



AGENDA MAIS SUS

2027 – 2030: DE ONDE PARTIMOS

Balanço 2022–2026 e a Conjuntura para a Saúde

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 Viter - 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(as) 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: de onde partimos Balanço 2022-2026 e a conjuntura para a saúde. 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



Lista de Siglas

ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar	IPCA - Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo
Anvisa - Agência Nacional de Vigilância Sanitária	IRPF - Imposto de Renda da Pessoa Física
APS - Atenção Primária à Saúde	IRPJ - Imposto de Renda da Pessoa Jurídica
ASPS - Ações e Serviços Públicos de Saúde	LDO - Lei de Diretrizes Orçamentárias
CAPS - Centro de Atenção Psicossocial	MS - Ministério da Saúde
CAPSad - Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas	NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família
CAPSi - Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil	NAT-JUS - Núcleo de Apoio Técnico ao Judiciário
CEPEDISA - Centro de Estudos e Pesquisas de Direito Sanitário	OCDE - Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico
CIR - Comissão Intergestores Regional	OCI - Oferta de Cuidados Integrados
CN - Congresso Nacional	OMS - Organização Mundial da Saúde
CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde	OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde
CNJ - Conselho Nacional de Justiça	PAC - Programa de Aceleração do Crescimento
COAP - Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde	PIB - Produto Interno Bruto
COE - Centro de Operações de Emergência	PL - Projeto de Lei
CONASEMS - Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde	PNAES - Política Nacional de Atenção Especializada
CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde	PPA - Plano Plurianual
CONITEC - Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS	PPC - Paridade de Poder de Compra
CRAS - Centro de Referência de Assistência Social	RAPS - Rede de Atenção Psicossocial
DF - Distrito Federal	RCL - Receita Corrente Líquida
EC - Emenda Constitucional	SISAB - Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica
eMultiEquipe - Multiprofissional (na Atenção Primária)	SIOP - Sistema Integrado de Planejamento e Orçamento
EP - Emenda Parlamentar	STF - Supremo Tribunal Federal
ESF - Estratégia Saúde da Família	SUAS - Sistema Único de Assistência Social
Fiocruz - Fundação Oswaldo Cruz	SUS - Sistema Único de Saúde
GM/MS - Gabinete do Ministro / Ministério da Saúde	SVS - Secretaria de Vigilância em Saúde
GOARN - Global Outbreak Alert and Response Network (Rede Global de Alerta e Resposta a Surtos)	TAEP - Transparência Ativa das Emendas Parlamentares
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística	TCU - Tribunal de Contas da União
IED - Índice de Estratificação e Dimensionamento	UBS - Unidade Básica de Saúde
	USP - Universidade de São Paulo

Guia do Documento

Sumário Executivo 6

Principais dados e fatos estilizados do balanço e da conjuntura, organizados para leitura rápida.

Introdução 10

Apresenta a Agenda Mais SUS 2027–2030, a divisão em dois documentos e o que o leitor encontrará neste.

Princípios 11

Os cinco princípios que orientam todas as propostas da Agenda.

Balanço 2022–2026: avanços reais e promessas ainda incompletas 12

CAMINHO 1

Ampliar recursos e orientar o financiamento para induzir a universalização do SUS 13

CAMINHO 2

Expandir a Atenção Primária com qualidade, para garantir um SUS universal, eficiente e resolutivo 14

CAMINHO 3

Fortalecer os mecanismos de governança regional do SUS 15

CAMINHO 4

Garantir a disponibilidade e efetividade de Recursos Humanos no SUS 16

CAMINHO 5

Valorizar e promover Saúde Mental 17

CAMINHO 6

Fortalecer o SUS para o enfrentamento de emergências de saúde pública 18

Conjuntura: o que é preciso entender sobre o SUS hoje 20

Descreve as condicionantes estruturais, políticas e financeiras em que o SUS opera e que delimitam o espaço de possibilidades para as propostas de 2027–2030.

Os desafios da coordenação federativa e intersetorial 21

Além do Executivo: como Legislativo e Judiciário também atuam sobre o SUS 24

Os recursos do SUS são escassos e estão cada vez mais comprometidos 27

Referências 34

Sumário Executivo

O SUS é o maior sistema público de saúde universal do mundo, mas opera com recursos insuficientes, governança fragmentada e sob pressões que crescem mais rápido do que sua capacidade de resposta. Os desafios do sistema não decorrem apenas da gestão da saúde, mas também de fatores federativos, institucionais, fiscais, legislativos e judiciais que condicionam a implementação de políticas públicas. Este documento apresenta o balanço do que avançou e do que não avançou desde a primeira Agenda Mais SUS, em 2022, e descreve as condicionantes que delimitam o espaço de ação para as propostas de 2027–2030.



O que mudou desde 2022

- ▶ Houve retomada de políticas públicas e recomposição institucional do SUS após 2023, com recuperação de programas, ampliação de investimentos e reativação de agendas estratégicas que haviam sido enfraquecidas nos anos anteriores. As principais reformas estruturais propostas pela Agenda 2022–2026, porém, permanecem incompletas.
- ▶ O gasto público em saúde passou de 3,9% para 4,3% do PIB entre 2018 e 2023, longe da meta de 6% do PIB até 2030. Os subsídios fiscais ao setor privado cresceram cerca de 70% entre 2015 e 2025, frente a 17,2% de crescimento real do orçamento do Ministério da Saúde.
- ▶ O modelo de cofinanciamento da atenção primária foi reformado para considerar usuários efetivamente acompanhados, componente de qualidade segundo classificação das equipes e ponderar repasses pela vulnerabilidade territorial.
- ▶ A governança regional praticamente não avançou, embora as iniciativas do período tenham condicionado os repasses ao planejamento regional. O vazio institucional identificado em 2022 segue sem resposta.
- ▶ A cobertura da ESF cresceu de 67,4% para 72,8% entre 2022 e 2025, ainda distante da universalização. A composição das equipes melhorou pouco, e a dependência de programas federais de provimento médico se aprofundou: médicos do Mais Médicos respondem por 45,8% das equipes, contra 25,8% em 2022.
- ▶ A retomada do financiamento das equipes multiprofissionais em 2023 reverteu o desmonte do NASF. Em 2025, havia 9.097 equipes em 5.018 municípios, mais que a metade (55%) das 5.886 existentes em 2019.
- ▶ A taxa de médicos cresceu 21,4% entre 2022 e 2025, com avanço mais expressivo no Norte e Nordeste. As desigualdades territoriais persistem, e a formação em saúde segue predominantemente privada e desalinhada das necessidades regionais do SUS.
- ▶ A RAPS voltou a ser prioridade: 180 novos CAPS foram habilitados em dois anos, cumprindo a meta do Plano Nacional de Saúde para 2024. Ainda assim, 484 municípios elegíveis seguem sem cobertura, a oferta para crianças e adolescentes é muito inferior à destinada a adultos, e novos desafios ligados ao ambiente digital pressionam uma rede já insuficiente.
- ▶ A atenção primária continua pouco preparada para a demanda por saúde mental: apenas 27% das UBS têm equipes multiprofissionais, embora 1 em cada 4 pessoas que buscam atendimento apresente algum transtorno.
- ▶ No plano operacional, foram criadas capacidades antes inexistentes, incluindo a Força Nacional do SUS, ativada após as enchentes no Rio Grande do Sul em 2024. O Brasil chega a 2026 sem marco legal próprio para emergências sanitárias: a Lei 13.979/2020 expirou sem substituto e a valorização dos trabalhadores em crises segue sem solução normativa.

O contexto em que o SUS opera

Coordenação fragmentada no território

- ▶ A descentralização ampliou o acesso aos serviços de saúde, mas produziu capacidades muito desiguais entre municípios. Persistem dificuldades para organizar redes assistenciais regionalizadas, especialmente na média e alta complexidade.
- ▶ As regiões de saúde existem formalmente, porém carecem de mecanismos efetivos de governança, coordenação e autoridade regional. Os instrumentos de pactuação e planejamento regional têm baixa capacidade de orientar decisões e alocação de recursos. A pandemia demonstrou que os estados podem exercer papel coordenador relevante, mas essa capacidade ainda depende de condições políticas e institucionais específicas.

Recursos escassos e cada vez mais comprometidos

- ▶ O SUS gastou US\$ 779 por pessoa em saúde pública em 2022; a média da OCDE foi de US\$ 4.121, mais de cinco vezes superior. O subfinanciamento foi agravado por anos de restrição fiscal e pela redução da capacidade de investimento do Estado.
- ▶ O Brasil é o único país com sistema universal em que o gasto privado supera o gasto público em saúde. Os subsídios fiscais ao setor privado atingiram R\$ 97 bilhões em 2025, equivalentes a 40% do orçamento do Ministério da Saúde, contra 28% em 2015, e beneficiam principalmente grupos de maior renda.
- ▶ A parcela da população com 65 anos ou mais dobrou em 26 anos e deve alcançar 23% em 2050, pressionando um sistema já subfinanciado. O envelhecimento ocorre junto ao aumento das doenças crônicas, que exigem acompanhamento contínuo e tratamentos mais complexos.
- ▶ A necessidade de gastos em saúde deve crescer acima do ritmo permitido pelas regras fiscais. Entre 2015 e 2025, as despesas discricionárias da União recuaram 40%, de R\$ 386 bilhões para R\$ 229 bilhões, reduzindo o espaço para investimentos em infraestrutura, modernizar equipamentos e fortalecer capacidades institucionais.
- ▶ O volume de recursos destinados à saúde por emendas parlamentares mais que dobrou na última década, de R\$ 8,7 bilhões para R\$ 26,3 bilhões. O que reduz a capacidade de planejamento do Executivo e fragmenta a alocação de recursos, sem fortalecimento equivalente dos mecanismos de transparência e prestação de contas.

