



Os planos de governo para a saúde nas eleições presidenciais de 2026



IEPS
Instituto de Estudos
para Políticas de Saúde

UMANE

agenda
mais **+ SUS**

SUMÁRIO EXECUTIVO

Seis planos de governo e os mesmos gargalos

Faltam recursos e coordenação federativa para tirar as propostas para a saúde do papel.



Mais da metade das 95 propostas (56%) já existe como política ou programa do SUS, embora muitas sejam apresentadas como novidade. Prontuário eletrônico único, telemedicina e uso de inteligência artificial na organização do acesso aparecem como solução em todos os seis planos de governos.

O maior obstáculo à implementação das propostas está no orçamento e na coordenação federativa. Na maior parte dos casos, os planos não indicam a fonte do dinheiro nem o caminho para o acordo entre União, estados e municípios.

95 propostas de saúde dos seis planos analisadas

56% já existem como política ou programa do SUS

95% exigem recursos adicionais

83% dependem de articulação entre União, estados e municípios



O que o IEPS fez

O IEPS analisou a seção de saúde dos planos dos seis candidatos com 2% ou mais de intenção de voto e catalogou 95 propostas. A análise foi além da comparação de conteúdo. Cada proposta foi avaliada quanto às condições para sair do papel, considerando orçamento, necessidade de lei e grau de coordenação entre os entes. O IEPS também verificou quais propostas repetem políticas já em vigor, o que separa promessa nova de continuidade.

Cinco perguntas feitas a cada proposta

1.

Formulação

A proposta mostra como seria executada ou só declara uma intenção?

2.

Recursos

Exige mais dinheiro sem propor a fonte dos recursos?

3.

Lei nacional

Depende de mudança em lei federal ou basta um ato do Executivo?

4.

Articulação federativa

A União executa sozinha ou depende da adesão de estados e municípios?

5.

Política existente

A proposta reproduz o que já existe, no todo ou em parte, no SUS?

CONVERGÊNCIAS

Onde os planos concordam

Os consensos se concentram em saúde digital. Em nove dos dez temas, o SUS já tem política ou programa em vigor.

Proposta	Lula	Caiado	Zema	Flávio	Renan	Cury	Já existe no SUS
Prontuário eletrônico único							RNDS e prontuário eletrônico unificado por CPF em implementação
Telemedicina e telessaúde							Núcleos de Telessaúde
IA no agendamento e na triagem							Não identificado
Fila por risco clínico							PNAES e PNR-SUS
Saúde mental							RAPS e CAPS
Regionalização da rede							CIR, CIB e PRI
Capacidade ociosa do setor privado							Agora Tem Especialistas
Combate ao câncer							Supercentro de Telediagnóstico e lei dos 60 dias
Cuidado ao idoso							PADI Brasil, Caderneta da Pessoa Idosa e IVCF-20
Tabela SUS ou modelo de pagamento							OCI e Agora Tem Especialistas
Total	10/10	10/10	8/10	8/10	5/10	6/10	

O amarelo indica que o plano traz alguma proposta sobre o tema. A coluna “Já existe no SUS” registra a política ou o programa vigente que já contempla, parcial ou integralmente, as propostas para o tema.

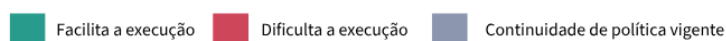


CANDIDATURAS

O que cada plano propõe e o que pesa na execução

As barras mostram a parcelada das propostas de cada plano em cada critério. A leitura é feita critério a critério, sem nota ou ranking entre as candidaturas.

FATORES QUE PERMITEM A IMPLEMENTAÇÃO



ARTICULAÇÃO FEDERATIVA



Luiz Inácio “Lula” da Silva



MOTE

Continuidade dos programas do mandato atual, com fila única digital ordenada por risco.

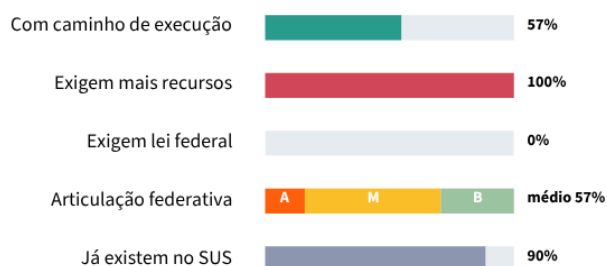
O QUE TRAZ DE DIFERENTE

19 das 21 propostas dão continuidade a políticas em vigor, como PADI Brasil, PNR-SUS e Agora Tem Especialistas.

LEITURA DA EXECUÇÃO

Nenhuma proposta depende de lei nova e só 14% exigem pactuação ampla. O limite está no orçamento, pois todas pedem recursos adicionais.

21 propostas de saúde



Ronaldo Caiado



MOTE

Quinze ações com metas para 2030, apoiadas em regulação da fila e federalismo cooperativo.

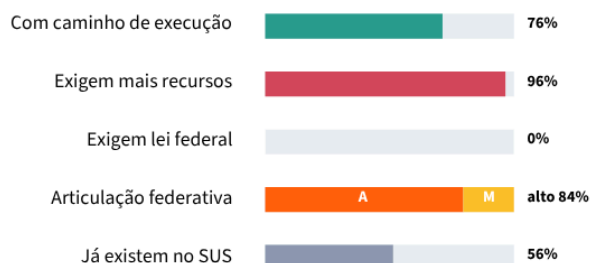
O QUE TRAZ DE DIFERENTE

Linhas de cuidado com metas próprias para infarto, AVC e doenças raras, sem equivalente nos demais planos.

