa. O Brasil acumula, contudo, experiências subnacionais relevantes e que podem servir de base para um marco nacional, como detalhado a seguir.



Regulação do ambiente alimentar escolar: experiências brasileiras

As experiências subnacionais relevantes de regulação do ambiente alimentar escolar possuem resultados que demonstram a viabilidade e os efeitos protetores dessas políticas e que podem servir de base para um marco nacional, como detalhado a seguir.

Em Niterói (RJ), a Lei Municipal nº 3.766/2023 proíbe a comercialização, distribuição e publicidade de ultraprocessados em todas as escolas, públicas e privadas, e foi regulamentada pelo Decreto nº 15.457 em 2024[107]. A pesquisa "Impacto da Regulamentação do Ambiente Alimentar Escolar" (Ensp/Fiocruz, UFRJ, UFRGS, UFPE, UFMG e UERJ) constatou que o Índice de Saudabilidade das cantinas de escolas privadas subiu de 44 para 46 pontos (escala de 0 a 100) após a promulgação da lei — resultado modesto, mas indicativo de reversão da deterioração do ambiente alimentar[108].

No município do Rio de Janeiro, a Lei nº 7.987/2023, sancionada em 11 de julho de 2023, estende a proibição às escolas de ensino infantil e fundamental, com multa diária de R$ 1.500 às instituições privadas inadimplentes[109]. A mesma pesquisa registrou que os ultraprocessados estavam 126% mais disponíveis nas cantinas cariocas do que alimentos in natura antes da lei, com Índice de Saudabilidade de apenas 26 pontos; após a sanção, o índice subiu para 57 pontos, o maior avanço entre as cidades avaliadas. O Instituto Desiderata produziu um Guia Prático para Cantinas (2023) para apoiar a transição para cardápios saudáveis[110].

No plano estadual, o Ceará tornou-se referência com a Lei Estadual nº 19.455/2025 (setembro de 2025), que prevê redução gradual de ultraprocessados nas escolas públicas e privadas, com meta de eliminação total em 2027[111]. Porto Alegre, com regulamentação referenciada no Guia Alimentar para a População Brasileira, atingiu o maior Índice de Saudabilidade entre as cidades avaliadas (62 pontos em 2022), embora tenha registrado queda posterior — evidência de que marcos legais sem fiscalização contínua não garantem a manutenção dos resultados 95.

No plano federal, o Decreto nº 11.821/2023 orientou estados e municípios a restringirem ultraprocessados nas escolas, servindo de referência para legislações locais[112]. Em fevereiro de 2025, o limite de ultraprocessados no PNAE foi reduzido de 20% para 15%, com meta de 10% em 2026, beneficiando 40 milhões de alunos em 150 mil escolas[113]. O PL nº 4.501/2020, que proíbe a comercialização de ultraprocessados em cantinas de educação infantil e ensino fundamental, foi aprovado pela Comissão de Educação e Cultura (CE) do Senado em 30 de junho de 2026 e aguarda análise da Comissão de Assuntos Sociais.

Paralelamente às experiências de regulação escolar, o país também avança em iniciativas de escala territorial mais ampla. A Política Nacional de Abastecimento Alimentar (PNAAB) e a Estratégia Alimenta Cidades buscam reverter o crescimento de desertos e pântanos alimentares por meio do fortalecimento da agricultura local, do varejo de pequeno porte e da promoção de feiras de alimentos frescos — medidas que atuam sobre o entorno urbano em que a escola está inserida, e não apenas sobre o espaço escolar.

107 NITERÓI. Lei nº 3.766, 6 jan. 2023; Decreto nº 15.457, 2024.
108 BOTELHO et al., 2025.
109 RIO DE JANEIRO (Município). Lei nº 7.987, 11 jul. 2023.
110 Instituto Desiderata, 2023.
111 CEARÁ. Lei Estadual nº 19.455, 18 set. 2025.
112 BRASIL. Decreto nº 11.821, 12 dez. 2023.
113 BRASIL. Resolução FNDE nº 03, 2025. [Reduz limite de ultraprocessados no PNAE para 15%.].

PROPOSTA 8

Instituir marco nacional de regulação do ambiente alimentar escolar

A proposta parte do reconhecimento de que marcos regulatórios vinculantes produzem resultados mais consistentes do que regulações fragmentadas por ente federativo, porque eliminam lacunas de proteção e reduzem desigualdades territoriais na implementação.

PARA O GOVERNO FEDERAL

- Avançar de uma norma orientadora para um instrumento legislativo com força normativa para uniformizar a regulação do ambiente alimentar escolar entre os entes federativos.
- Restringir a comercialização e a disponibilidade de alimentos ultraprocessados em cantinas e serviços de alimentação do ambiente escolar, com critérios baseados na classificação NOVA ou em perfis nutricionais tecnicamente validados.
- Regular a publicidade e a promoção de alimentos com alto teor de açúcar, sódio e gorduras no interior e no entorno das escolas, com vedação a estratégias de marketing direcionadas ao público infantil e adolescente.
- Ampliar os incentivos à oferta de alimentos *in natura* e minimamente processados no ambiente escolar, em articulação com as diretrizes nutricionais do PNAE e com os programas de apoio à agricultura familiar.



- Reduzir progressivamente o limite de alimentos processados e ultraprocessados no PNAE, com metas escalonadas e abrangência sobre os 40 milhões de alunos da rede pública.
- Criar mecanismos de fiscalização e monitoramento articulados entre vigilância sanitária, secretarias de saúde e de educação, com periodicidade definida e publicização dos resultados.
- Articular a regulação do ambiente alimentar escolar com o Mapeamento dos Desertos e Pântanos Alimentares e a plataforma Alimenta Cidades, priorizando a instalação de cantinas e comércios saudáveis no entorno de escolas localizadas em territórios classificados como desertos ou pântanos alimentares.
- Estabelecer parâmetros de zoneamento alimentar no entorno escolar, tomando como referência os critérios do Mapeamento dos Desertos e Pântanos Alimentares[114], de forma a impedir ou coibir a instalação de novos pontos de venda de ultraprocessados nas proximidades de escolas situadas em áreas já classificadas como pântano alimentar.