Legislativo e Judiciário como atores da política de saúde

- ▶ O número de novos processos judiciais em saúde cresceu 101% entre 2020 e 2025, mais que o dobro do crescimento total de processos no período. Decisões individuais frequentemente alteram prioridades técnicas, deslocam recursos de políticas universais e podem ampliar iniquidades já existentes.
- ▶ Em 2024, 14% dos projetos de lei deliberados nas comissões de saúde criavam campanhas de conscientização ou datas comemorativas; menos de 10% tratavam de aprimoramentos estruturantes do SUS. Há excesso de iniciativas sobre temas já regulados e insuficiência de ações voltadas para desafios estratégicos do sistema.
- ▶ O Congresso tem sido pouco efetivo na regulação de fatores que afetam diretamente a saúde, como ultraprocessados, álcool, cigarros eletrônicos e apostas online. O setor de apostas — com 25 milhões de brasileiros que apostaram em 2025 e quase 13 milhões com algum nível de risco — segue sem resposta legislativa estruturada de prevenção ou redução de danos.



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.

Propor caminhos para o SUS exige saber de onde se parte. Antes de apresentar prioridades para os governos que assumirão em 2027, é necessário avaliar o que mudou nos últimos quatro anos, isto é, o que avançou, o que permaneceu estagnado e o que regrediu, e entender as condicionantes institucionais, políticas e financeiras em que o sistema opera hoje. É isso o que este documento faz.

A segunda edição da Agenda Mais SUS, iniciativa do Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (IEPS) e da Umane, com o apoio de 13 organizações, é composta por dois documentos que se complementam. Este reúne o balanço e a conjuntura: a partir das seis frentes prioritárias da edição anterior — financiamento, atenção primária, governança regional, recursos humanos, saúde mental e resposta a emergências —, avalia o que mudou entre 2022 e 2026 e apresenta as condicionantes institucionais, políticas e financeiras que dão contexto às propostas. O documento de propostas apresenta dez prioridades para os próximos quatro anos. Os dois documentos 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.

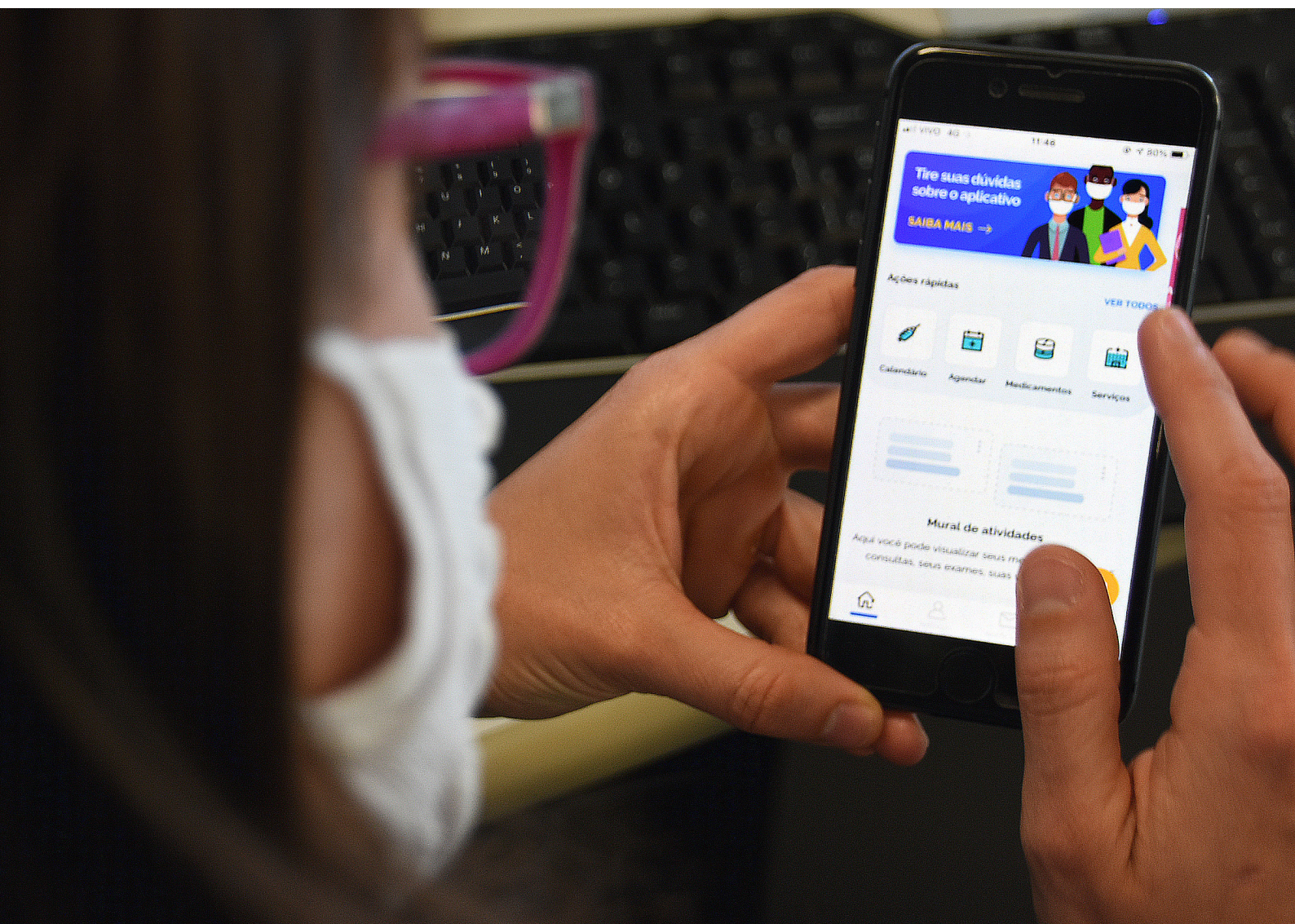
A Agenda é lançada em um ano eleitoral, mas seu horizonte vai além do calendário. Quem assumir em janeiro de 2027 nos estados e no governo federal herdará um sistema que avançou, mas não o suficiente. As escolhas feitas nos primeiros meses de governo, seja em relação ao orçamento, ao planejamento e à composição das equipes, vão determinar o quanto do próximo ciclo será de construção ou de recuperação. Para fazer escolhas melhores, é preciso entender com precisão o que está em jogo. Fortalecer o SUS não é tarefa de uma gestão: é um projeto de longo prazo que exige continuidade, planejamento e honestidade sobre o ponto de partida. É isso que este documento oferece.

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.

Avanços reais e promessas ainda incompletas: o SUS de 2022 a 2026 em balanço

Antes de propor, é necessário avaliar. A Agenda Mais SUS 2022–2026 apresentou diagnósticos e propostas organizadas em seis frentes prioritárias: financiamento, atenção primária, governança regional, recursos humanos, saúde mental e resposta a emergências. Quatro anos depois, o que mudou? A partir de 2023, investimentos e políticas que haviam sido desmontadas ou esvaziadas nos anos anteriores foram retomadas. Ainda assim, parte importante das mudanças estruturais que o sistema de saúde exige permanece incompleta ou sem resposta. Esta seção estabelece um ponto de partida claro para as propostas a partir da análise dos seis caminhos para fortalecimento do SUS apontados na primeira edição da Agenda.



CAMINHO **1**

Ampliar recursos e orientar o financiamento para induzir a universalização do SUS

A Agenda Mais SUS 2022-2026 propôs três movimentos para o financiamento da saúde: elevar o gasto público de 3,96% para 5% do PIB até 2026 e 6% até 2030; reformar o modelo de financiamento da atenção primária; e criar uma instância de financiamento regional com autonomia decisória e financeira. O contexto era um sistema já cronicamente subfinanciado que havia perdido recursos em anos recentes, em um país com um sistema de cobertura universal em que menos da metade do gasto total em saúde é público – proporção que contrasta com a média de 76% observada nos países da OCDE.

Houve avanço parcial. O gasto público em saúde como proporção do PIB cresceu, passando de 3,9% para 4,3% entre 2018 e 2023¹. Apesar disso, ao ritmo observado, dificilmente o país alcançará 6% do PIB até 2030. Em paralelo, os subsídios fiscais ao setor privado cresceram cerca de 70% entre 2015 e 2025, frente a 17,2% de crescimento real do orçamento do Ministério da Saúde no mesmo período².

Na atenção primária, o Previne Brasil foi substituído³ por um novo modelo de cofinanciamento que corrige uma distorção central: passa a considerar quem foi efetivamente acompanhado, e não apenas cadastrado, e pondera os repasses pela vulnerabilidade municipal⁴. Desde meados de 2025, o custeio das equipes passou a incorporar os resultados nos componentes de qualidade e de vínculo e acompanhamento.

No financiamento regional, a proposta de criar uma instância com autonomia decisória e financeira própria não se concretizou. Houve, contudo, avanços programáticos relevantes: as Ofertas de Cuidados Integrados (OCIs)⁵ substituem a remuneração por procedimentos isolados por pacotes assistenciais integrados e condicionam a adesão à elaboração de Planos de Ação Regionais; a nova Política Nacional de Atenção Especializada condiciona o acesso a recursos ao planejamento regional; e o Novo PAC investiu R\$ 6,2 bilhões em obras para o SUS em 2024, priorizando municípios com vazios assistenciais e propostas de alcance regional. Esses movimentos sinalizam uma reorientação da lógica federal de indução, mas ainda mostram-se insuficientes para preencher o vazio de governança e financiamento que a Agenda identificou.

1 Dado disponível em: [Banco Mundial](#), 2023.

2 Valores reportados a preços correntes de dezembro de 2025. As dotações autorizadas do MS, destinadas à função saúde, nos anos de 2015 e 2025, foram retiradas do Sistema Integrado de Planejamento e Orçamento (SIOP), enquanto que as estimativas de gasto tributário do setor para esses mesmos anos são oriundas dos Demonstrativos das Bases de Gasto Tributária Efetivas, disponibilizadas pela Receita Federal do Brasil. Nesses anos, as dotações do MS foram, em termos reais, de R\$ 205,8 bilhões e R\$241,2 bilhões, enquanto que para o gasto tributário de R\$ 57 bilhões e R\$ 97 bilhões, respectivamente.