LEITURA DA EXECUÇÃO

Tem a maior proporção de propostas detalhadas (76%). Também tem a maior dependência de pactuação ampla entre os entes (84%).

25 propostas de saúde



Romeu Zema



MOTE

Mais espaço para o setor privado, com contratos para usar a capacidade ociosa de hospitais e clínicas.

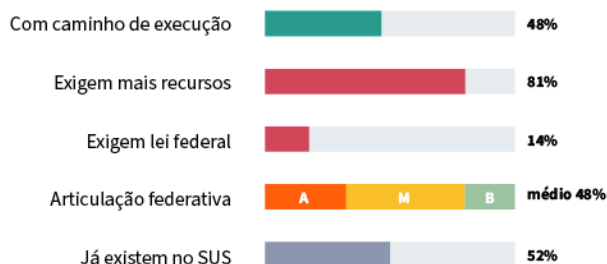
O QUE TRAZ DE DIFERENTE

Único a propor flexibilizar a regulação da ANS para permitir planos só ambulatoriais. A ANS desistiu dessa mudança em 2025.

LEITURA DA EXECUÇÃO

Metade das propostas (52%) não detalha a execução. Três exigem mudança de lei federal, todas ligadas aos planos de saúde.

21 propostas de saúde



Flávio Bolsonaro



MOTE

Prontuário único vinculado ao CPF, IA no agendamento e correção da Tabela SUS.

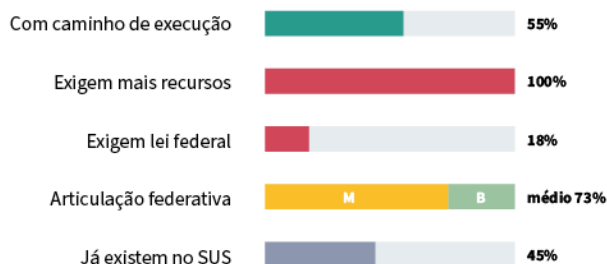
O QUE TRAZ DE DIFERENTE

Único a propor reajustar os valores da Tabela SUS, sem indicar nova fonte de recursos.

LEITURA DA EXECUÇÃO

Nenhuma proposta exige pactuação ampla, mas 73% dependem da adesão de cada estado e município. Todas as 11 exigem mais recursos.

11 propostas de saúde



Renan Santos



MOTE

Fila por risco e vulnerabilidade, prontuário nacional e centros regionais de referência.

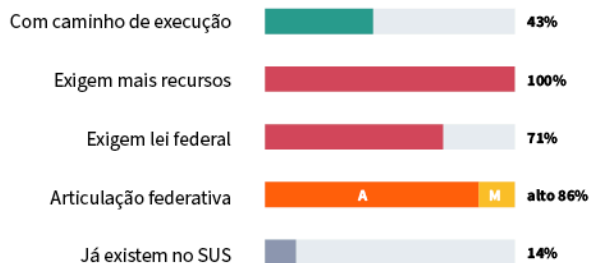
O QUE TRAZ DE DIFERENTE

Propõe importar o DoctorSV, plataforma de El Salvador sem avaliação independente publicada, e integrar dados genômicos ao prontuário do SUS.

LEITURA DA EXECUÇÃO

Concentra as maiores barreiras legais e federativas. 71% das propostas exigem lei nova e 86% pactuação ampla. Fora da saúde, o plano ainda propõe desvincular o piso constitucional do setor.

7 propostas de saúde



Augusto Cury



MOTE

Tele Saúde Brasil, com atendimento digital em até 30 minutos.

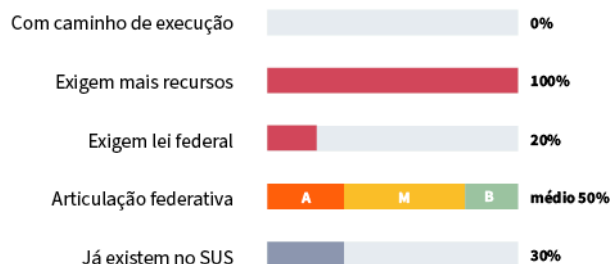
O QUE TRAZ DE DIFERENTE

Replicar em todo o país o modelo do Hospital de Amor, de Barretos, no cuidado ao câncer. As propostas de câncer e saúde mental se apoiam em teoria do próprio candidato, sem validação científica.

LEITURA DA EXECUÇÃO

Nenhuma das 10 propostas detalha como seria executada. É o único plano nessa condição.

10 propostas de saúde



FORA DO DEBATE

Três riscos à saúde que nenhum plano enfrenta

Temas da Agenda Mais SUS 2027-2030 ausentes dos planos ou tratados de forma superficial.

APOSTAS ONLINE

25 milhões de brasileiros apostaram online em 2025

1,4 milhão preencheria critérios para transtorno do jogo e o custo social chega a R\$ 38,8 bilhões por ano. Quando aparece nos planos, o tema é tratado como questão de orçamento familiar.

CLIMA E SAÚDE

29% dos estabelecimentos do SUS ficam perto de áreas de alto risco geológico

A distância é de menos de 500 metros. Os planos tratam adaptação climática como pauta ambiental, sem ligação com a rede de saúde.

SAÚDE MENTAL NO AMBIENTE DIGITAL

ECA digital início da vigência em março de 2026

A fiscalização das plataformas ainda é frágil. Nenhum plano trata a regulação do ambiente digital como mecanismo de proteção à saúde mental de crianças e adolescentes.