PARA OS ESTADOS

- Estruturar capacidade normativa e de fiscalização própria para regulação do ambiente alimentar escolar, tomando como referência as experiências municipais e estaduais já consolidadas.
- Apoiar tecnicamente os municípios no processo de transição das cantinas para cardápios com maior oferta de alimentos saudáveis e na articulação com o setor de agricultura familiar local, integrando essas ações às políticas municipais de uso do solo e licenciamento comercial, de modo a ampliar a presença de feiras livres, hortifrutis e pequenos varejos saudáveis nas áreas identificadas como desertos e pântanos alimentares.

114 Disponibilidade de estabelecimentos saudáveis e não saudáveis em até 15 minutos de caminhada.

Crescer online: os riscos do ambiente digital para a saúde mental de crianças e adolescentes sem resposta estruturada do Estado

Algoritmos moldam o que crianças e adolescentes veem, sentem e consomem – e o Estado ainda não conseguiu traduzir suas próprias leis em proteção efetiva

25 milhões de crianças e adolescentes de 9 a 17 anos usam internet no Brasil, o que representa 93% dessa faixa etária[115]. Para essa geração, exposição excessiva a telas, impactos das redes sociais sobre autoimagem, socialização e bem-estar emocional, consumo problemático de tecnologias, apostas online e autodiagnósticos não são fenômenos esporádicos e, hoje, fazem parte da experiência cotidiana de crescer. Esses fatores configuram novos determinantes do sofrimento psíquico que atravessam dimensões individuais, familiares, escolares e comunitárias, e que demandam respostas estruturadas no âmbito do SUS.

Ainda considerando o público de 9 a 17 anos usuários de internet, entre 2015 e 2024, a proporção de uso de redes sociais cresceu de 62% para 76%, chegando a 90% para adolescentes de 15 a 17 anos. Ou seja: a quase totalidade dos adolescentes brasileiros vive parte significativa de sua vida social, emocional e formativa em ambientes digitais que operam fora do alcance das políticas públicas de saúde. Esse movimento também já atinge as faixas mais novas: entre crianças de 9 a 10 anos, o uso de redes sociais cresceu de 30% para 47% entre 2015 e 2024.

Os dados também revelam crescente exposição a conteúdos potencialmente nocivos e a novas dinâmicas digitais pouco reguladas. Em 2025 a TIC Kids Online Brasil passou a monitorar temas relacionados à saúde, apoio emocional online, contato com conteúdos sensíveis e uso de inteligência

115 TIC Kids Online Brasil, 2024 .

artificial generativa[116] por crianças e adolescentes. A pesquisa identificou que 65% dos jovens de 9 a 17 anos já utilizavam IA generativa para estudar, produzir conteúdo e lidar com emoções, evidenciando a rápida incorporação dessas ferramentas ao cotidiano juvenil.

Além disso, indicadores do Cetic.br apontam exposição frequente a publicidade, conteúdos sexualizados, contato com desconhecidos e dificuldades de identificação de conteúdos patrocinados, especialmente em ambientes mediados por algoritmos de recomendação. Esse contexto reforça a necessidade de políticas públicas e diretrizes regulatórias que enfrentem não apenas conteúdos isolados, mas os próprios mecanismos de design digital, engajamento e recomendação que estruturam a experiência online de crianças e adolescentes.

O marco regulatório central da proteção infantojuvenil no ambiente digital é a Lei do ECA Digital, cujas regras começaram a valer em março de 2026. A lei reconhece explicitamente a proteção da saúde mental de crianças e adolescentes como dever das plataformas digitais, determinando que produtos e serviços online adotem medidas de prevenção e mitigação de riscos desde a concepção de seus sistemas. O texto trata conteúdos relacionados a saúde mental, automutilação, suicídio, violência e jogos de azar como riscos prioritários, exigindo mecanismos de moderação, restrição de acesso, verificação etária e redução da exposição de menores a esse tipo de material.

Esse marco dialoga com um conjunto de instrumentos complementares já existentes: o Marco Civil da Internet[117], que define princípios e garantias para o uso da internet no Brasil; a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD), que estabelece salvaguardas específicas para o tratamento de dados de crianças e adolescentes; a Resolução nº 245/2024[118] do CONANDA, que estabelece diretrizes para a proteção de direitos no ambiente digital; e, no âmbito da saúde, a *Linha de Cuidado*[119] e o *Guia de Cuidado para Pessoas com Problemas Relacionados a Jogos de Apostas*[120], publicados pelo Ministério da Saúde, além do Guia sobre Uso de Dispositivos Digitais por Crianças e Adolescentes[121], documento intersetorial que aborda os impactos do uso de telas, das redes sociais e do ambiente digital sobre a saúde mental, especialmente de crianças e adolescentes.

Com a regulamentação promovida pelo Decreto nº 12.880/2026, avançou-se na tradução normativa do ECA Digital. Ainda assim, persistem desafios importantes, no Poder Executivo, para consolidar uma política estruturada de proteção digital e saúde mental de crianças e adolescentes, incluindo a ausência de diretrizes intersetoriais vinculantes, a baixa integração entre políticas digitais e a RAPS, a escassez de orientações para escolas e a limitada participação de jovens na formulação das políticas. Apesar de avanços recentes, as iniciativas ainda são fragmentadas e insuficientemente adaptadas às dinâmicas das plataformas digitais e aos seus impactos sobre a saúde mental.

116 Inteligência artificial generativa é um tipo de tecnologia capaz de criar conteúdos novos, como textos, imagens e vídeos, a partir de perguntas ou comandos feitos pelos usuários. Exemplos conhecidos são o ChatGPT, o Gemini e o Claude. Essas ferramentas são amplamente usadas para tirar dúvidas, fazer tarefas escolares e até conversar sobre assuntos pessoais, o que torna importante refletir sobre como crianças e adolescentes as utilizam e quais cuidados são necessários nesse uso.
117 Brasil, 2014.
118 CONANDA, 2024.
119 Brasil, 2025c.
120 Brasil, 2026b.
121 Brasil, 2025d.

Além disso, a implementação do ECA Digital enfrenta desafios relevantes:

1. **Tradução técnica e regulamentação do Decreto nº 12.880/2026:** embora o Decreto já tenha regulamentado a lei e instituído a política nacional correspondente, permanecem lacunas quanto à suficiência das obrigações previstas, à necessidade de normas infralegais complementares, aos mecanismos de auditoria de risco dos sistemas de recomendação, às informações que as plataformas deverão disponibilizar publicamente, e aos procedimentos de fiscalização e sanção.