3 Portaria GM/MS nº 3.493/2024.

4 No Previne Brasil, os critérios de vulnerabilidade socioeconômica utilizados no cálculo eram voltados aos indivíduos, não levando em conta uma perspectiva territorial. No atual modelo, essa dimensão é incorporada com a criação do Índice de Estratificação e Dimensionamento (IED), que classifica os municípios brasileiros segundo vulnerabilidade social e porte populacional.

5 Instituídas pela Portaria GM/MS nº 3.492/2024.

CAMINHO 2

Expandir a Atenção Primária com qualidade, para garantir um SUS universal, eficiente e resolutivo

Em 2021, a Estratégia Saúde da Família (ESF) cobria 66% da população e havia estagnado. Cerca de 18% dos cadastros ainda eram atendidos por equipes no modelo tradicional de atenção básica, anterior à ESF, e o modelo precisava avançar no cuidado das doenças crônicas e incorporação de ferramentas digitais. A meta proposta pela Agenda era de cobertura universal pela ESF.

A cobertura avançou de 67,4% para 72,8% entre 2022 e 2025. Apesar das portarias autorizando a conversão de equipes tradicionais para o modelo ESF⁶, sua participação relativa subiu marginalmente, de 9,2% para 10,3% no período. A completude das equipes também praticamente não se alterou: a proporção sem equipe mínima completa foi de 9,5% para 9%⁷. As equipes passaram a ter forte dependência dos médicos vinculados a Programas de Provimento, como o Mais Médicos, já que atualmente este quantitativo de profissionais representa 45,8% do total de equipes de Saúde da Família e em 2022 representava 25,8%⁸.

No cuidado às doenças crônicas, há avanço real, mas distante do necessário. O indicador de “proporção de hipertensos com pressão arterial aferida no semestre” passou de 18% para 28%, ante um parâmetro de referência de 50%⁹. O novo modelo de cofinanciamento incorporou o acompanhamento de diabéticos e hipertensos no componente de qualidade, criando incentivo financeiro direto vinculado ao cuidado longitudinal. A mudança foi relevante, mas seus efeitos ainda não puderam ser medidos, pois o repasse efetivamente vinculado à classificação das equipes foi iniciado em meados de 2025.

Na saúde digital, houve avanço na infraestrutura: 94,6% das UBS têm acesso à internet e 87,3% utilizam prontuário eletrônico. Mas a qualidade da conexão é desigual entre regiões: apenas 65,2% das unidades consideram a conexão adequada, oscilando de 71,5% nas UBS da região Sul a 49,6% no Norte¹⁰. A integração com outros pontos da rede permanece incipiente: o prontuário é compartilhado com serviços públicos especializados em apenas 25,4% das UBS e com hospitais em 9,3% delas. Quase metade delas não dispõe de ambiente dedicado e adequado para a realização de atividades de tele saúde¹¹. Dessa forma, o diagnóstico de 2022 de digitalização parcial, sem integração e sem impacto na coordenação do cuidado, segue válido.

6 Portarias GM/MS nº 615/2023 e nº 5.697/2024.

7 Informação extraída do CNES.

8 Painel de monitoramento dos programas de provimento da Secretaria de Atenção Primária à Saúde.

9 Informações referentes ao primeiro quadrimestre dos anos de 2022 e de 2025. Informações extraídas do Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica (SISAB).

10 Brasil, 2024a.

11 Apenas 52,2% têm infraestrutura adequada para webconferências, e equipamentos de diagnóstico digital estão presentes em menos de 20% das unidades (Brasil, 2024a).

CAMINHO **3**

Fortalecer os mecanismos de governança regional do SUS

A Agenda propôs três frentes: um plano nacional de investimentos para reduzir disparidades regionais, o fortalecimento institucional das Secretarias Estaduais de Saúde e a sistematização de experiências de regionalização. O ponto de partida era desafiador, uma vez que o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP) havia sido assinado por apenas dois estados desde 2011 e as Comissões Intergestores Regionais (CIR) operavam como instâncias informativas sem poder decisório real.

Esse quadro não mudou no ciclo 2022-2026. Não foi instituído nenhum plano nacional estruturado de investimentos com foco na redução de disparidades regionais. O Novo PAC condicionou ações em saúde a arranjos regionais prévios, mas sem a lógica sistemática de redução de brechas de oferta que a Agenda propunha. Os dados de fluxo de hospitalização reforçam o diagnóstico: a proporção de internações realizadas no próprio município de residência caiu de 65,2% em 2022 para 63,8% em 2024, enquanto cresceu a parcela que transborda para outras regiões. Esta é uma evidência de que os fluxos inter-regionais se intensificaram sem que a governança regional tenha capacidade de coordená-los¹².

Pesquisa com especialistas e gestores mostrou que a percepção sobre esses problemas é praticamente unânime: CIRs com pouco poder decisório, gestão estadual sem liderança efetiva e ausência de uma autoridade sanitária regional – mais de 80% dos consultados concordam que esse vazio compromete estruturalmente o processo de regionalização. Iniciativas recentes, como as Ofertas de Cuidados Integrados (OCI) e a nova Política Nacional de Atenção Especializada (PNAES), condicionam repasses ao planejamento regional, mas não criam mecanismos efetivos de financiamento e governança – limitação já apontada por Rehem et al. em [Os desafios da regionalização do SUS de acordo com a visão de atores estratégicos](#)¹³. É exatamente essa lacuna que a nova Agenda se propõe a preencher.

12 Informações retiradas do [Flux-SUS](#) - IEPS.

13 Rehem et al., 2023.

CAMINHO

4

Garantir a disponibilidade e efetividade de Recursos Humanos no SUS

A Agenda cobriu cinco frentes relativas a recursos humanos: criar uma unidade de inteligência no Ministério da Saúde; reformar a regulação do ensino em saúde; reestruturar a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde; induzir a interiorização profissional por meio de cotas e estágios; e expandir a atuação multiprofissional e a ampliação do escopo de práticas de enfermagem. O diagnóstico era de distribuição desigual da oferta de profissionais, formação desconectada das necessidades do SUS e ausência de planejamento integrado da força de trabalho.

No provimento médico, houve avanço real. A taxa de médicos por mil habitantes cresceu 21,4% entre 2022 e 2025 (de 2,2 para 2,7), com crescimento mais intenso nas regiões historicamente deficitárias – Norte saiu de 1,4 para 1,9 e Nordeste de 1,7 para 2,0. As desigualdades, porém, persistem: enquanto o Distrito Federal tem 4,7 médicos por mil habitantes, o Maranhão tem 1,2¹⁴. Esse crescimento foi impulsionado quase inteiramente pelo setor privado: entre 2010 e 2023, as vagas nos cursos de saúde mais que triplicaram, com instituições privadas sendo responsáveis por 97% da expansão¹⁵. A regulação territorial exigida pela Lei do Mais Médicos de 2013, que deveria ser feita em conjunto entre Ministério da Educação e Ministério da Saúde, segue sendo descumprida, mantendo a formação concentrada nos grandes centros urbanos. Mas houve avanços na regulação da formação em medicina com a instituição do Exame Nacional de Avaliação da Formação Médica (Enamed) como instrumento de avaliação obrigatória dos cursos de graduação que funcionará como exame de acesso à residência médica e requisito para o exercício profissional. Dentre os objetivos do Enamed previstos na MP nº 1.370/2026, está o de verificar a aquisição de conteúdos, habilidades e competências com vistas à formação profissional compatível com os princípios e as necessidades do SUS.

Na educação permanente, o avanço mais concreto foi o Programa Mais Saúde com Agente, que representou o maior programa de formação técnica em saúde do país, com 176 mil agentes comunitários e de endemias formados em mais de 5.300 municípios¹⁶. Nas equipes multiprofissionais (eMulti), a retomada do financiamento federal em 2023 resultou em 9.097 equipes cofinanciadas pelo MS em 5.018 municípios até dezembro de 2025¹⁷, mais do que a metade (55%) do identificado em dezembro de 2019¹⁸, quando havia 5.886 equipes NASF¹⁹. No campo da enfermagem, houve progresso nas discussões sobre práticas avançadas institucionalmente²⁰, com criação de comissão, notas técnicas e grupo de trabalho no Ministério da Saúde, mas sem aprovação de marco legal.

14 IEPS-Data. Para o cálculo do número de médicos por mil habitantes das regiões brasileiras e do Brasil, considerou-se a média simples das taxas de médicos de cada estado e região, respectivamente.

15 Semente, Pereira e Nobre, 2025.

16 Ver mais em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2023/dezembro/ministerio-da-saude-forma-mais-de-176-mil-agentes-de-saude-e-anuncia-ampliacao-do-programa>

17 Informações extraídas do CNES

18 Último ano antes do fim do cofinanciamento federal das equipes NASF.

19 Informações extraídas do CNES.

20 Ver mais em: <https://www.cofen.gov.br/cofen-participa-de-discussao-sobre-a-ampliacao-do-escopo-de-praticas-da-enfermagem-na-opas/>

CAMINHO **5**

Valorizar e promover Saúde Mental

A Agenda de 2022 partiu de um cenário de desconfiguração da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), uma vez que a revisão da Política Nacional de Atenção Básica em 2017 havia enfraquecido o suporte à saúde mental na atenção primária; o Previne Brasil havia extinguido o financiamento federal aos NASF em 2020; e as políticas de saúde mental avançavam sem pactuação com o controle social do SUS. A Agenda propôs recuperar a Rede a partir de monitoramento, capacitação de profissionais e resgate das diretrizes da Reforma Psiquiátrica.

Houve avanços concretos. A RAPS foi retomada como prioridade, e o número de CAPS cresceu de 2.839 em 2022 para 3.019 em 2024, com 180 novas unidades habilitadas em dois anos, cumprindo a meta do Plano Nacional de Saúde para 2024. Ainda assim, 484 municípios elegíveis²¹ seguem sem nenhum CAPS, sendo a região Norte a de maior número de municípios sem esses estabelecimentos em seus territórios (18%). A construção de 150 novos CAPS e 1.100 Serviços Residenciais Terapêuticos prevista no Novo PAC está em andamento, mas em quantidade insuficiente para cobrir a lacuna existente²².