1. Introdução

Este boletim analisa comparativamente as propostas de saúde dos seis planos de governo de candidatos à Presidência da República com 2% ou mais de intenção de voto na disputa presidencial de 2026¹ e avalia a possibilidade de implementação das propostas à luz do orçamento público federal e da [Agenda Mais SUS 2027-2030](#), com o objetivo de qualificar o debate eleitoral no tema da saúde pública.

Cada um dos seis planos de governo foi lido integralmente em sua seção de saúde. As propostas foram organizadas por tema, permitindo comparar quais candidaturas convergem em torno de uma mesma ideia e quais trazem formulações exclusivas. A segunda etapa da análise mapeia os fatores que facilitam ou dificultam a implementação de cada proposta segundo quatro critérios: i) Formulação: se a proposta apenas declara uma intenção genérica ou se apresenta um caminho de execução, entendendo que já ter um caminho desenhado facilita sua implementação; ii) Recursos: se a implementação da proposta, tal como descrita, exige aumento de recursos orçamentários da saúde; iii) Lei nacional: se a proposta depende de alteração de lei federal para ser implementada, e não apenas de ato administrativo do Poder Executivo; e iv) Nível necessário de articulação federativa: classificada como baixa quando a proposta pode ser conduzida pela União sozinha, ainda que sujeita à pactuação formal na Comissão Intergestores Tripartite (CIT); média quando depende de adesão progressiva e voluntária de estados e municípios, um a um; e alta quando exige pactuação tripartite substantiva, adesão simultânea de grande parte dos entes ou reestruturação de fluxos financeiros entre eles. Por fim, avalia-se se a proposta corresponde, no todo ou em parte, a uma política, programa ou norma já vigente.

O boletim está organizado em duas partes principais. A seção 3 analisa comparativamente as propostas por tema, cobrindo os pontos em que os planos convergem. A seção 4 examina individualmente cada um dos seis planos de governo. Para cada candidatura, apresenta-se um resumo executivo, suas propostas exclusivas e uma avaliação das condições de implementação segundo os cinco critérios específicos. Ao final, um quadro comparativo sintetiza essas condições entre as seis candidaturas, acompanhado de análise dos temas ausentes no conjunto dos programas.

¹ Pesquisa Datafolha | 8 a 10 de setembro. Reg TSE: BR - 01833/2026

2. Análise temática comparada dos planos de governo

2.1 FILA E REGULAÇÃO DO ACESSO À SAÚDE

Cinco das seis candidaturas propõem substituir a fila cronológica por um critério de risco clínico. Luiz Inácio "Lula" da Silva promete uma "fila única digital e ordenada pelo risco clínico" (p. 38). Ronaldo Caiado propõe um "Sistema Nacional de Acesso e Regulação Inteligente que substitua progressivamente a fila passiva". Romeu Zema quer usar "inteligência artificial para otimizar a gestão das filas e direcionar cada paciente". Renan Santos propõe a "adoção do modelo Hub-and-Spoke" (em tradução livre, modelo de eixo e satélites) ou organização de redes, articulada a uma fila organizada por critérios objetivos. Augusto Cury promete "classificação automática de risco" e "priorização dos casos mais graves" por meio de triagem por IA. Flávio Bolsonaro é a exceção: propõe usar IA para "agilizar o agendamento de consultas e exames, ajudando a encaixar o paciente na primeira vaga disponível", sem alterar o critério de ordenação da fila.

Fila por risco clínico não é novidade normativa. A Política Nacional de Regulação em Saúde do SUS (PNR-SUS), aprovada em dezembro de 2025, já estabelece que o acesso deve ser organizado por risco e vulnerabilidade², com a Atenção Primária como ordenadora do sistema. O parâmetro que os planos apresentam como diferencial já existe na norma federal. O problema não é a inexistência da norma, mas sua implementação, que depende de três condições estruturais que nenhum programa detalha e que são anterior à própria reordenação da fila: fazer estados e municípios alimentarem um sistema único de dados, hoje fragmentado entre o sistema federal e sistemas próprios municipais e estaduais; conectar a fila da atenção primária à fila de exames diagnósticos e de especialistas, para que a triagem feita na Unidade Básica de Saúde (UBS) altere a posição do paciente lá na frente; e dar apoio técnico aos estados para desenhar sua própria regulação regional, já que a norma federal não se implementa sozinha. Sem essas três mudanças operacionais prévias, cada ente continua operando sua fila isoladamente, e nenhuma reordenação por risco é possível.

²A noção de estratificação por risco já aparecia em 2010, no manual "Diretrizes para a implantação de complexos reguladores" (2ª edição, Ministério da Saúde). O critério de vulnerabilidade, combinado a risco e necessidade, já constava do "Custeio dos Núcleos de Telessaúde: manual instrutivo", de 2015 (Melo et al., 2021).

2.2 SAÚDE DIGITAL, DADOS E TELEMEDICINA

O prontuário eletrônico único e a telemedicina são as duas únicas propostas presentes nos seis planos, sem exceção. Luiz Inácio "Lula" da Silva fala em "consolidação do prontuário único do cidadão, que já avança por meio da Rede Nacional de Dados em Saúde". Ronaldo Caiado propõe uma "Infraestrutura Nacional de Dados em Saúde". Romeu Zema quer "construir um registro nacional de saúde unificado e sob controle do cidadão". Flávio Bolsonaro promete "implantar o prontuário eletrônico único, vinculado ao CPF". Renan Santos propõe a "criação do PRONTO (Prontuário Eletrônico Nacional Interoperável)". Augusto Cury fala em "digitalização dos prontuários" integrados entre redes públicas e privadas. A infraestrutura nacional de dados já existe, se chama [Rede Nacional de Dados em Saúde \(RNDS\)](#), um ecossistema descentralizado que integra prontuários eletrônicos de diferentes sistemas e cujas bases tecnológicas e normativas já estão estabelecidas. Desde 2025, o Ministério da Saúde estabelece a obrigatoriedade de identificação por meio do CPF para instituir o prontuário eletrônico unificado; os principais desafios para essa consolidação são de desigualdade regional e integração com o setor privado.