2. **Pouca transparência e sem a perspectiva da experiência do usuário:** grande parte das decisões que estruturam a experiência online de adolescentes ocorre em mecanismos pouco transparentes, como fluxos de recomendação, atuação algorítmica, arquitetura de escolha e padrões de engajamento, dificultando tanto a fiscalização estatal quanto a operacionalização das obrigações previstas em lei.

3. **Submissão de plataformas estrangeiras à legislação brasileira:** a maior parte das plataformas que mais afetam crianças e adolescentes brasileiros tem sede fora do país, o que cria tensão entre a aplicação da legislação brasileira e os interesses econômicos e a governança transnacional dessas empresas.

4. **Baixa capacidade institucional:** órgãos responsáveis pela implementação e monitoramento, como a ANPD e o CGI.br, precisam desenvolver expertise técnica, mecanismos de fiscalização e instrumentos regulatórios capazes de acompanhar a velocidade e a complexidade dos sistemas digitais contemporâneos.

5. **Intersetorialidade e interface com o SUS:** trata-se de um campo transversal, que envolve políticas de direitos humanos, saúde, educação, comunicação, justiça, proteção de dados e regulação econômica, exigindo coordenação institucional e definição clara de competências para assegurar a proteção integral de crianças e adolescentes diante de riscos que incidem diretamente sobre seu desenvolvimento, bem-estar emocional e saúde mental.

Apesar dos avanços trazidos pela lei do ECA Digital, o Poder Público ainda enfrenta desafios importantes relacionados à rápida transformação tecnológica, à complexidade técnica dos sistemas digitais e à forte influência política e econômica das grandes plataformas globais. Muitos dos debates regulatórios, incluindo a implementação do próprio ECA Digital, permanecem centrados na remoção de conteúdos específicos ou na responsabilização posterior ao dano, enquanto temas como arquitetura de escolha, padrões de engajamento, loops algorítmicos e design de experiência do usuário ainda possuem baixa densidade normativa.

Letramento em saúde mental em tempos de desinformação e infodemia

Nas últimas décadas, observa-se um aumento consistente de indicadores de sofrimento psíquico e de sintomas de transtornos mentais, com impacto particularmente significativo entre adolescentes e jovens. Esse cenário vem acompanhado por uma maior procura por serviços de saúde mental e pelo crescimento das prescrições de determinados medicamentos psiquiátricos, indicando tanto a ampliação do reconhecimento do sofrimento psíquico quanto a pressão crescente sobre os sistemas de cuidado.

Paralelamente, a saúde mental passou a ocupar um lugar central no debate público. O tema está amplamente presente na mídia tradicional, nas redes sociais e nas agendas de governos e organizações da sociedade civil, que têm intensificado iniciativas de conscientização, prevenção e ampliação do acesso ao tratamento. Esse movimento representa um avanço importante, ao contribuir para a redução do estigma, a valorização do cuidado e o estímulo à busca por ajuda profissional. Contudo, especialistas alertam para efeitos colaterais desse processo, sobretudo se considerados também os fenômenos da infodemia e da desinformação.

A difusão massiva de conteúdos sobre saúde mental, especialmente em ambientes digitais, pode favorecer a patologização de experiências comuns de sofrimento e a utilização excessiva de categorias diagnósticas e de uma linguagem terapêutica descontextualizada. Uma revisão sistemática[122] recente analisou mais de 5 mil postagens sobre saúde mental em plataformas como TikTok, YouTube, Instagram, Facebook e X, concluindo que até 56% desses conteúdos eram imprecisos ou sem fundamento. O TikTok se destacou como principal foco de desinformação, com 52% dos vídeos sobre TDAH e 41% dos vídeos sobre transtorno do espectro autista (TEA) contendo erros. A circulação de conteúdos sobre o tema, sobretudo em ambientes digitais, pode favorecer a interpretação de experiências comuns ou transitórias como transtornos mentais, especialmente entre adolescentes e jovens. Esse cenário reforça a necessidade de iniciativas que promovam o letramento em saúde mental, fortalecendo a capacidade crítica para diferenciar sofrimento, emoções e transtornos mentais, e orientando o acesso qualificado ao cuidado adequado sempre que houver necessidade.



122 CARTER et al., 2026.

PROPOSTA 9

Regular plataformas digitais para proteger a saúde e o bem-estar de crianças e adolescentes

PARA O GOVERNO FEDERAL

- Estabelecer um marco regulatório para plataformas digitais e sistemas de inteligência artificial com foco na proteção da saúde e do bem-estar, regulamentando de forma concreta as obrigações previstas no ECA Digital.
- Avançar para além da remoção de conteúdos específicos, passando a enfrentar os impactos do design de experiência do usuário, dos sistemas de recomendação e da arquitetura das plataformas sobre a saúde mental e o bem-estar infantojuvenil.
- Definir deveres das plataformas relacionados à prevenção de danos, transparência algorítmica e mitigação de riscos.
- Regular publicidade digital voltada a públicos vulneráveis, práticas de design persuasivo e modelos de recomendação de conteúdo.
- Fortalecer a capacidade técnica e regulatória da ANPD para monitorar, fiscalizar e sancionar plataformas digitais; e ampliar o papel do CGI.br na governança multissetorial, no desenvolvimento de padrões técnicos e no assessoramento sobre impactos do ambiente digital, ampliando também a participação de adolescentes na formulação das políticas públicas.
- Avançar na construção de diretrizes nacionais intersetoriais para proteção digital e saúde mental de crianças e adolescentes, a serem implementadas por estados e municípios na integração entre políticas digitais, escolas, Atenção Primária à Saúde e RAPS, e em articulação com as linhas de cuidado sobre impactos das redes sociais já previstas na Proposta 5.

PARA OS ESTADOS

- Implementar, no âmbito da APS, da RAPS e do Programa Saúde na Escola, as diretrizes nacionais intersetoriais de proteção digital e saúde mental infantojuvenil, integrando-as aos fluxos já previstos para identificação precoce do sofrimento psíquico e prevenção de violência digital (Proposta 5).
- Capacitar equipes de saúde da família e de saúde mental para identificar sinais de uso problemático de tecnologias, exposição a conteúdos nocivos e dependência de jogos de apostas entre crianças e adolescentes, incorporando esses temas à educação permanente das equipes.
- Articular com as secretarias estaduais e municipais de educação a aplicação, no ambiente escolar, dos guias e diretrizes federais sobre uso de dispositivos digitais por crianças e adolescentes, conectando-os às ações de saúde mental do PSE.