Apesar do avanço, a oferta de serviços especializados para crianças e adolescentes ainda permanece significativamente inferior à destinada a outras populações, representando uma grande assimetria. Segundo o Saúde Mental em Dados – Edição nº 13, do Ministério da Saúde, em 2024 o Brasil tinha menos de 324 CAPS infanto-juvenil (CAPSi) para atender mais de 50 milhões de crianças e adolescentes, enquanto possuía mais de 500 Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad) para atender adultos. Além disso, observando a última década (2014-2024), o Brasil levou mais de vinte anos para sair de cerca de 180 para pouco mais de 320 CAPSi, enquanto os CAPS para adultos ultrapassou 2 mil unidades no mesmo período, mantendo uma razão próxima de seis CAPS adultos para cada CAPSi. Essa assimetria sugere que a expansão da RAPS não acompanhou, na mesma intensidade, as necessidades de cuidado em saúde mental de crianças e adolescentes.

Na atenção primária o suporte à saúde mental continua crítico: apenas 27% das UBS têm equipes multiprofissionais como referência, embora 1 em cada 4 pessoas que buscam atendimento apresente algum transtorno²³. A valorização dos profissionais teve iniciativas relevantes, mas pontuais e sem financiamento estável que configure uma política permanente, como, por exemplo, o Projeto Nós na Rede, que prevê qualificar 42 mil trabalhadores da RAPS²⁴. O desafio central permanece: a RAPS está aquém da demanda crescente por saúde mental no país, e o déficit de equipamentos e profissionais torna ainda mais estratégico o papel de outros setores, como escola, ambientes de trabalho e digital, na proteção da saúde mental da população. A isso se soma um novo agravamento: o dos problemas psicossociais relacionados ao mundo digital, como o crescimento de transtorno de jogo e o impacto negativo das redes sociais, que pressionam uma rede que já opera no seu limite.

21 Municípios elegíveis são aqueles que, segundo os critérios do Ministério da Saúde, têm porte populacional suficiente para justificar a implantação de um CAPS, conforme cada modalidade. Veja os parâmetros na [Portaria MS nº 3.088/2011](#).

22 Brasil, 2024a.

23 Brasil, 2024b.

24 <https://brasilia.fiocruz.br/nosnarede/>.

CAMINHO **6**

Fortalecer o SUS para o enfrentamento de emergências de saúde pública

A Agenda propôs criar uma estrutura permanente de governança para emergências sanitárias, com autonomia administrativa, financeira e operacional, quadro técnico estável e protocolos normatizados, além de uma estratégia nacional de comunicação baseada em evidências e mecanismos de valorização dos trabalhadores em contexto de crise. O ponto de partida era grave: ao menos 120 mil das quase 670 mil mortes pela covid-19 poderiam ter sido evitadas com uma resposta coordenada²⁵.

Os avanços do período foram reais no plano operacional, mas insuficientes como resposta estrutural. A Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) incorporou a dimensão ambiental e criou o Departamento de Emergências em Saúde Pública; em 2023, o Brasil foi aceito na rede global GOARN/OMS; e o Centro de Operações de Emergência (COE) foi ativado de forma coordenada durante o surto de dengue de 2024, reunindo OPAS, Fiocruz, Anvisa, CONASS e CONASEMS²⁶.

O período também foi marcado por novas emergências que testaram essas capacidades: as enchentes no Rio Grande do Sul em 2024 exigiram resposta sanitária em larga escala e aceleraram a institucionalização da Força Nacional do SUS, criada para mobilizar profissionais de saúde em situações de crise. São capacidades que antes não existiam de forma sistematizada, mas que ainda carecem de base legal permanente para operar de forma proativa e coordenada.

O que a Agenda propôs como estruturante, no entanto, não foi realizado. A Lei 13.979/2020²⁷ expirou sem que uma norma permanente para emergências sanitárias fosse aprovada. A estratégia nacional de comunicação transparente e baseada em evidências não foi institucionalizada e a valorização dos trabalhadores em emergências segue sem solução normativa – os projetos de lei²⁸ que preveem suporte psicológico e compensação financeira para profissionais em crises sanitárias tramitam sem avanços significativos. O Brasil chega em 2026 sem uma estrutura legal permanente que garanta resposta proativa, coordenada e equitativa às emergências sanitárias futuras.

25 Werneck et al., 2021.

26 Foi reservado R\$ 1,5 bilhão de reais para as arboviroses no biênio 2024–2025. Ver mais em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2024-09/governo-federal-vai-investir-r-15-bilhao-no-combate-dengue>

27 Dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019.

28 PL 4.724/2023 e PL 4.748/2023.



Avanços limitados em um sistema sob pressão

O balanço do ciclo anterior revelou que os avanços foram reais, mas aquém do necessário, em um sistema que opera sob restrições estruturais que nenhuma política isolada é capaz de resolver. As razões para isso estão, em grande medida, fora do controle direto da gestão da saúde. Restrições fiscais, dinâmicas federativas, a atuação do Legislativo e do Judiciário, o peso crescente das emendas parlamentares: esses fatores não são variáveis externas ao SUS, são parte do ambiente em que ele opera e que condiciona o que qualquer governo pode ou não fazer.

É por isso que, antes de apresentar as propostas para 2027–2030, este documento descreve esse ambiente. Entender as condicionantes é condição para que as propostas sejam realistas e para que os governos que as adotarem saibam onde estão os nós a desatar.

Esta edição da Agenda também amplia o escopo de análise. Além das seis frentes da edição anterior, o documento de propostas incorpora desafios que ganharam centralidade no debate público e que impactam diretamente o sistema: a regulação do ambiente alimentar nas escolas, os riscos à saúde de crianças e adolescentes no mundo digital, o impacto das apostas online e o enfrentamento das emergências climáticas e ambientais. A conjuntura que se apresenta aqui é o pano de fundo comum a todos os desafios trazidos na Agenda Mais SUS.

O contexto em que o SUS opera

O Brasil construiu um sistema de saúde que poucos países tentaram e nenhum outro com mais de 100 milhões de habitantes chegou a consolidar: universal, integral e gratuito, financiado com recursos públicos. O que se encontra nesta seção não é um diagnóstico exaustivo do SUS, mas um recorte das condicionantes que consideramos mais relevantes para as propostas que seguem: os desafios de coordenação entre os entes federativos e setores para organizar o cuidado no território; a atuação do Legislativo e do Judiciário nas políticas de saúde; e os limites estruturais do financiamento público, agravados por um arranjo que direciona recursos do sistema universal para subsidiar o consumo privado de saúde. É a partir dessa realidade que as propostas desta Agenda foram construídas.

Os desafios da coordenação federativa e intersetorial

Regiões de saúde existem no papel, mas não coordenam na prática

A Constituição de 1988 organizou o sistema de saúde brasileiro com base na descentralização política, administrativa e financeira, distribuindo responsabilidades entre União, estados e municípios. Coordenar esse sistema exige articulação entre esses entes por meio de instrumentos de planejamento, pactuação e regionalização da atenção à saúde.

A descentralização e a municipalização ampliaram a presença do sistema de saúde no território e aproximou a gestão das necessidades locais. Mas produziram resultados heterogêneos: ganhos mais evidentes onde havia capacidade institucional instalada e déficits persistentes onde essa capacidade era frágil²⁹. Sem mecanismos robustos de coordenação regional, o resultado foi fragmentação, competição entre municípios e desigualdades no acesso.

Essas desigualdades se traduzem em redes regionais com baixa capacidade de resolver os problemas de saúde da população, especialmente nos serviços de média e alta complexidade³⁰. O deslocamento de pacientes para fora de sua região de moradia não é apenas sinal de vazio assistencial: é também sinal de ausência de governança regional capaz de organizar os fluxos de cuidado no território. Enfrentar esse quadro exige fortalecer a capacidade institucional dos entes regionais e construir arranjos de governança que definam, com base em análise de fluxos e escala, quando concentrar oferta em polos e quando descentralizá-la.

A coordenação no SUS apoia-se, além dos mecanismos de regionalização, nos espaços de pactuação entre gestores, como as Comissões Intergestores. Contudo, sua efetividade é desigual e depende tanto da capacidade técnica das equipes quanto do alinhamento político entre os entes³¹. O Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP), instrumento de colaboração entre entes federativos para integrar ações de saúde, teve baixa adesão nacional, reflexo da ausência de incentivos claros e da fragilidade nos mecanismos de indução — diagnóstico desenvolvido em [A regionalização da saúde no Brasil](#)³². O Planejamento Regional Integrado, processo estratégico para organizar serviços em nível regional, permanece, em muitos casos, restrito a um exercício formal, com reduzida

29 Rehem et al., 2023.

30 Rocha, Rache e Nunes, 2022.

31 Machado et al., 2014.

32 Rocha, Rache, e Nunes, 2022; Menicucci et al., 2018; Reis et al., 2017.

capacidade de orientar decisões e alocação de recursos. As regiões de saúde dependem de arranjos construídos ativamente entre estados e municípios, o que é possível no marco normativo atual, mas exige indução técnica e política consistente³³.

A pandemia de covid-19 mostrou que estados são capazes de assumir papel relevante na coordenação de redes e na articulação interfederativa, como discute o IEPS em [Política de regionalização da saúde: por um SUS único no estado de São Paulo](#)³⁴. Isso indica que o protagonismo estadual não é bloqueado por limitações estruturais, mas condicionado por fatores ativáveis: capacidade técnica instalada, estabilidade das equipes de gestão, alinhamento político entre os entes e mecanismos ativos de coordenação. O desafio é criar as condições para que essa capacidade opere de forma contínua, e não apenas em contextos de crise.

O debate sobre coordenação interfederativa deve concentrar-se nas condições que tornam a governança regional efetiva na prática. Nesse processo, a coordenação regional é também condição para que a Atenção Primária cumpra seu papel ordenador: sem retaguarda coordenada, a APS opera apenas dentro de seus próprios limites, sem garantia de acesso aos demais pontos da rede. O ponto de entrada mais acessível e com maior potencial de indução é o fortalecimento do papel coordenador dos estados³⁵ que, onde e quando ativado, demonstrou capacidade de reorganizar redes e articular municípios em torno de objetivos regionais comuns. Ainda assim, mesmo quando essa coordenação funciona bem, ela opera dentro dos limites do setor saúde, e parte dos problemas que chegam ao SUS têm raízes em condições que outros setores são os principais responsáveis por enfrentar.