Sobre telemedicina, Luiz Inácio "Lula" da Silva cita "teleconsultas, teleorientação e teleacolhimento na rede". Zema quer "investir em infraestrutura e capacitação dos profissionais para atendimento por telemedicina". Ronaldo Caiado propõe "telessaúde como apoio clínico e educacional". Flávio Bolsonaro promete atendimento "com a telessaúde e o teleatendimento por aplicativo". Renan Santos propõe um "sistema digital de saúde, que combine telemedicina e diagnósticos por IA". Augusto Cury promete fazer do Brasil "a maior plataforma pública de medicina digital do mundo", com meta explícita de escala.

Nenhum dos seis planos distingue as diferentes modalidades de telessaúde ao prometer sua expansão. A Agenda Mais SUS separa a teleconsulta, atendimento remoto direto ao paciente, da teleconsultoria, apoio remoto de um especialista a outro profissional de saúde, e do telediagnóstico, recomendando que a escolha entre elas seja feita por critério clínico, não por padrão único. A distinção importa porque a teleconsulta pressupõe um médico disponível na outra ponta atendendo o paciente, o que não resolve a falta de médicos no SUS em diversas localidades ou de determinadas especialidades. A teleconsultoria multiplica a capacidade de um especialista para apoiar várias equipes de atenção primária ao mesmo tempo, sem depender de um médico por paciente, e é essa modalidade que a Agenda recomenda priorizar diante da carência de profissionais. Nenhum dos seis planos faz essa distinção ao prometer "ampliar a telemedicina".

Além disso, parte do gargalo do acesso está no exame, não na consulta: boa parte da demora entre a suspeita clínica e o início do tratamento vem do tempo de espera por exame de imagem ou laboratorial, não necessariamente do acesso a um especialista. O setor privado concentra treze vezes mais aparelhos de ressonância magnética e cerca de cinco vezes mais tomógrafos do que a rede pública³, uma desproporção de infraestrutura que nenhuma plataforma de telemedicina resolve, porque teleconsulta e teleconsultoria não operam um equipamento de exame de imagem

³ IEPS e Umane (2024).

à distância. Some-se a isso a base de dados sobre a qual qualquer uma dessas modalidades precisaria operar: um prontuário nacional novo não resolve nada se as UBS que deveriam alimentá-lo não tiverem conectividade adequada. Hoje, 34,8% das unidades conectadas avaliam sua própria conexão como inadequada, e 47,8% não têm infraestrutura para webconferência, segundo o Censo Nacional das UBS 2024.

2.3 REMUNERAÇÃO DOS PRESTADORES DE SERVIÇO E O PAPEL DO SETOR PRIVADO

Três candidaturas tratam do modelo de remuneração dos prestadores de serviço, uma delas de forma indireta. Flávio Bolsonaro promete "garantir as condições para que seja possível a correção efetiva da tabela SUS", reconhecendo que "a lei de reajuste já existe, mas, presa ao orçamento, não enfrentou a defasagem". Ronaldo Caiado propõe uma mudança mais ampla, com "oferta regional integrada e contratualização inteligente" que mobilize prestadores públicos e privados por região e desfecho, em vez de procedimento isolado. Luiz Inácio "Lula" da Silva não formula uma proposta explícita de remuneração, mas seu compromisso de ampliar o Agora Tem Especialistas dá continuidade a um programa que já paga, por meio de Portaria, um complemento médio de 255% sobre a Tabela SUS – superior aos 166% da Tabela SUS Paulista. Romeu Zema, Renan Santos e Augusto Cury não tratam do tema.

A mudança de modelo de pagamento que Ronaldo Caiado propõe já está em curso, ainda que de forma parcial: as Ofertas de Cuidados Integrados (OCI) substituem, onde implementadas, o pagamento por procedimento isolado por pacotes assistenciais, e ao menos um estado, São Paulo, já criou complementação própria à Tabela SUS. A resposta federal mais recente ao problema da defasagem segue nessa mesma direção, não a de corrigir o valor nacional da tabela: a Portaria GM/MS nº 12.116, de 21 de agosto de 2026, regulamentou as regras para que estados, Distrito Federal e municípios paguem valores superiores aos da Tabela SUS com recursos próprios, ou recursos federais, estaduais ou municipais, desde que a medida seja fundamentada em necessidade assistencial. Na prática, formaliza como regra nacional um modelo semelhante ao que São Paulo já pratica, o que resolve a defasagem apenas onde e quando o ente federativo tiver capacidade fiscal para complementar, sem alterar o valor regularmente repassado pela União. O obstáculo é a falta de espaço fiscal para bancar a transição em escala nacional sem que estados com menor capacidade arrecadatória fiquem para trás.