Um mercado desenhado para viciar: a expansão das apostas online sem regulação orientada pela saúde pública

O Brasil legalizou as apostas online, mas não criou regras suficientes para proteger quem aposta – e os danos já são visíveis na saúde, nas finanças e nas famílias brasileiras

O problema das apostas online no Brasil não se restringe à decisão individual de apostar, trata-se de uma questão de saúde coletiva. A rápida expansão das apostas online e jogos digitais de alto risco no Brasil produziu um ambiente de exposição massiva e contínua a mecanismos associados ao desenvolvimento de comportamento compulsivo, endividamento, sofrimento psíquico e prejuízos sociais. O crescimento desse mercado ocorreu de forma mais acelerada do que a capacidade regulatória do Estado de compreender e responder aos seus impactos sanitários, econômicos e sociais.

A estrutura atual do mercado combina publicidade permanente, forte presença em eventos esportivos e culturais, incentivo algorítmico ao engajamento contínuo e produtos desenhados para maximizar tempo de permanência e recorrência de uso. Em muitos casos, os mecanismos centrais das plataformas operam por estímulos intermitentes de recompensa, ciclos rápidos de perda e tentativa de recuperação, bônus de entrada, notificações constantes e personalização comportamental baseada em dados dos usuários. Na prática, isso significa que o usuário nunca sabe exatamente quando vai ganhar, apenas que pode ganhar na próxima tentativa, o que funciona como um mecanismo de reforço que a psicologia comportamental identifica como um dos mais eficazes para gerar comportamento compulsivo.

Esse modelo aproxima parte relevante dos jogos online contemporâneos da lógica de produtos reconhecidamente nocivos à saúde pública, como tabaco e álcool, cuja regulação passou historicamente a considerar não apenas a liberdade de consumo, mas também os efeitos coletivos da exposição comercial intensiva.

Os impactos já são observáveis em diferentes dimensões. O III Levantamento Nacional de Álcool e outras Drogas[123] estima que aproximadamente 10,9 milhões de brasileiros apresentam algum nível de envolvimento com jogos de aposta com potencial de causar danos, enquanto cerca de 1,4 milhão já preencheriam critérios diagnósticos para Transtorno do Jogo. Entre adolescentes, o risco é ainda mais elevado: jovens apresentam cerca de três vezes mais chances do que adultos de desenvolver problemas relacionados às apostas.

O problema atinge também crianças e adolescentes, com consequências que vão além da saúde mental. Mais da metade (53%)[124] das crianças e adolescentes brasileiros já foram expostas à publicidade de apostas online, especialmente em redes sociais e transmissões esportivas e um em cada três jovens[125] afirmou ter precisado interromper apostas para conseguir ingressar no ensino superior.

Os impactos econômicos e sociais também são relevantes. O Ministério da Fazenda[126] apontou que em 2025, ao menos 25 milhões de brasileiros apostaram. Desses, cerca de 30%[127] dos apostadores já utilizaram recursos destinados a despesas básicas, como alimentação e contas domésticas, para realizar apostas.

Em relação aos custos para a sociedade, o dossiê[128] "A Saúde dos brasileiros em jogo" estima que os danos associados às apostas geram um custo social anual total de R$ 38,8 bilhões, dos quais R$ 30,6 bilhões estão relacionados à perda de qualidade de vida, tratamentos médicos, depressão e suicídio associados às apostas.

Parte importante desse cenário decorre da elevada exposição publicitária. A literatura científica já demonstrou, em outros produtos de risco, que publicidade e marketing influenciam diretamente o comportamento de consumo. Um estudo[129] envolvendo cerca de 140 mil participantes, concluiu que pessoas expostas a conteúdos relacionados ao tabaco em ambientes digitais apresentavam aproximadamente o dobro de probabilidade de consumir ou desejar consumir produtos derivados do tabaco. No Brasil, um estudo[130] demonstrou que, após o fortalecimento das políticas de controle do tabaco, incluindo restrições de marketing e propaganda, houve redução de 46% na prevalência de fumantes em vinte anos, sendo aproximadamente 14% dessa redução atribuída diretamente às medidas de restrição publicitária.

Embora o Brasil tenha avançado na regulamentação econômica e tributária do setor, com foco na autorização de operadores, arrecadação e integridade financeira, o modelo regulatório vigente não estruturou, na mesma intensidade, mecanismos de proteção à saúde pública, redução de danos e limitação da exposição publicitária. O problema central, portanto, não é apenas a existência das apostas online, mas a ausência de um modelo regulatório que trate seus riscos sanitários e sociais com o mesmo grau de atenção dedicado à sua regulação econômica.

123 Unifesp/Lenad III, 2026.
124 CETIC.BR, 2025.
125 ABMES, 2025.
126 Brasil, 2026c.
127 Instituto Locomotiva, 2024.
128 IEPS, 2025.
129 Donaldson et al., 2022.
130 Levy, Almeida e Szklo, 2012.

PROPOSTA 10

Regular jogos e apostas online para proteger a saúde pública: restringir sua publicidade e proibir os de maior risco

Institucionalizar uma política nacional de redução de danos associados aos jogos online e apostas digitais, estruturada a partir dos princípios de proteção da saúde pública, prevenção da exposição precoce, transparência regulatória e responsabilização ativa das plataformas, reconhecendo que apostas e jogos online de alto risco produzem consequências coletivas que ultrapassam a esfera do consumo individual.