A coordenação que o SUS não faz sozinho: intersectorialidade como condição para o cuidado integral

A coordenação interfederativa é condição necessária para organizar a oferta de serviços de saúde no território, mas não suficiente para garantir integralidade. Parte dos problemas que chegam ao SUS tem origem nos Determinantes Sociais da Saúde: as condições nas quais as pessoas nascem, se desenvolvem, trabalham, vivem e envelhecem, moldadas por sistemas econômicos, políticos e pelas políticas sociais de um país³⁶. Esses fatores não médicos respondem por parcela significativa dos resultados de saúde de uma população, e sua resposta depende de outros setores além do SUS.

A alimentação inadequada na infância é fator de risco para doenças crônicas que compromete décadas de vida. Em 2019, menos de 23% dos brasileiros consumiam frutas e hortaliças na frequência recomendada³⁷. Reduzir esse problema exige articulação entre saúde, educação e assistência social, da merenda escolar ao acompanhamento das famílias nos equipamentos do SUAS. O sofrimento

33 Rehem et al., 2023.

34 Rehem et al., 2023; IEPS, 2024.

35 Reis et al., 2017; Santos e Andrade, 2011.

36 OPAS, 2023.

37 IEPS, 2023.

psíquico segue lógica semelhante: a prevalência de depressão entre a população do quintil de menor renda é mais que o dobro da observada entre os mais ricos³⁸. Nenhuma dessas condições se resolve dentro da clínica.

O SUS reconhece isso desde sua origem. A Atenção Primária opera com base na territorialização, no vínculo e no cuidado compartilhado. A vigilância em saúde orienta ações coordenadas no território a partir do monitoramento de riscos e agravos. As Unidades Básicas de Saúde (UBS), os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e os Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) são potenciais parceiros em uma mesma rede territorial. A intersetorialidade, nesses casos, não é um acréscimo à política, mas parte de sua lógica de funcionamento³⁹.

O desafio está na execução. Cada setor opera com ritmos distintos: a educação pelo ano letivo; a Atenção Primária por ciclos de vida, grupos populacionais, condições de saúde e sazonalidades epidemiológicas. Quando esses tempos não se alinham, surgem ações desconectadas. Sustentar a intersetorialidade no cotidiano exige os mesmos ingredientes da coordenação interfederativa: arranjos com autoridade real para pactuar, incentivos alinhados, equipes estáveis e rotinas de articulação que produzam decisões concretas, e não apenas encontros formais.

Aumento da violência e desfechos em saúde: novos desafios ao SUS

Além dos desafios internos de coordenação dos entes na execução dos serviços de saúde, fatores externos à gestão do SUS têm ampliado ainda mais as dificuldades sobre a atuação na provisão desses serviços. Entre os principais fatores, está a escalada da violência e da sensação de insegurança no país⁴⁰. Isso porque, seus desdobramentos, fruto de operações policiais ou de conflitos armados entre facções criminosas, têm não apenas restringido o acesso da população à serviços de saúde, como gerado desfechos negativos sobre a saúde física e mental desse grupo, em especial, os de maior vulnerabilidade⁴¹.

Tais consequências geram não somente danos diretos à população, como impõem custos adicionais ao SUS, em um contexto já fragilizado, de subfinanciamento crônico. Entre 2015 e 2025, o custo estimado com internações hospitalares para tratamento de ferimento provocados por armas de fogo foi, em média, de R\$56,6 milhões ao ano⁴². Mediante esse quadro e os desafios dos novos tempos, políticas intersetoriais tornam-se ainda mais importantes, sobretudo, em um contexto em que o direito à saúde tem sido restringido não por ausência desses serviços, mas pelas dificuldades para acessá-los.

Esses custos não são apenas financeiros. A violência restringe o direito à saúde de formas que os indicadores tradicionais do sistema não capturam: pela ausência de profissionais em territórios de alta periculosidade, pelo medo que afasta pessoas das unidades de saúde, pelo sofrimento psíquico que se acumula sem oferta de cuidado. Enfrentar esse quadro exige que a política de saúde reconheça a violência como determinante estrutural e que o planejamento dos serviços leve em conta não apenas onde a população está, mas as condições em que ela consegue, ou não consegue, acessar o cuidado.

38 IEPS, 2022.

39 Secretaria de Estado de Educação de Pernambuco e IEPS, 2026.

40 <https://datafolha.folha.uol.com.br/opiniao-e-sociedade/2026/03/saude-21-e-seguranca-publica-19-sao-areas-de-responsabilidade-federal-mais-problematicas.shtml>.

41 Lemgruber et al., 2023.

42 Instituto Sou da Paz, 2025.

Além do Executivo: como Legislativo e Judiciário também atuam sobre o SUS

Hiperatividade normativa e omissão regulatória: paradoxos do Legislativo na política de saúde

A Constituição Federal atribui ao Poder Legislativo funções centrais para a organização das políticas públicas: produzir normas, fiscalizar e controlar os atos do Executivo, e definir o financiamento público⁴³. Na saúde, essas atribuições se expressam na criação e atualização do marco legal do SUS (Lei nº 8.080/1990), no acompanhamento da implementação das políticas e na aprovação do orçamento da saúde, em um sistema descentralizado que distribui responsabilidades entre União, estados e municípios.

O desenho constitucional também espera que o Legislativo atue de forma estratégica na regulação de atividades e fatores que afetam a saúde da população. Os artigos 196 e 197 da Constituição atribuem ao poder público a responsabilidade de regular, fiscalizar e controlar ações e serviços de saúde. Nesse papel, a atuação legislativa cumpre função preventiva e protetiva: estabelece normas voltadas à redução de riscos à saúde coletiva, o que é especialmente relevante diante da expansão de mercados, produtos e práticas com efeitos comprovadamente nocivos.

Embora o Legislativo tenha desempenhado papel central na construção do arcabouço legal que estruturou o SUS em outro contexto político e institucional do Brasil, a atuação recente do Congresso Nacional nas políticas de saúde revela fragilidades que afetam a governança e a capacidade de coordenação do sistema. Dados do [Radar Político da Saúde](#)⁴⁴, que analisou 2.568 proposições legislativas deliberadas em 2024 nas principais comissões de saúde da Câmara e do Senado, mostram uma produção marcada por iniciativas pontuais e de baixo impacto estrutural: 14% dos projetos criaram campanhas de conscientização ou datas comemorativas; menos de 10% tratavam de aprimoramentos estruturantes do sistema. Dos 585 projetos com relação a políticas públicas existentes, 40% foram classificados como de mera complementação, e apenas uma fração abordou financiamento, força de trabalho ou governança.

Parte relevante das proposições vai além da irrelevância e entra em conflito direto com normas já consolidadas no SUS: 37% dos projetos foram classificados como de contraposição (26%) ou sobreposição (11%) a políticas existentes. O padrão é especialmente marcado em vigilância em saúde e atenção especializada, onde normas são propostas sem observar os processos técnicos de pactuação e incorporação de tecnologias já estabelecidas. O resultado é fragmentação normativa, insegurança jurídica e dificuldade de implementação coordenada das políticas.

43 Constituição Federal de 1988, arts. 48, 49, 70 e 165 a 169.

44 IEPS, 2025a.

Esse padrão de hiperatividade em temas já regulados convive, paradoxalmente, com omissão do Legislativo na regulação de determinantes estruturais da saúde da população. Questões como a regulação de alimentos ultraprocessados, a publicidade de bebidas alcoólicas e o controle de cigarros eletrônicos seguem sem resposta legislativa adequada. O caso das apostas online é emblemático: apesar de 231 projetos de lei apresentados entre 2019 e 2026, a produção é marcada por fragmentação e ausência de estratégia integrada. Segundo [levantamento do IEPS sobre a regulação das bets no Congresso Nacional](#), a maior parte das propostas concentra-se em regras operacionais das plataformas (30%) e regulação de publicidade (23%), enquanto apenas 6% tratam de governança e políticas públicas⁴⁵. Com 10,9 milhões de brasileiros em risco e arrecadação que cresceu quase 180 vezes em um ano, o setor de apostas segue sem resposta legislativa estruturada de prevenção ou redução de danos⁴⁶. Em grande parte, isso reflete a pressão de grupos econômicos com alta capacidade de influência sobre a agenda parlamentar. Quando o Legislativo se omite nesses temas, a regulação migra para o Executivo, por meio de resoluções, portarias e decretos, ou para o Judiciário, que passa a ocupar um espaço que não lhe é próprio na formulação de políticas públicas. Essa dinâmica sobrecarrega o sistema judicial, fragiliza a legitimidade democrática das decisões em saúde e aprofunda a judicialização como via principal de acesso a direitos, tensão abordada na seção seguinte.

Judicialização da saúde: tensões estruturais para o SUS

A crescente judicialização da saúde no Brasil é, simultaneamente, sintoma e amplificador das fragilidades do SUS. Em sentido amplo, a judicialização ocorre quando o Poder Judiciário passa a decidir sobre questões que deveriam ser resolvidas pelos Poderes Executivo e Legislativo. Tal fenômeno na saúde se expressa em demandas individuais por medicamentos, tratamentos, leitos e procedimentos que o sistema público não oferece ou oferece de forma insuficiente⁴⁷.

O número de novos processos judiciais relativos à saúde cresceu 101% entre 2020 e 2025, percentual que representa mais que o dobro do crescimento total de processos judiciais em todas as áreas no mesmo período⁴⁸. Outro estudo aponta que o número de novos processos judiciais entre 2024 e 2025 recuou, mas ainda se mostra significativo⁴⁹. Em agosto de 2025, segundo o mesmo estudo, houve cerca de 454 mil processos novos relativos à saúde. Esse volume revela não apenas falhas na oferta pública de saúde, mas também um Judiciário que decide sobre matérias de alta complexidade técnica, tais como eficácia de medicamentos, protocolos clínicos, incorporação de tecnologias, sem formação específica em direito sanitário ou gestão de saúde, o que amplia o risco de decisões desconectadas da lógica do sistema.