Quatro candidaturas propõem usar a capacidade ociosa da rede privada para reduzir filas. Luiz Inácio "Lula" da Silva cita a "ampliação das parcerias com iniciativa privada" no âmbito do Agora Tem Especialistas. Ronaldo Caiado propõe mobilizar "hospitais públicos, filantrópicos, universitários e privados contratados quando necessário", dentro de uma rede pactuada por região. Romeu Zema afirma que "o setor privado, que tem estrutura e capacidade ociosa, é subutilizado" e propõe contratos com "hospitais privados para realização de consultas, exames e cirurgias", além de propor reduzir a regulação sobre planos de saúde privados. Flávio Bolsonaro quer "contratar serviços e exames na rede privada nos horários ociosos". Renan Santos e Augusto Cury não tratam do tema.

Ampliar contratos com o setor privado antes de conectar a própria rede pública inverte a ordem do problema: a contratação do serviço vai responder à oferta em vez de à demanda; comprar capacidade extra sem um sistema de dados público já integrado soma mais um prestador desconectado à fila fragmentada, sem resolvê-la. Há também um obstáculo de outra natureza. Dado de saúde é ativo comercial para uma operadora ou um hospital privado, e hoje não existe obrigação legal de que esse dado seja compartilhado em tempo real com um sistema público de regulação; uma integração mais profunda depende de mudança normativa, não de boa vontade contratual. A proposta de Romeu Zema, de flexibilizar a regulação da ANS para permitir "variações de cobertura, segmentação de serviços", permitindo planos apenas ambulatoriais, tem uma implicação técnica específica: um plano ambulatorial cobre consultas, exames e procedimentos simples, mas limita a cobertura de emergência às primeiras doze horas, sem internação. Quem contrata esse tipo de plano, ao precisar de terapias, cirurgia ou internação, vai necessitar recorrer ao SUS, o que concentra os procedimentos de baixo custo no setor privado e mantém os de alto custo no setor público.

2.4 REGIONALIZAÇÃO E COORDENAÇÃO INTERFEDERATIVA

Ronaldo Caiado, Romeu Zema e Renan Santos propõem explicitamente algum modelo de reorganização regional da rede. Ronaldo Caiado detalha o "federalismo cooperativo: a União define padrões nacionais, financia prioridades estratégicas, integra". Renan Santos propõe a "adoção do modelo Hub-and-Spoke" (em tradução livre, modelo de eixo e satélites), concentrando "demandas mais complexas nos centros regionais de referência". Romeu Zema promete "organizar a rede de saúde de forma regionalizada, integrando unidades de urgência", sem detalhar o instrumento de coordenação. O plano de Luiz Inácio "Lula" da Silva não nomeia a regionalização como proposta, mas sua promessa de continuidade do mandato atual carrega o compromisso de forma indireta: a Política Nacional de Regulação em Saúde do SUS (PNR-SUS), publicada pelo próprio governo em dezembro de 2025, estabelece em seu artigo 5º a "promoção da regionalização da saúde e da integração dos pontos de atenção" como diretriz vigente da regulação do SUS. Flávio Bolsonaro e Augusto Cury não estruturam a regionalização como eixo dos planos.

A maior parte dessas propostas já estão colocadas de alguma forma na diretriz organizativa do SUS, a regionalização. E para implementá-las, é necessário que sejam apreciadas e aprovadas em suas instâncias de pactuação, cuja existência os planos parecem ignorar. As Comissões Intergestores Regionais e Bipartite formalizam a negociação entre municípios e estados desde a criação do SUS, e todo o financiamento federal de média e alta complexidade já passa por Planejamentos Regionais Integrados (PRI) pactuados nesses fóruns. O problema documentado pelo IEPS não é a falta de uma instância, é que essa governança regional carece de capacidade técnica e de autoridade para se impor sobre o interesse de cada prefeitura isoladamente. Regionalizar sem fortalecer tecnicamente essas comissões tende a repetir o padrão de baixa adesão que já levou ao fracasso do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP), instituído pelo Decreto nº 7.508/2011, instrumento assinado por apenas dois estados em mais de uma década.

2.5 SAÚDE MENTAL

Cinco candidaturas tratam de saúde mental. Luiz Inácio "Lula" da Silva promete ampliar "os investimentos na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), ampliando a atenção a crianças, adolescentes e jovens". Ronaldo Caiado define meta de cobertura territorial, com "100% das regiões com desenho completo da RAPS" até 2030. Romeu Zema quer "criar indicadores para que a saúde mental seja tratada com maior eficiência", capacitando profissionais dos CAPS, dos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), dos Centros de Referência Especializados de Assistência Social (CREAS) e escolas, sem meta de cobertura. Flávio Bolsonaro apenas cita o "diagnóstico precoce e o apoio às crianças com TDAH; a atenção à depressão e à ansiedade". Augusto Cury propõe uma "ampla política nacional de saúde mental" com foco em "prevenção da ansiedade, automutilação e suicídio", formulada na linguagem de "gestão da emoção"⁴ que atravessa todo o plano, sem referência a diretrizes clínicas ou à rede de cuidado (CAPS, RAPS) mencionadas pelos demais. Renan Santos não aborda saúde mental em seu plano.

A Agenda Mais SUS mostra que a RAPS cresce num ritmo insuficiente frente à demanda, sobretudo no cuidado infantojuvenil: entre 2014 e 2024, o número de CAPS para adultos ultrapassou 2 mil unidades, enquanto os CAPS infantojuvenis (CAPSi) levaram mais de vinte anos para sair de cerca de 180 para pouco mais de 320, mantendo uma razão próxima de seis CAPS adultos para cada CAPSi. Em 2024, 484 municípios elegíveis ainda não tinham nenhum CAPS habilitado. Nenhum dos seis planos analisados estabelece meta de expansão para esse grupo específico, tratando a rede como um bloco único, sem diferenciar o descompasso entre o cuidado adulto e o infantojuvenil.