PARA O GOVERNO FEDERAL

- Coordenar a política nacional entre Ministério da Saúde, Ministério da Fazenda, Ministério da Justiça, Ministério do Esporte, Ministério da Educação e autoridades responsáveis pela regulação digital e publicitária.
- Superar o modelo centrado exclusivamente na autorização econômica das plataformas, avançando para um sistema de proporcionalidade regulatória baseada em risco, nos termos propostos pelo PL Brasil Contra Bets (PL 2478/26 na Câmara dos Deputados e PL 2470/26 no Senado Federal) e no qual produtos com maior potencial de indução compulsiva são sujeitos a proibição ou restrições mais intensas de funcionamento, publicidade e disponibilidade do que produtos de menor risco.
- Instituir mecanismos vinculantes de restrição de publicidade, propaganda e patrocínio de apostas online, superando modelos de autorregulação voluntária, cuja efetividade é comprovadamente baixa e heterogênea, analogamente ao que ocorreu com tabaco.
- Consolidar, em publicação periódica e de responsabilidade interinstitucional, indicadores nacionais sobre prevalência, exposição e danos associados às apostas, hoje produzidos de forma fragmentada por diferentes fontes.
- Estabelecer proteções específicas para públicos vulneráveis, em especial crianças e adolescentes, com vedação à publicidade direcionada a esse grupo em qualquer local.
- Responsabilizar ativamente os operadores de plataformas pelos danos sanitários e sociais decorrentes de seus modelos de negócio.
- Integrar mecanismos de vigilância epidemiológica, prevenção e cuidado na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

PARA OS ESTADOS

- Incorporar o cuidado ao jogo problemático às RAPS em nível estadual, integrando os protocolos da Linha de Cuidado e do Guia de Cuidado para Pessoas com Problemas Relacionados a Jogos de Apostas aos fluxos já existentes de acolhimento e tratamento de dependências na RAPS.
- Capacitar equipes de APS e CAPS para identificação precoce de comportamento compulsivo relacionado a apostas, incorporando o tema à educação permanente das equipes.
- Atuar, por meio dos órgãos estaduais de defesa do consumidor e vigilância sanitária, na fiscalização do cumprimento de restrições publicitárias e de proteção a públicos vulneráveis em eventos esportivos e culturais sob regulação estadual ou municipal (estádios, arenas, equipamentos públicos de lazer), complementando a fiscalização federal sobre plataformas digitais.



Apoie o movimento
Brasil Contra Bets
brasilcontrabets.com

Saiba mais:
Dossiê **"A Saúde dos Brasileiros em Jogo"**
ieps.org.br/saude-brasileiros-em-jogo-bets-apostas-impactos-saude

Quadro Síntese de Propostas

Cada proposta da Agenda Mais SUS está atrelada, direta ou indiretamente, a resultados esperados que fortalecem o sistema de saúde e ampliam o acesso à saúde de qualidade para a população

RESULTADOS ESPERADOS E IMPACTO NA VIDA DAS PESSOAS	EIXO I — *MAIS ACESSO E MAIS CUIDADO COORDENADO NO SUS*					EIXO II — *DESAFIOS EMERGENTES QUE IMPACTAM O SISTEMA DE SAÚDE*				
	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10
Garantir que todas as pessoas tenham acesso mais rápido e próximo ao cuidado de que precisam Reduzir desigualdades entre regiões e deslocamentos desnecessários, sobretudo em áreas remotas	★	★	★	●	●		●			
Assegurar a continuidade do cuidado independentemente do município onde a pessoa vive Fortalecer o papel indutor dos estados, integrar redes municipais e organizar fluxos regionais pactuados	★	★	●	★	★					
Garantir que todas as pessoas encontrem profissionais qualificados e equipes estáveis para cuidar de sua saúde Reduzir vazios de profissionais, sobretudo em territórios vulneráveis, e qualificar o cuidado com foco territorial e multiprofissional	★	●	★	●	★					
Garantir que as informações acompanhem o paciente em toda a rede, permitindo um cuidado mais integrado, ágil e seguro Integrar informação clínica, regulatória e de vigilância para assegurar maior eficiência, transparência e capacidade analítica do sistema, sem exames, encaminhamentos ou deslocamentos desnecessários	★	●	●	★	●		★			
Ampliar o acesso ao cuidado em saúde mental em todos os territórios, especialmente para crianças e adolescentes Expandir, atualizar e fortalecer a RAPS, integrando-a com a APS e demais serviços do SUS	●	●	●	●	★				●	●

RESULTADOS ESPERADOS E IMPACTO NA VIDA DAS PESSOAS	EIXO I — *MAIS ACESSO E MAIS CUIDADO COORDENADO NO SUS*					EIXO II — *DESAFIOS EMERGENTES QUE IMPACTAM O SISTEMA DE SAÚDE*				
	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10
Preparar o SUS para responder a emergências, protegendo vidas e reduzindo os impactos sanitários e econômicos Aumentar a capacidade de preparação e resposta a crises garantindo rapidez, equidade, previsibilidade institucional e segurança jurídica	●					★	★			
Proteger as pessoas e os serviços de saúde, sobretudo em áreas de maior vulnerabilidade, dos impactos das mudanças climáticas Incorporar o risco climático ao planejamento em saúde e tornar o SUS mais resiliente a desastres e ao colapso climático-sanitário				●		★	★			
Garantir que as escolas sejam ambientes mais saudáveis e protejam crianças e adolescentes de doenças crônicas Diminuir o consumo de ultraprocessados em escolas, reduzindo a exposição a riscos de obesidade e de outras doenças crônicas na infância e adolescência					★			★	★	
Tornar o ambiente digital mais seguro, especialmente para crianças e adolescentes Reduzir riscos à saúde mental e ao bem-estar de jovens, responsabilizando plataformas pelos efeitos de seus sistemas e fortalecendo a proteção de seus dados e direitos					●				★	★
Proteger a população dos danos associados a apostas online, prevenindo o adoecimento, o endividamento e seus impactos sobre as famílias Orientar a regulação para a saúde pública, além da lógica econômica									★	★

OBJETIVO CENTRAL DA PROPOSTA ★
EFEITO TRANSVERSAL ●

Referências

Aleixo, R. et al. (2022) Predicting dengue outbreaks with explainable machine learning. Proceedings of the CCGrid 2022. IEEE, 2022. Disponível em: https://www.ime.usp.br/~kon/papers/Ai4Health_2022___Dengue.pdf

Ambrozim, H. et al. (2025). Respostas de saúde pública às pandemias no Brasil: análise comparativa entre a gripe espanhola, H1N1 e COVID-19. Aracê, 7(6), 33513–33522. https://doi.org/10.56238/arev7n6-257 Disponível em: https://periodicos.newsciencepubl.com /arace/article/view/6075

Andrade, B.B. (2025). The dark side of private medical education in Brazil. Med. Seção de Educação em Profissões da Saúde. Disponível em: https://www.frontiersin.org/journals/medicine/articles/10.3389/fmed.2025.1504794/full

Associação Brasileira de Mantenedoras de Ensino Superior (ABMES). (2025). Gastos com bets atrasam o ingresso dos brasileiros na graduação. Brasília: ABMES. Disponível em: https://abmes.org.br/noticias/detalhe/5147/gastos-com-bets-atrasam-o-ingresso-dos-brasileiros-na-graduacao

Bahia, L., Mattos, L., Andrietta, L. (2025). Programa Agora Tem Especialistas: desafios para o direito universal à saúde no Brasil. Rio de Janeiro: GPDES/IESC/UFRJ. Disponível em: www.gpdes.com.br

Belot, M.; James, J. (2011). Healthy school meals and educational outcomes. Journal of Health Economics, 30(3), 489–504. DOI: 10.1016/j.jhealeco.2011.02.003

Borges, B.; Capobianco, M. C.; Santos, M.; Peçanha, V.; Falcão, L. (2025). Exposição da rede de saúde brasileira a desastres naturais. Nota Técnica n. 41. Rio de Janeiro: IEPS.