45 IEPS, 2026.

46 IEPS, 2025b.

47 Cunha e Farranha, 2021.

48 DataJUD, CNJ. Ver mais em: <https://justica-em-numeros.cnj.jus.br/painel-estatisticas/>.

49 CNJ, 2025.

A resposta institucional a esse déficit de conhecimento foi parcialmente construída pelo CNJ, que criou o Fórum Nacional da Saúde, os Núcleos de Apoio Técnico ao Judiciário (NAT-JUS) e diretrizes específicas para magistrados. Pesquisa nacional mostrou, contudo, que a referência à CONITEC (instância responsável pela incorporação de tecnologias no SUS) aparece em menos de 1% das decisões analisadas, mesmo em estados com alta litigiosidade, e que, na avaliação dos próprios atores do sistema, os pareceres do NAT-JUS ainda têm uso limitado no processo decisório dos magistrados⁵⁰.

Esse dado revela que a institucionalização dos núcleos técnicos, embora necessária, ainda não se traduziu em mudança sistemática no processo decisório. Ampliar a capacitação de magistrados em direito sanitário e fortalecer a integração entre o Judiciário e as instâncias técnicas do SUS são condições para que as decisões judiciais considerem não apenas o caso individual, mas os efeitos sobre a política de saúde como um todo.

O problema central é que decisões tomadas caso a caso produzem efeitos sobre o sistema como um todo que não foram considerados: retiram recursos do orçamento planejado, forçam compras emergenciais de medicamentos a preços superiores aos obtidos pelo Ministério da Saúde, impõem prioridades que não passaram pelos mecanismos institucionais de incorporação de tecnologias e fragilizam a capacidade dos gestores de executar políticas de alcance universal⁵¹.

A maioria das ações trata de demandas individuais, o que produz uma lógica de decisão caso a caso que beneficia quem acessa o Judiciário sem considerar os efeitos distributivos sobre a população que depende apenas do SUS⁵². A mesma pesquisa nacional já citada indicou sinais de regressividade: a proporção crescente de casos envolvendo a saúde suplementar, que cobre apenas 25% da população mais rica, e a participação ainda limitada de defensores públicos nos processos revelam que o acesso ao Judiciário não é igualmente distribuído⁵³.

As decisões judiciais também tendem a concentrar-se na dimensão curativa da saúde, envolvendo, por exemplo, medicamentos, cirurgias e próteses, em detrimento de ações preventivas e de atenção básica que a Constituição prioriza⁵⁴. Essa distorção desloca recursos para intervenções de alto custo e baixo alcance populacional, ao mesmo tempo em que o subfinanciamento crônico do SUS impede que a atenção primária e a assistência farmacêutica básica operem com qualidade suficiente para reduzir a própria demanda judicial.

Na saúde suplementar, a judicialização também é expressiva: processos contra operadoras por negativa de cobertura representam parcela relevante das demandas, pressionam reajustes de planos e criam insegurança jurídica nas relações contratuais entre beneficiários, operadoras e prestadores⁵⁵. Segundo o Anuário da Justiça da Saúde Suplementar, nos últimos cinco anos o número de processos envolvendo planos de saúde mais do que dobrou e disparou em 122%.⁵⁶ Ao mesmo tempo, o SUS continua arcando com procedimentos de alta complexidade de beneficiários de planos, sem ressarcimento efetivo.

50 CNJ e Insper, 2019.

51 Vinholes, Botton e Hirdes, 2021.

52 Wang, 2008.

53 CNJ e Insper, 2019.

54 Cunha e Farranha, 2021.

55 CNJ e INSUPER, 2019.

56 Consultor Jurídico, 2026.

Os recursos do SUS são escassos e estão cada vez mais comprometidos

Poucos recursos para o SUS, muitos incentivos ao setor privado

O Brasil estabeleceu constitucionalmente um sistema público de saúde de cobertura universal, integral e gratuita, financiado com recursos públicos e administrado pelo Estado. Nenhum outro país com mais de 100 milhões de habitantes desenhou uma estratégia de cobertura universal desse tipo. Países que consolidaram sistemas de cobertura universal, como Reino Unido, Canadá e França, destinam mais de 10% do Produto Interno Bruto (PIB) ao gasto em saúde, com a maior parte dos recursos concentrada nos sistemas públicos.

O Brasil destina 9,4% do seu PIB, percentual próximo ao desses países e da média dos membros da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), que foi de 9,2%. O problema está principalmente na composição desse gasto. Enquanto a média da OCDE concentra 76% do gasto em saúde no setor público, no Brasil essa participação é de apenas 45%. Em outras palavras, o Brasil é o único país com sistema universal entre os pares analisados em que o gasto privado supera o gasto público em saúde⁵⁷. Em termos per capita, a diferença é ainda mais expressiva: o Brasil gastou US\$ 779⁵⁸ por pessoa em saúde pública, enquanto a média da OCDE foi de US\$ 4.121, mais de cinco vezes superior⁵⁹.

A discussão sobre os limites do financiamento do SUS remete a um histórico normativo marcado por avanços e recuos⁶⁰. A Emenda Constitucional 29/2000 estabeleceu pela primeira vez pisos mínimos obrigatórios de gasto com saúde para União, estados, Distrito Federal (DF) e municípios, garantindo relativa estabilidade ao financiamento. Essa lógica foi parcialmente revertida pela Emenda Constitucional 86/2015, que alterou o critério de cálculo do piso federal, e foi gravemente comprometida pela Emenda Constitucional 95/2016 que instituiu o teto de gastos⁶¹. As perdas para o SUS em decorrência do teto foram de R\$ 64,8 bilhões entre 2018 e 2022⁶². Com a revogação do teto em 2023, retornou a vinculação mínima de 15% da Receita Corrente Líquida da União para a saúde. Mas os anos de contenção deixaram consequências concretas, com investimentos deixando de serem feitos, e, por efeito, estagnação e defasagem da capacidade instalada.

O subfinanciamento também não deve ser compreendido apenas em termos de insuficiência de recursos. Isso porque parte relevante do que o Estado destina à saúde não chega ao SUS. O gasto tributário em saúde, ou seja, recursos que o governo deixa de arrecadar via deduções, isenções ou desonerações no sistema tributário, atingiu R\$ 97 bilhões em 2025. Esses subsídios cresceram de

57 Ver mais em: <https://oesb.org.br/repositorio/gasto-publico-e-privado-em-saude-no-brasil/>.

58 Segundo Paridade de Poder de Compra (PPC).

59 Brasil, 2025a.

60 Ver mais em: <https://oesb.org.br/o-ecossistema/o-sus/financiamento/>.

61 A EC 95 desvinculou as receitas das despesas nas áreas da saúde e da educação, sujeitando ambas ao congelamento do teto geral, e revogou a progressividade estabelecida pela EC 86, que previa expansão do piso federal até 15% da Receita Corrente Líquida (RCL).

62 Estimativa de perda de recursos em valores nominais e desconsiderando os créditos extraordinários destinados ao combate à COVID-19. Ver mais em OCKÉ-REIS et al., 2023.

forma acelerada em contraposição à estagnação dos recursos do SUS: em 2015, eles equivaliam a 28% do orçamento do Ministério da Saúde, em 2025, passaram a equivaler a 40%⁶³. A legislação tributária permite a dedução integral de gastos com planos de saúde e despesas médicas no Imposto de Renda da Pessoa Física - IRPF, sem limite de valor, além da dedução de benefícios de assistência médica concedidos por empresas no Imposto de Renda da Pessoa Jurídica (IRPJ). Despesas médicas no IRPF e assistência médica de empresas a empregados no IRPJ respondem juntas por cerca de 52% do total dessa renúncia, conforme levantamento apresentado em [Subsídios ao setor privado de saúde no Brasil](#)⁶⁴.

Esse arranjo tem efeito duplamente perverso. Os subsídios retiram do Estado recursos que poderiam financiar o sistema público, e os direcionam preferencialmente para os estratos de renda mais alta, que são os únicos capazes de aproveitar deduções no imposto de renda⁶⁵. O subsídio é altamente regressivo. A isso se soma o fato de que o SUS, muitas vezes, arca com despesas de beneficiários de planos privados quando esses planos não cobrem terapias e procedimentos de alto custo, como oncologia, transplantes e urgências complexas, sem mecanismo efetivo de ressarcimento⁶⁶. O resultado é um sistema público que financia, de formas diversas e pouco transparentes, parte significativa do consumo privado de saúde, ao mesmo tempo em que opera com recursos insuficientes para garantir cobertura universal de qualidade.

O cenário tende a se agravar nos próximos anos. A população brasileira envelhece rapidamente: a parcela com 65 anos ou mais passou de 6% em 2000 para 12% em 2026, e as projeções do IBGE indicam que esse percentual deve alcançar cerca de 23% em 2050⁶⁷. O envelhecimento coincide com uma transição epidemiológica marcada pela predominância crescente de doenças crônicas não transmissíveis, como doenças cardiovasculares, câncer e diabetes, que demandam cuidado continuado e de maior complexidade. A projeção de crescimento médio anual nas despesas com o SUS nos próximos 45 anos é de 3,9%, ritmo superior ao limite de 2,5% ao ano previsto no arcabouço fiscal vigente⁶⁸.

A pressão sobre o sistema de saúde também é amplificada pela [inflação específica do setor](#)⁶⁹ e pela a demanda por incorporação de novos tratamentos cada vez mais inovadoras e caros, que colocam mais um desafio sobre o SUS, o de assegurar a integralidade do cuidado diante da disponibilidade orçamentária, além de acarretar em maior judicialização e na fragmentação do sistema junto com tensões entre o setor público e privado. Esse cenário, associado às necessidades crescentes de financiamento da saúde observadas em todos os países do mundo, impõe um dilema estrutural com consequências diretas e previsíveis para o acesso e a qualidade do cuidado, tornando necessário rediscutir as prioridades orçamentárias do país nos três níveis da federação.