Também há a questão da integração intersetorial como condição, não como complemento. A Agenda recomenda fortalecer o apoio matricial e incorporar o cuidado em saúde mental às equipes multiprofissionais da atenção primária (eMulti), e articular CAPSi, Programa Saúde na Escola (PSE) e Assistência Social em fluxos intersetoriais. Nenhum dos seis planos propõe integrar explicitamente a saúde mental à atenção primária ou aos demais serviços territorializados; a maioria trata o tema como expansão de rede especializada isolada, sem conexão com a porta de entrada do sistema.

2.6 COMBATE AO CÂNCER

Quatro candidaturas tratam do combate ao câncer especificamente. Luiz Inácio "Lula" da Silva promete consolidar "em todo o Brasil, a maior rede pública de cuidado ao câncer do mundo", com o Supercentro Brasil de Telediagnóstico, que usa telepatologia para reduzir o tempo de laudo de biópsias de 25 para 5 dias, e expansão dos centros UNACON e CACON⁵; inaugurado em junho de 2025, em São Paulo, com apoio do INCA (Instituto Nacional de Câncer), o Supercentro já existe e,

⁴Essa linguagem deriva da "Teoria da Inteligência Multifocal", desenvolvida pelo próprio Augusto Cury e citada no Projeto 14 (SEA) do plano; cinco psiquiatras consultados pela Folha de S.Paulo afirmaram que a teoria não tem validação científica e que não a adotam na prática clínica. (Pinhoni; Zylberkan, 2026)

⁵ Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) e Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON).

desde então, expandiu para outros estados. Ronaldo Caiado dedica uma ação inteira ao tema, com meta de cumprir os prazos legais já existentes, de 30 dias para exames diagnósticos e 60 dias para início do tratamento. Augusto Cury propõe o projeto SEA (Sociedade Está Abraçando), de rastreamento organizado e comitês municipais; o texto atribui o diagnóstico tardio principalmente ao comportamento do paciente, "milhões de pessoas não realizam exames preventivos por medo, negação e baixa gestão da emoção⁶", e os Comitês SEA, um por município, teriam a atribuição de "identificar e acompanhar pessoas resistentes aos exames preventivos" – não de ampliar a oferta de e o acesso a exames; o projeto não estabelece meta de mais equipamentos de mamografia, profissionais radiologistas e patologistas ou redução do tempo de espera por biópsia. Flávio Bolsonaro trata o tema de forma mais restrita, como exame preventivo dentro do eixo de saúde da mulher. Romeu Zema e Renan Santos não trazem propostas de combate ao câncer.

O prazo de 60 dias entre diagnóstico e início do tratamento existe em lei desde 2012, e seu cumprimento depende da capacidade dos entes para realizar exame, biópsia e laudo em tempo hábil, não da existência da norma em si.

2.7 CUIDADO AO IDOSO

Quatro candidaturas tratam diretamente do cuidado à população idosa. Luiz Inácio "Lula" da Silva cita um programa federal já em funcionamento, o Programa de Atenção Domiciliar ao Idoso (PADI Brasil), "que já está implantado em 2.655 municípios", prometendo "dar escala a esse programa do SUS". Ronaldo Caiado propõe "Programa Nacional de Prevenção da fragilidade, quedas e fraturas", com avaliação funcional e meta de que 90% dos idosos acompanhados pela Atenção Primária à Saúde (APS) tenham avaliação funcional atualizada até 2030. Essa avaliação, entretanto, já é prática padronizada no SUS por meio do Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional-20 (IVCF-20), instrumento desenvolvido e validado no Brasil, recomendado pelo Ministério da Saúde, integrado ao e-SUS APS e aplicado junto com a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa. Flávio Bolsonaro promete criar o "Programa de Atendimento aos Idosos, com atendimento facilitado e adequado a quem envelhece", sem detalhar o desenho do programa. Romeu Zema propõe "apoiar estados e municípios na implementação de políticas voltadas à saúde na terceira idade" e trata também de cuidados paliativos, prometendo acesso "de qualidade" a "todo brasileiro" no fim da vida, sem indicar mecanismos de implementação. Renan Santos e Augusto Cury não abordam o cuidado à população idosa.

⁶ Essa linguagem deriva da "Teoria da Inteligência Multifocal", desenvolvida pelo próprio Augusto Cury e citada no Projeto 14 (SEA) do plano; cinco psiquiatras consultados pela Folha de S.Paulo afirmaram que a teoria não tem validação científica e que não a adotam na prática clínica. (Pinhoni; Zylberkan, 2026)

2.8 QUADRO COMPARATIVO

Quadro 1 - Propostas de saúde convergentes entre os seis planos de governo, por tema

Tema	Propostas	Luiz Inácio “Lula” da Silva	Ronaldo Caiado	Romeu Zema	Flávio Bolsonaro	Renan Santos	Augusto Cury
Fila e regulação do acesso	Organizar a fila por critério de risco clínico, e não por ordem de chegada	●	●	●	●	●	●
	Usar inteligência artificial para agilizar o agendamento e a triagem	●	●	●	●	●	●
Saúde digital, dados e telemedicina	Criar ou consolidar prontuário eletrônico único e interoperável em nível nacional	●	●	●	●	●	●
	Ampliar a telemedicina ou a telessaúde como estratégia de acesso	●	●	●	●	●	●
Remuneração dos prestadores	Corrigir a Tabela SUS ou mudar o modelo de pagamento aos prestadores	●	●		●		
Regionalização e coordenação federativa	Propor um novo modelo de organização regional da rede de saúde	●	●	●		●	
Papel do setor privado	Ampliar o uso da capacidade ociosa do setor privado para reduzir filas do SUS	●	●	●	●		
Saúde mental	Ampliar ou fortalecer a rede ou as ações de saúde mental	●	●	●	●		●
Combate ao câncer	Ampliar ou reorganizar o cuidado ao câncer, da prevenção ao tratamento	●	●		●		●
Cuidado ao idoso	Ampliar ou reorganizar o cuidado à população idosa	●	●	●	●		