Botega, L; Andrade, M; Guedes, G. (2020) Brazilian hospitals' performance: an assessment of the unified health system (SUS). Health Care Management Science, [s.l.], v. 23, n. 3, p. 443-452, set. DOI: https://doi.org/10.1007/s10729-020-09505-5.

BRASIL. (2014). Lei nº 12.965, de 23 de abril de 2014: estabelece princípios, garantias, direitos e deveres para o uso da Internet no Brasil. Diário Oficial da União, seção 1, 24 abr. 2014. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2014/lei/l12965.htm

BRASIL. Ministério da Saúde. (2007). Portaria GM/MS nº 35, de 4 de janeiro de 2007: aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica. Diário Oficial da União, seção 1, n. 4, p. 49, 5 jan. 2007. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt0035_04_01_2007.html

BRASIL. Ministério da Saúde (2013) Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Mental/Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Brasília. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. (2025a). Relatório do System of Health Accounts Brasil (SHA-BR) 2022. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_sha_2022.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. (2024a). Censo Nacional das Unidades Básicas de Saúde 2024: sumário executivo (versão preliminar). Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/censo_ubs_sumario_executivo.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. (2024b). e-Gestor Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: https://egestorab.saude.gov.br

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada em Saúde. Departamento de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. (2024c). Saúde mental em dados – 13ª edição. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-mental/saude-mental-em-dados

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Estratégias e Políticas de Saúde Comunitária. (2025c). Linha de cuidado para atenção integral às pessoas com problemas relacionados às apostas de quota fixa e aos jogos de azar. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_problemas_jogos_apostas.pdf

BRASIL. Presidência da República. Secretaria de Comunicação Social. (2025d). Crianças, adolescentes e telas: guia sobre usos de dispositivos digitais. Brasília: SECOM. Disponível em: https://www.gov.br/secom/pt-br/assuntos/uso-de-telas-por-criancas-e-adolescentes/guia/guia-de-telas_sobre-usos-de-dispositivos-digitais_versaoweb.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. (2025b). Mais de 87% das unidades básicas de saúde utilizam prontuário eletrônico e quase a totalidade tem acesso à internet. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2025/junho/mais-de-87-das-unidades-basicas-de-saude-utilizam-prontuario-eletronico-e-quase-a-totalidade-tem-acesso-a-internet.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. (2026a). Programa Saúde na Escola (PSE): monitoramento das ações de saúde mental no ciclo 2025/2026. Brasília: Ministério da Saúde.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Departamento de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. (2026b). Guia de cuidado para pessoas com problemas relacionados a jogos de apostas: orientações práticas para o acolhimento, acompanhamento e cuidado de pessoas com problemas relacionados a jogos de apostas, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e das ações intersetoriais. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/guias-e-manuais/2026/guia-de-cuidado-para-pessoas-com-problemas-relacionados-a-jogos-de-apostas.pdf

BRASIL. Ministério da Fazenda. Secretaria de Prêmios e Apostas. (2026c). Panorama periódico do mercado regulado de apostas de quota fixa: dados de 1º de janeiro a 30 de dezembro de 2025. Brasília: Ministério da Fazenda. Disponível em: https://www.gov.br/fazenda/pt-br/composicao/orgaos/secretaria-de-premios-e-apostas/apresentacoes/apresentacao-spa-mf-relatorio-periodico-2026.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. (2026d). Briefing – saúde mental: competência 03/2026. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde. (2026e). Brasil destaca plano de ação para enfrentar mudanças climáticas durante assembleia da OMS em Genebra. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2026/maio/brasil-destaca-plano-de-acao-para-enfrentar-mudancas-climaticas-durante-assembleia-da-oms-em-genebra

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Departamento de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas (2026f). Guia de acolhimento à crise em saúde mental na Rede de Atenção Psicossocial (Raps). Brasília, DF: Ministério da Saúde. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_acolhimento_crise_saude_mental.pdf .

CARTER, Alice; GRACEY, Fergus; MOODY, Joanna; OVENS, A.; CHATBURN, Eleanor. Quality, reliability and misinformation in mental health and neurodivergence content on social media: a systematic review. Journal of Social Media Research, v. 3, 2026. DOI: 10.29329/jsomer.84. Disponível em: https://jsomer.org/index.php/pub/article/view/84. Acesso em: 15 jun. 2026.

Castro, M. et al. (2019) Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future. The Lancet, Londres, v. 394, n. 10195, p. 345-356, jul. DOI: https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31243-7

Celuppi, I. C., Mohr, E. T. B., Felisberto, M., Rodrigues, T. S., Hammes, J. F., Cunha, C. L., et al. (2024). Dez anos do Prontuário Eletrônico do Cidadão e-SUS APS: em busca de um Sistema Único de Saúde eletrônico. Revista de Saúde Pública, 58, 23. DOI: 10.11606/s1518-8787.2024058005770

Centro Regional de Estudos para o Desenvolvimento da Sociedade da Informação (Cetic.br). (2025). TIC Kids Online Brasil 2025. São Paulo: NIC.br. Disponível em: https://cetic.br/pt/noticia/tic-kids-online-brasil-65-das-criancas-e-dos-adolescentes-usam-ia-generativa-para-estudar-criar-conteudo-e-lidar-com-emocoes/

Codazzi, K. (2024). Profissionais de Saúde: a prática entre o setor público e privado no Brasil. In: Setor Privado e Relações Público-Privadas da Saúde no Brasil: Em Busca do Seguro Perdido – Estudos. Rio de Janeiro, IEPS. Disponível em: https://ieps.org.br/setor-privado-e-relacoes-publico-privadas-da-saude-no-brasil-em-busca-do-seguro-perdido-estudos/

Costa, L. D. A. N. D., G. S. Morlin, J. B. R. T. Fevereiro, e C. E. F. Young. 2026. Impactos econômicos de eventos extremos no Brasil e o custo das mudanças climáticas. Rio de Janeiro: Centro Internacional Celso Furtado de Políticas Para o Desenvolvimento. https://centrocelsofurtado.org.br/wp-content/uploads/2026/04/Relatorio_Produto7.pdf.