63 O orçamento do MS foi retirado do Sistema Integrado de Planejamento e Orçamento (SIOP), enquanto que as estimativas de gasto tributário são oriundas dos Demonstrativos das Bases de Gasto Tributária Efetivas, disponibilizadas pela Receita Federal do Brasil. Em 2015 e 2025, as dotações atualizadas, em valores nominais, do MS destinadas à função saúde foram de R\$112,9 bilhões e R\$241,2 bilhões, respectivamente. Os gastos tributários em saúde estimados para esses mesmos períodos foram de R\$31,3 bilhões e R\$97 bilhões.

64 Semente e Nobre, 2024.

65 Ocké-Reis, 2021.

66 A legislação prevê que as operadoras reembolsem o sistema público quando seus clientes são atendidos pelo SUS para procedimentos com cobertura prevista em seus planos contratados, mas o mecanismo funciona de forma precária: entre 2013 e 2022, mais da metade das cobranças feitas pela ANS foram contestadas pelas operadoras em primeira instância, e a dívida não paga acumulada chegou a R\$ 2 bilhões em 2020. (Semente e Nobre, 2024).

67 IBGE. Projeções da População do Brasil e Unidades da Federação: 2000-2070.

68 Casallechi, 2025.

69 Entre 2006 e 2024, enquanto o IPCA acumulou cerca de 170%, os preços dos serviços de saúde cresceram aproximadamente 300%, com destaque para os planos de saúde, que cresceram quase o dobro do IPCA, em 327% no período (Arruda et al., 2025).

O SUS engessado: quando o orçamento mal cobre o básico

O subfinanciamento crônico está também situado em um problema de dimensão mais macro, que se manifesta dentro do orçamento público como um todo: a compressão do espaço fiscal limita a expansão das despesas discricionárias, grupo de despesa que abriga os investimentos públicos. Essa compressão tem se acentuado, em grande medida, em razão da expansão das despesas obrigatórias. Entre 2015 e 2025, esse grupo de despesa cresceu 22% (R\$2,2 trilhões para R\$2,7 trilhões), enquanto as despesas discricionárias, recuaram em 40%, indo de R\$ 386 bilhões para R\$ 229 bilhões. Nesse ano, somente 8% (R\$229 bilhões dos R\$2,9 trilhões) do orçamento da União foi composto por despesas discricionárias⁷⁰.

Além da baixa participação das despesas discricionárias no orçamento público, nota-se que esse volume de recursos tem se reduzido ano a ano, o que sinaliza potenciais dificuldades para reversão da trajetória desses gastos. Esse cenário, por consequência, tem afetado áreas sociais importantes de provisão de serviços públicos, como é o caso do orçamento da saúde.

Respondendo por cerca de 5% do orçamento primário da União, o orçamento do SUS tem passado por um processo semelhante ao identificado no orçamento geral. Entre 2015 e 2025, os investimentos federais em saúde tiveram taxa média de crescimento real negativa de 6,4% ao ano⁷¹. Esses recursos voltaram a crescer apenas a partir de 2023, com a revogação da Emenda Constitucional 95/2016⁷² e a introdução do NovoArcabouço Fiscal⁷³, mas em ritmo ainda insuficiente. A participação dos investimentos no gasto federal em saúde permaneceu praticamente inalterada em quase uma década, oscilando entre 3% e 7%⁷⁴. Atualmente, os investimentos respondem por apenas 7% do orçamento federal do SUS, segundo análises sobre o [orçamento do SUS para 2025](#)⁷⁵. Em outras palavras, a maior parcela do orçamento do SUS é composta por despesas correntes, essencialmente, de natureza obrigatória.

Embora as despesas obrigatórias garantam continuidade a serviços essenciais, um orçamento majoritariamente rígido, limita o espaço fiscal para alocação de recursos não-obrigatórios igualmente importantes ao SUS, como são os gastos de investimentos, gerando, por consequência, menores possibilidades de financiamento de políticas mais estruturantes de longo prazo, e de fortalecimento das capacidades estatais. As consequências dessa trajetória são significativas.

Em primeiro lugar, o baixo investimento federal compromete a expansão da infraestrutura física em saúde dos estados e, principalmente, dos municípios. Isso porque, pela maior parte dos entes subnacionais possuem baixa capacidade arrecadatória, aliado à maiores restrições fiscais, para

70 Valores reportados em preços correntes de dezembro de 2025. Cálculo produzido a partir das dotações atualizadas do orçamento do SUS disponíveis no Sistema Integrado de Planejamento e Orçamento (SIOP) de 2015 a 2025.

71 Idem.

72 A Emenda Constitucional N°95/2016 visava enfrentar o problema da crise econômica à época e o desequilíbrio das contas públicas. Para isso, seu objetivo foi limitar o crescimento das despesas primárias da União nos próximos vinte anos. Como consequência, a evolução das despesas de saúde e educação passou a ser vinculada somente pela variação do IPCA, não apresentando crescimento real das despesas. Ver mais em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm.

73 Instituído pela Lei Complementar N°200/2023, o Novo arcabouço fiscal revogou o Teto de Gastos, mas sem comprometer a sustentabilidade fiscal das contas públicas do país. O Novo Arcabouço Fiscal passou a ser ancorado sob um piso e um teto orçamentário, retomando uma trajetória de crescimento real das despesas. Ver mais em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp200.htm.

74 Nobre e Faria, 2023.

75 Nobre e Semente, 2025.

expandir seus serviços, estes tendem a necessitar de recursos extras para materialização dessas ações⁷⁶. Ainda, é importante destacar que, mesmo quando há recursos disponíveis para expansão de investimentos, eles não necessariamente são endereçados conforme o volume inicialmente planejado, sendo frequentemente suscetíveis a remanejamentos para gastos de custeio durante a execução orçamentária⁷⁷.

Por fim, a redução da participação dos investimentos federais não apenas inibe o fortalecimento da capacidade instalada em saúde desses entes, mas transfere a eles, em grande medida, a responsabilidade por expandir e renovar a capacidade instalada do sistema, mesmo que não tenham recursos – entes que já destinam à saúde recursos acima dos mínimos constitucionais para atender às demandas crescentes do setor. Esse problema, contudo, não é resultante de decisões tomadas apenas no Poder Executivo. O Poder Legislativo tem assumido papel cada vez mais determinante na alocação do orçamento público, gerando uma fragmentação no planejamento e execução de políticas públicas, decorrente da expansão das emendas parlamentares e do seu modelo de utilização, tema da próxima subseção.

Quando o Congresso decide onde a saúde gasta: o avanço das emendas parlamentares

A trajetória das emendas parlamentares no orçamento federal da saúde é uma das transformações mais significativas do financiamento do SUS na última década. A Emenda Constitucional 86/2015, tornou obrigatória a execução das emendas individuais e exigiu que pelo menos metade desse recurso fosse direcionada à saúde⁷⁸. Desde então, de acordo com a nota técnica - [“O Orçamento do SUS para 2025: O que podemos esperar?”](#) - o protagonismo das emendas no orçamento do SUS cresceu de forma expressiva: em onze anos, os recursos destinados por EPs mais do que dobraram, passando de R\$ 8,7 bilhões para R\$ 26,3 bilhões, sua participação no orçamento federal da saúde subiu de 5% para 11% e, dentro das despesas discricionárias da área, saltou de 18% para 43%⁷⁹ – isso implica dizer que o Poder Executivo, a quem compete planejar e implementar políticas, perdeu discricionariedade sobre o orçamento em 25 p.p., restando autoridade de alocação sobre pouca mais da metade dos recursos discricionários⁸⁰.

As emendas parlamentares não são, em si, o problema. Elas estão previstas na Constituição de 1988 e cumprem papel legítimo no processo orçamentário. Porém, os mecanismos de planejamento e monitoramento que as regem não foram desenhados para a dimensão orçamentária que tomaram, sobretudo diante de restrições fiscais e das diferentes regras institucionais implementadas nos últimos anos. Até 2016, [as emendas destinadas à saúde financiavam principalmente a aquisição de](#)

76 Cruz et al., 2022.

77 Nobre, 2026.

78 Em 2024, metade das Emendas de Comissão também passaram a ser obrigatórias sua destinação para Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS). Ver mais em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp210.htm.

79 Nobre e Semente, 2025.

80 No mesmo período, as despesas discricionárias do MS apresentaram recuo de cerca de 12%, saindo de R\$ 39,7 bilhões para R\$ 35 bilhões.

máquinas e equipamentos, contribuindo para a ampliação do patrimônio do SUS – nesse ano, dos R\$ 7,5 bilhões destinados em EPs, R\$ 4,8 bilhões (64%) foram destinados a investimentos. Desde então, elas mudaram de perfil, passando a cobrir, essencialmente, despesas correntes, custeando desde compra de materiais de consumo para Unidades Básicas de Saúde até o pagamento de água e luz desses estabelecimentos – em 2024, do volume de emendas destinadas à saúde, apenas 10% foram direcionados a investimentos⁸¹.

O efeito combinado é uma fragmentação do financiamento da saúde. Uma parcela crescente dos recursos discricionários do SUS é capturada pelo Poder Legislativo, que não necessariamente, durante a indicação de suas emendas, seguem os princípios de financiamento do SUS, destinando, muitas das vezes, seus recursos de forma dissociada ao pactuado nos instrumentos de planejamento (PPA, LDO) e na lógica de regionalização da saúde. As emendas são direcionadas às bases eleitorais dos parlamentares, o que introduz uma lógica de representação política na alocação de recursos de saúde: territórios com menor representação parlamentar ou com bancadas menos organizadas recebem sistematicamente menos recursos *per capita*. O Ministério da Saúde, assim como estados e municípios, perdem previsibilidade sobre o orçamento e capacidade de planejamento e gestão orçamentária, e o sistema se torna cada vez mais dependente de uma fonte de recursos pulverizada e descoordenada. O resultado é um orçamento federal da saúde que enfrenta múltiplos desafios simultâneos, desde dificuldades de governabilidade por parte do Poder Executivo sobre o orçamento até restrições fiscais, e que limita o planejamento e implementação de políticas estruturantes orientadas à melhoria do acesso e da qualidade do cuidado.