3. Análise individual de cada plano de governo

3.1 LUIZ INÁCIO "LULA" DA SILVA

Resumo: O programa de Luiz Inácio "Lula" da Silva organiza a saúde como continuidade do mandato atual. O balanço da Agenda Mais SUS mostra o que esses programas entregaram entre 2022 e 2025: a cobertura da Estratégia Saúde da Família cresceu de 67,4% para 72,8%, e os médicos do Programa Mais Médicos passaram a responder por 45,8% das equipes de saúde da família, contra 25,8% em 2022; o Novo Programa de Aceleração do Crescimento (PAC) investiu R\$ 6,2 bilhões em obras para o SUS em 2024⁷, priorizando municípios com vazios assistenciais. O plano apresenta esses resultados como base e propõe ampliar os programas, junto com o Agora Tem Especialistas. A proposta central é a fila única digital, ordenada por risco clínico e apoiada em inteligência artificial, integrada à Rede Nacional de Dados em Saúde. O programa também detalha uma política de soberania produtiva, com metas de nacionalização da produção de vacinas, biossimilares e terapias avançadas conduzidas pela Fiocruz e pelo Instituto Butantan – prioridade que converge com a da própria Fiocruz que, em carta aberta aos candidatos de 2026, listou "produzir mais ciência, vacinas, medicamentos e tecnologias no Brasil" entre suas sete prioridades.

O que traz de novo: O programa organiza-se como continuidade e ampliação de iniciativas já em curso no mandato atual. Como seria esperado para um governo de continuidade, das 21 propostas de saúde, (19) 90% correspondem, no todo ou em parte, a políticas ou programas já em vigor. É a maior proporção entre os seis planos analisados. As duas propostas restantes, a fila digital com uso de inteligência artificial e a integração de serviços de atenção primária, também aparecem nos demais planos.

Condições de implementação: Das 21 propostas de saúde do plano, 57% (12) apresentam caminhos para implementação e 43% (9) são mais genéricas. Todas as propostas (21) exigem recursos adicionais, e nenhuma exige mudança de lei nacional. Sobre articulação federativa: 57% (12) são de nível médio de articulação, 29% (6) de baixo e 14% (3) de alto, a menor proporção de alto nível de articulação entre os seis planos. A correspondência com política já existente é a maior do conjunto, 90% (19), o que se explica pelo fato de se tratar de um governo de continuidade. PADI Brasil, PNR-SUS, Supercentro Brasil de Teli Diagnóstico e o complemento de remuneração do Agora Tem Especialistas já operam, e o plano propõe, majoritariamente, sua continuidade ou ampliação.

⁷ Nobre e Semente, 2025

3.2 RONALDO CAIADO

Resumo: O programa de Ronaldo Caiado é organizado em quinze ações com metas mensuráveis para 2030, cada uma cobrindo uma frente distinta do sistema. Na regulação da fila e do acesso, o candidato propõe o Sistema Nacional de Acesso e Regulação Inteligente, que reorganiza consultas, exames, cirurgias e procedimentos de alta complexidade em uma plataforma única, na qual a posição do paciente passa a considerar gravidade clínica, risco de piora e tempo de espera, com centrais de comando que acompanham vagas ociosas e capacidade hospitalar em tempo real. Na remuneração dos prestadores, propõe substituir o pagamento por procedimento por contratos orientados a valor, população e desfecho clínico. O plano detalha linhas de cuidado com metas próprias para infarto e Acidente Vascular Cerebral (AVC) (hemodinâmica regional 24 horas, meta de reduzir 30% da mortalidade cardiovascular prematura até 2030) e doenças raras (centros de referência, pagamento por desempenho para terapias de alto custo), além de ações estruturadas para câncer, saúde da mulher, primeira infância e saúde mental. Propõe um modelo de federalismo cooperativo, no qual a União define padrões nacionais e financia prioridades estratégicas, enquanto estados e municípios executam de forma regionalizada e pactuada. Desenho que já corresponde, em linhas gerais, à divisão de competências prevista para o SUS; o que costuma variar na prática é a capacidade institucional de cada ente para de fato implementar a pactuação.

O que traz de novo: As linhas de cuidado com meta própria para infarto, AVC e doenças raras não têm o equivalente detalhado nos demais planos. Já a mudança de pagamento por procedimento para contratos por valor não é exclusividade sua: as Ofertas de Cuidados Integrados (OCI) já fazem isso onde implementadas. Pelo menos é o modelo que tem sido usado dentro do Programa Agora Tem Especialistas.

Condições de implementação: Das 25 propostas do plano, 76% (19) apresentam caminhos para implementação e 24% (6) são genéricas, a maior proporção de caminho de execução entre os seis. Quase todas, 96% (24), exigem recursos adicionais, e nenhuma exige mudança de lei nacional. Sobre articulação federativa, 84% (21) exigem um alto nível de articulação entre entes federativos, a maior proporção entre os seis planos, e 16% (4) de articulação média, nenhuma de baixa. A correspondência com política já existente é de 56% (14): a mudança no modelo de pagamento (OCI) e a avaliação funcional de idosos (IVCF-20) já existem como instrumentos no SUS, ainda que o plano os apresentem sem essa referência.