Comitê Gestor da Internet no Brasil (CGI.br). (2025). Pesquisa sobre o uso da Internet por crianças e adolescentes no Brasil: TIC Kids Online Brasil 2024. São Paulo: CGI.br/Cetic.br. Disponível em: https://cetic.br/pesquisa/kids-online/

Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA). (2024). Resolução nº 245, de 5 de abril de 2024: dispõe sobre os direitos de crianças e adolescentes no ambiente digital. Brasília: CONANDA. Disponível em: https://bibliotecadigital.mdh.gov.br/jspui/handle/192/12390

COSTA, F; NUNES, L; SANCHES, F. (2019) How to attract physicians to underserved areas? Policy recommendations from a structural model. São Paulo: IEPS, dez. (IEPS Working Paper, n. 1). Disponível em: https://ieps.org.br/wp-content/uploads/2018/08/IEPS_WP1.pdf.

Donaldson, S., et al. (2022). Association between exposure to tobacco content on social media and tobacco use: a systematic review and meta-analysis. JAMA Pediatrics, 176(9), 878–885.

Eleone, A., et al (2025). Política de regionalização da saúde: por um SUS único no estado de São Paulo. São Paulo: IEPS; SES-SP; COSEMS-SP; OPAS. Disponível em: https://ieps.org.br/politica-regionalizacao-saude-sp/

Falcão, L., Camargo, M., Silveira, M., Thomazinho, G., Cabrine, G., Rocha, R. (2025). Acesso à Saúde na Amazônia Legal: Distâncias e Desafios Estruturais. Nota Técnica n. 40. São Paulo: Instituto de Estudos para Políticas de Saúde. Disponível em: https://ieps.org.br/nota-tecnica-40/

FEBRABAN; CNF; IPESPE. (2024). Estudo Nacional sobre BETs: percepções e atitudes sobre apostas esportivas online. São Paulo: FEBRABAN. Disponível em: https://cmsarquivos.febraban.org.br/Arquivos/documentos/PDF/RELAT%C3%93RIO%20PESQUISA%20QUANTITATIVA%20BETs_OUT2024_vf1.pdf

Fleury, S. et al. (Org.) (2024). Novo Federalismo no Brasil: Tensões e Inovações em Tempos de Pandemia de COVID-19. Rio de Janeiro: CEE-Fiocruz/Conass. Disponível em: https://www.conass.org.br/biblioteca/novo-federalismo-no-brasil-tensoes-e-inovacoes-em-tempos-de-pandemia-de-covid-19/.

Frente Parlamentar Mista para Promoção da Saúde Mental (FPSM). (2026). Nota técnica: internação involuntária de crianças e adolescentes em Comunidades Terapêuticas. Brasília: FPSM. Disponível em: https://www.camara.leg.br

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). (2020). Pesquisa de orçamentos familiares 2017-2018: análise do consumo alimentar pessoal no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE. Disponível em: https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/28646

Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (IEPS). (2025). A saúde dos brasileiros em jogo: impactos das apostas online. Brasília: IEPS. Disponível em: https://ieps.org.br/saude-brasileiros-em-jogo-bets-apostas-impactos-saude/

Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (IEPS); Umane. (2024). Setor privado e relações público-privadas da saúde no Brasil: em busca do seguro perdido. Rio de Janeiro: IEPS. Disponível em: https://ieps.org.br/setor-privado-relacoes-publico-privadas-saude-brasil-sumario-executivo/

Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea). (2017). Perfil das comunidades terapêuticas brasileiras. Brasília: Ipea.

Instituto Desiderata. (2023). Guia prático para uma cantina saudável. Rio de Janeiro: Instituto Desiderata.

Instituto Desiderata. (2025). Panorama da Obesidade em Crianças e Adolescentes — Brasil (Vol. 3, n. 3). Rio de Janeiro: Instituto Desiderata. Disponível em: https://panorama.obesidadeinfantil.org.br/

Instituto Locomotiva. (2024). Bets – perfil dos apostadores. São Paulo: Instituto Locomotiva. Disponível em: https://static.poder360.com.br/2024/08/Locomotiva-Bets-perfil-dos-apostadores-ago-2024.pdf

Lacerda, R; Appenzeller, S. (2023) Internato rural nos cursos de Medicina no Brasil. Revista Brasileira de Educação Médica, v. 47, n. 1, e042. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1981-5271v47.1-20220155

Lane, M. M., et al. (2024). Ultra-processed food exposure and adverse health outcomes: umbrella review of epidemiological meta-analyses. BMJ, 384, e077310. DOI: 10.1136/bmj-2023-077310

Levy, D, Almeida, L, Szklo, A (2012). The Brazil SimSmoke Policy Simulation Model: The Effect of Strong Tobacco Control Policies on Smoking Prevalence and Smoking-Attributable Deaths in a Middle Income Nation. Published: November 6, 2012 https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001336. Disponível em: https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1001336

Lima, L. D. et al. (2019). Arranjos regionais de governança do Sistema Único de Saúde: diversidade de prestadores e desigualdade espacial na provisão de serviços. Cadernos de Saúde Pública, 35, e00094618. Disponível em: https://www.scielosp.org/article/csp/2019.v35suppl2/e00094618/.

Lorenz, C., et al. (2026). Brazil is already experiencing the brutal impacts of climate change. Revista de Saúde Pública, 60, e6. DOI: 10.11606/s1518-8787.2026060007009

Ministério Público Federal (MPF). Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão (PFDC); Ministério Público do Trabalho (MPT). (2025). Relatório de inspeção nacional em comunidades terapêuticas 2025. Brasília: MPF/MPT.

NCD RISK FACTOR COLLABORATION (NCD-RisC). (2024). Global, regional, and national prevalence of child and adolescent overweight and obesity, 1990–2022, with forecasts to 2050: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2022. The Lancet, v. 403, n. 10431, p. 1030–1048. Disponível em: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11920006/.