81 Nobre, Rodrigues e Semente (2024).



Para onde vai o dinheiro da saúde?

A baixa transparência do orçamento destinado via emendas parlamentares

Um dos principais desafios no monitoramento do gasto público em saúde via emendas parlamentares é a baixa transparência sobre a execução desses recursos. Em relatório divulgado em dezembro de 2025, o Tribunal de Contas da União (TCU) analisou os 24 municípios que mais receberam recursos de emendas parlamentares em 2024 e classificou 16 deles como tendo nível de transparência “insuficiente”, abaixo dos requisitos mínimos legais de publicação desses recursos⁸².

A opacidade tem se intensificado com o surgimento de novas modalidades de emendas, em especial as chamadas “emendas Pix”, que permitem transferências diretas a estados e municípios sem vinculação a área temática específica. Essa modalidade deixa a aplicação dos recursos a critério dos prefeitos e, em muitos contextos, opera sem regras claras de prestação de contas. A falta de transparência se torna mais grave conforme cresce expressivamente o volume de recursos destinados via emendas parlamentares.

No âmbito das EPs em saúde, ainda que consigamos identificar o município e a área programática destinatária dos recursos, a mudança do perfil das emendas, indo cada vez mais para gastos de custeio, traz novos desafios de monitoramento e avaliação. Isso porque, por não exigirem planos de trabalho e prestação de contas, estas são em grande medida destinadas de forma genérica, não transmitindo com clareza para onde esses recursos estão sendo efetivamente utilizados. Isso se torna ainda mais preocupante com as medidas mais recentes implementadas pelo Congresso Nacional (CN), em particular, a Resolução nº 02/2025, que autorizou o uso de emendas coletivas para pagamento de pessoal⁸³, não sendo possível identificar seus beneficiários.

O Supremo Tribunal Federal (STF) tem exigido novas regras para enfrentar o problema. A Lei Complementar 210/2024, obriga as bancadas estaduais a destinarem recursos apenas para seus estados e exige, no caso das emendas individuais sem finalidade definida, o envio de planos de trabalho, além de determinar que pelo menos 70% desses recursos sejam destinados a projetos estruturantes⁸⁴. Apesar dessas medidas, persistem dificuldades importantes. Estados e municípios, especialmente os de pequeno porte, enfrentam limitações de capacidade institucional e de infraestrutura para publicar esses recursos. No nível federal, a ausência de um sistema de informação unificado, que acompanhe toda a cadeia de repasse das emendas, da origem à aplicação na ponta, dificulta o monitoramento, a avaliação e o accountability do gasto público em saúde.

82 Para calcular o nível de transparência dos municípios, a equipe de fiscalização do TCU desenvolveu um indicador sintético denominado Transparência Ativa das Emendas Parlamentares (TAEP). Esse indicador foi construído a partir de diferentes variáveis em sua composição, cobrindo divulgação, detalhamento, acessibilidade e atualizações das informações sobre as emendas parlamentares, permitindo assim traçar uma avaliação e facilitar o accountability dos recursos destinados nesses territórios. Ver mais em: https://pesquisa.apps.tcu.gov.br/documento/acordao-completo/*/?KEY%253AACORDAO-COMPLETO-2726508/DTRELEVANCIA%2520desc%252C%2520NUMACORDAOINT%2520desc/0

83 Nobre, Pereira e Semente, 2025.

84 Ver mais em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp210.htm.



Referências

Arruda, H. et al., (2025). Inflação de planos de saúde no Brasil em perspectiva comparada. Nota Técnica n. 37. Rio de Janeiro: IEPS. Disponível em: <https://ieps.org.br/nota-tecnica-37/>

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>

Casalecchi, A. (2025). Cenários de longo prazo para a necessidade de financiamento da saúde. Brasília: Instituição Fiscal Independente (IFI)/Senado Federal. (Estudo Especial, n. 20). Disponível em: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/704195/EE_20.pdf

Consultor Jurídico. (2026) Anuário da Justiça: Saúde Suplementar 2026. São Paulo: Consultor Jurídico. Disponível em: <https://anuario.conjur.com.br/pt-BR/profiles/78592e4622f1-anuario-da-justica/editions/anuario-da-justica-saude-suplementar-2026>

Cruz, W. et al. (2022) Financiamento da saúde e dependência fiscal dos municípios brasileiros entre 2004 e 2019. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 6, p. 2459-2469, jun. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/Gf38wvnpdXkFmv3kDLJxZgR/abstract/?lang=pt>.

Cunha, J; Farranha, A. (2021). Judicialização da saúde no Brasil: categorização das fases decisórias a partir do Supremo Tribunal Federal e os impactos no Sistema Único de Saúde. *Public Sciences & Policies – Ciências e Políticas Públicas*, 7(1), 15–35.

Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (IEPS). (2022). Agenda Mais SUS em Evidências, v. 3: saúde mental. Rio de Janeiro: IEPS. Disponível em: <https://agendamaissus.org.br>

Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (IEPS). (2023). Agenda Mais SUS – diagnóstico, v. 4: condições de vida e saúde. Rio de Janeiro: IEPS. Disponível em: <https://agendamaissus.org.br>

Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (IEPS). (2024). 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/>

Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (IEPS). (2025b). 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). (2025a). Radar Político da Saúde: a saúde no Congresso Nacional em 2024. Brasília: IEPS. Disponível em: <https://ieps.org.br/radar-politico-saude-especial-congresso-nacional-2024/>

Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (IEPS). (2026). Radar Político da Saúde: como o Congresso Nacional quer regular as bets no Brasil? Brasília: IEPS. Disponível em: <https://ieps.org.br/radar-politico-regular-bets/>

Instituto Sou da Paz. (2025). Custos da violência armada: gastos da saúde pública com atendimento de vítimas de arma de fogo (3. ed.). São Paulo: Instituto Sou da Paz.

Lemgruber, J., et al. (2023). Saúde na linha de tiro: impactos da guerra às drogas sobre a saúde no Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: CESeC.

Machado, C. V., et al. (2014). Federalismo e política de saúde: comissões intergovernamentais no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 48(4), 642–650. DOI: 10.1590/S0034-8910.2014048005200

Menicucci, T; Costa, L; Machado, J. (2018). Pacto pela saúde: aproximações e colisões na arena federativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(1), 29–40. DOI: 10.1590/1413-81232018231.17902015

Nobre, V. (2026). Prioridades do orçamento da saúde em 2025. *Boletim Radar+SUS*, n. 8. Rio de Janeiro: Instituto de Estudos para Políticas de Saúde. Disponível em: <https://ieps.org.br/boletim-radar-mais-sus-8/>

Nobre, V; Faria, M. (2023). O orçamento da saúde para 2023: o que mudou nos últimos dez anos? Nota Técnica n. 29. Rio de Janeiro: Instituto de Estudos para Políticas de Saúde. Disponível em: <https://ieps.org.br/nota-tecnica-29/>

Nobre, V; Pereira, J; Semente, M (2025). Emendas parlamentares no SUS: recursos incertos para despesas permanentes. *Boletim Radar+SUS* n. 6/2025. Rio de Janeiro: Instituto de Estudos para Políticas de Saúde. Disponível em: <https://ieps.org.br/boletim-radar-mais-sus-6/>

Nobre, V., Rodrigues, M., Semente, M. (2024). Emendas Parlamentares em saúde: para onde caminham?. Nota Técnica n. 35. Rio de Janeiro: Instituto de Estudos para Políticas de Saúde. <https://ieps.org.br/nota-tecnica-35/>

Nobre, V; Semente, M. (2025). O orçamento do SUS para 2025: o que podemos esperar? Nota Técnica n. 38. Rio de Janeiro: Instituto de Estudos para Políticas de Saúde. Disponível em: <https://ieps.org.br/nota-tecnica-38/>

Ocké-Reis, C. O. (2021). Avaliação do gasto tributário em saúde: o caso das despesas médicas do Imposto de Renda da Pessoa Física (IRPF). Texto para Discussão Ipea, n. 2712. [Brasília]: Ipea. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/items/44811f8d-efe5-44cb-b28d-7516bd954c48>

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>

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/>

Reis, A. A. C. dos, et al. (2017). Reflexões para a construção de uma regionalização viva. Ciência & Saúde Coletiva, 22(4), 1045–1054. DOI: 10.1590/1413-81232017224.26552016

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, L; Andrade, L. (2011). Redes interfederativas de saúde: um desafio para o SUS nos seus vinte anos. Ciência & Saúde Coletiva, 16(3), 1671–1680. DOI: 10.1590/S1413-81232011000300002

Secretaria de Estado de Educação de Pernambuco; Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (IEPS) (Org.). (2026). Manual PNAPCE: da lei à prática: como implementar a Política Nacional de Atenção Psicossocial nas Comunidades Escolares. Recife: SEE-PE; IEPS.

Semente, M; Nobre, V. (2024). Subsídios ao setor privado de saúde no Brasil. Brasília: Instituto de Estudos para Políticas de Saúde; Umane. Disponível em: <https://ieps.org.br/setor-privado-e-relacoes-publico-privadas-da-saude-no-brasil-em-busca-do-seguro-perdido-estudos>

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/>

Vinholes, B. A.; Botton, L. T. J.; Hirdes, A. (2021). Aspectos positivos e negativos da judicialização da saúde no Brasil. RECIMA21 – Revista Científica Multidisciplinar, 2(7).

Wang, D. (2008). Escassez de recursos, custos dos direitos e reserva do possível na jurisprudência do STF. Revista Direito GV, 4(2), 539–568.

Werneck, G; Bahia, L; Moreira, J. P. L; Scheffer, M. (2021). Mortes evitáveis por Covid-19 no Brasil. São Paulo: Oxfam Brasil. Disponível em: https://www.oxfam.org.br/wp-content/uploads/2021/06/Mortes-Evitaveis-por-Covid-19-no-Brasil_FINAL.pdf



agenda
mais **SUS**

Evidências e Caminhos
para Fortalecer a Saúde
Pública no Brasil



IEPS
Instituto de Estudos
para Políticas de Saúde

UMANE