Nilson, E. (2025). Relatório sobre os impactos da regulação do ambiente escolar sobre marcadores de alimentação e nutrição de adolescentes no Brasil. Brasília: Idec. Disponível em: https://idec.org.br/sites/default/files/relatorio_sobre_os_impactos_da_regulacao_do_ambiente_escolar_sobre_marcadores_de_alimentacao_e_nutricao_de_adolescentes_no_brasil_2025_11.pdf

Nobre, V; Rosa, D. (2023). Monitoramento do Orçamento da Saúde: Saúde Mental. Boletim IEPS n. 7. Rio de Janeiro: Instituto de Estudos para Políticas de Saúde. Disponível em: https://ieps.org.br/boletim-monitoramento-07-2023/

Nobre, V.; Semente, M.; Rodrigues, M.; Pereira, J. (2024). Superando o Mínimo: o papel das capitais brasileiras no financiamento da saúde pública. Nota Técnica nº 36. Rio de Janeiro: Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (IEPS). Disponível em: https://ieps.org.br/nota-tecnica-36/.

Organização Mundial da Saúde (OMS). (2008). Integrating mental health into primary care: a global perspective. Genebra: World Health Organization; World Organization of Family Doctors (WONCA).

Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). (2023). Uma em cada sete crianças e adolescentes de 10 a 19 anos apresenta algum transtorno mental. Brasília: OPAS. Disponível em: https://www.paho.org/pt/brasil

Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE). (2024). Society at a glance 2024: OECD social indicators. Paris: OCDE. DOI: 10.1787/918d8db3-en.

Peçanha, V., Rocha, R., & Szerman, D. (2026). Ondas de calor no Rio de Janeiro e mortalidade: impactos desiguais e políticas de mitigação. Nota Técnica n. 43. Rio de Janeiro: Instituto de Estudos para Políticas de Saúde.

Pereira, J; Nobre, V. (2025). Tendências na provisão e distribuição na oferta de profissionais de saúde no Brasil. Boletim Radar Mais SUS, n. 5. Rio de Janeiro: Instituto de Estudos para Políticas de Saúde. Disponível em: https://ieps.org.br/boletim-radar-mais-sus-05-2025/

Pinto, H., Santana, J., Lima, A.., & Chioro, A. (2025). Superando la histórica fragmentación de datos en SUS: interoperabilidad en Recife y en la Ebserh. Saúde em Debate, 49, e10011. Disponível em: https://www.scielo.br/j/sdeb/a/6W8bBwjTQQhKzpvZnrPpdwm/?lang=pt

Rehem, R., et al. (2023). Os desafios da regionalização do SUS de acordo com a visão de atores estratégicos. Estudo Institucional n. 11. Rio de Janeiro: Instituto de Estudos para Políticas de Saúde. Disponível em: https://ieps.org.br/estudo-institucional-11/

Resende, A. M., C. R. Freitas, R. A. Carvalho, G. S. Morlin, J. B. R. T. Fevereiro, C. E. F. Young, e C. M. S. Carvalho. 2026. Orçamento climático nacional. Rio de Janeiro: Centro Internacional Celso Furtado de Políticas para o Desenvolvimento. https://centrocelsofurtado.org.br/wp-content/uploads/2026/04/Relatorio_CICEF_OrcamentoClimaticoNacional_1abr2026.pdf.

Rocha, R; Furtado, I; Spinola, P. (2021). Necessidades de financiamento, projeção de gastos e o futuro da saúde no Brasil. Economia da Saúde, 30, 1082–1094. DOI: 10.1002/hec.4241

Rocha, R; Rache, R; Nunes, L. (2022). A regionalização da saúde no Brasil. Estudo Institucional n. 7. São Paulo: Instituto de Estudos para Políticas de Saúde. Disponível em: https://ieps.org.br/estudo-institucional-07/

Santos, M. (2018). Comunidades terapêuticas, política de drogas e neoliberalismo: privatização do cuidado e desafios para a reforma psiquiátrica brasileira (Tese de Doutorado em Serviço Social). Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

Scaciota, L., et al. (2026). Regulamentação da venda de alimentos em escolas e consumo de ultraprocessados por adolescentes brasileiros. Cadernos de Saúde Pública.

Scheffer, M., et al. (2025). Demografia médica no Brasil 2025. São Paulo: FMUSP/AMB/Ministério da Saúde. Disponível em: https://drive.google.com/file/d/1WL1iLvHvykqea72H1JY3Xfc1vWmZxsDS/view

Semente, M., Pereira, J., & Nobre, V. (2025). Oferta e demanda no ensino superior em saúde no Brasil. Boletim Radar Mais SUS, n. 4. Rio de Janeiro: Instituto de Estudos para Políticas de Saúde. Disponível em: https://ieps.org.br/boletim-radar-mais-sus-04-2025/

Taillie, L., et al. (2020). An evaluation of Chile's Law of Food Labeling and Advertising on sugar-sweetened beverage purchases from 2015 to 2017. PLOS Medicine. DOI: 10.1371/journal.pmed.1003015

Tribunal de Contas da União (TCU). (2025). Acórdão nº 309/2025 – Plenário: acompanhamento das estruturas de governança e gestão de TIC no Ministério da Saúde – 4º ciclo. Relator: Min. Bruno Dantas. Brasília: TCU.

Universidade Federal de São Paulo (Unifesp). (2024). III Levantamento Nacional de Álcool e outras Drogas (LENAD). São Paulo: Unifesp.

Vendruscolo, C., Prado, M. L. do., Kleba, M. E. (2014) Formação de recursos humanos em saúde no Brasil: uma revisão integrativa. Educação em Revista | Belo Horizonte | v.30 | n.01 | p. 215-244 Disponível em: https://www.scielo.br/j/edur/a/k8YyDJMJggpSK33Fc4HmqPG/?lang=pt#)

World Health Organization (WHO). (2021). Comprehensive mental health action plan 2013–2030. Genebra: World Health Organization.

WORLD OBESITY FEDERATION. Atlas Mundial da Obesidade 2024. Tradução e adaptação: Painel Brasileiro da Obesidade (PBO)/Instituto Cordial. Fórum DCNTs, 2024. Disponível em: https://lp2.institutocordial.com.br/pbo-196-atlas-24.

agenda mais SUS

Evidências e Caminhos
para Fortalecer a Saúde
Pública no Brasil

IEPS
Instituto de Estudos
para Políticas de Saúde

UMANE