3.3 ROMEU ZEMA

Resumo: O programa de Zema organiza a saúde em cinco eixos, com ênfase na ampliação da participação do setor privado. Argumenta que o setor privado tem capacidade ociosa hoje subutilizada e propõe contratos com hospitais e clínicas privadas para consultas, exames e cirurgias, com metas de atendimento e qualidade, além de ampliar parcerias público-privadas e concessões. Propõe reduzir a regulação sobre planos de saúde privados, permitindo produtos com maior segmentação da cobertura e mecanismos de compartilhamento de custo, e simplificar exigências regulatórias sobre prestadores privados, inclusive as relacionadas ao uso de inteligência artificial. No lado público, propõe um registro nacional de saúde unificado sob liderança federal e financiamento da atenção primária por incentivo a resultados.

O que traz de novo: É o único que propõe flexibilizar a regulação da ANS, para permitir planos de saúde mais segmentados – o que implicaria na existência de planos somente ambulatoriais –, e reduzir a regulação sobre prestadores privados. Um plano ambulatorial cobriria consultas, exames e procedimentos simples, mas limitaria a cobertura de emergência às primeiras doze horas, sem internação; quem contratasse esse tipo de plano, ao precisar de cirurgia ou internação, precisaria recorrer ao SUS. Essa proposta já foi discutida pela ANS, que decidiu não dar prosseguimento a ela em 2025.

Condições de implementação: Das 21 propostas do plano, 48% (10) apresentam caminho de execução e 52% (11) são genéricas. A maioria, 81% (17), exige recursos adicionais, e 14% (3) exigem mudança de lei nacional – a maior proporção em números absolutos entre os seis planos, concentrada nas mudanças regulatórias sobre planos de saúde. Sobre articulação federativa, 48% (10) são de nível de articulação médio, 33% (7) de alto e 19% (4) de baixo nível. A correspondência/sobreposição com política já existente é de 52% (11).

3.4 FLÁVIO BOLSONARO

Resumo: O programa de Bolsonaro para a saúde está distribuído em diferentes capítulos do plano, sem um bloco único dedicado à área. Propõe a implantação de um prontuário eletrônico único, vinculado ao CPF e interoperável com a rede privada, com inteligência artificial usada para agilizar o agendamento de consultas e exames e para identificar preventivamente pacientes em risco antes do agravamento de doenças crônicas. Menciona explicitamente a correção da Tabela SUS, reconhecendo que a lei de reajuste já existe, mas não é cumprida por restrição orçamentária. O plano detalha um eixo de saúde da mulher, com prevenção sem fila longa e Unidades Móveis de Saúde da Mulher, e um Sistema Nacional de Cuidado para idosos e pessoas com deficiência, com centros-dia e atendimento domiciliar em parceria com estados, municípios e organizações sociais.

O que traz de novo: É o único que propõe corrigir a Tabela SUS complementando os valores já pagos – embora não apresente novas fontes de financiamento –, em vez de mudar a lógica de remuneração como propõe Ronaldo Caiado e como o governo atual já tem implementado. É também o único que propõe um Sistema Nacional de Cuidado para idosos e pessoas com deficiência sem detalhar mecanismo de financiamento ou pactuação.

Condições de implementação: Das 11 propostas do plano, 55% (6) apresentam caminho de execução e 45% (5) são genéricas. Todas, 100% (11), exigem recursos adicionais, e 18% (2) exigem mudança de lei nacional. Sobre articulação federativa, o plano não tem nenhuma proposta que demande alto nível de articulação; 73% (8) são de esforço de articulação médio e 27% (3) de baixo; a maior parte do plano ainda depende de adesão progressiva de estados e municípios, apenas não exige o nível mais alto de pactuação tripartite. A correspondência com política já existente é de 45% (5).

3.5 RENAN SANTOS

Resumo: O programa de Renan Santos propõe a ENER (Escala Nacional de Estratificação de Risco), que ordenaria a fila do SUS por gravidade clínica, risco de progressão, impacto funcional, vulnerabilidade social e tempo de espera. Propõe também o PRONTO (Prontuário Eletrônico Nacional Interoperável) e um modelo de concentração regional, que reúne procedimentos de maior complexidade em centros de referência. Para financiar essa reorganização, propõe o FNMA (Fundo Nacional de Modernização do Acesso), fundo de repasse a municípios condicionado ao desempenho, e complementa o pacote com uma plataforma de vigilância epidemiológica em tempo real, ligada ao programa Genomas Brasil e a uma futura capacidade nacional de produção de vacinas de mRNA.

O que traz de novo: A fila organizada por risco clínico não é exclusividade sua, está presente em praticamente todos os planos. O ponto exclusivo é a proposta de importar um modelo estrangeiro, o DoctorSV, plataforma salvadorenha lançada em 2023 e sem avaliação independente publicada; também é o único que propõe integrar dado genômico ao prontuário nacional do SUS, tema sem marco regulatório brasileiro específico para essa sensibilidade de dados.

Condições de implementação: Das 7 propostas do plano (o menor número de propostas dentre os planos), 43% (3) apresentam caminho de execução e 57% (4) são genéricas. Todas exigem recursos adicionais, e 71% (5) exigem mudança de lei nacional, a maior proporção entre os seis planos. Sobre articulação federativa, 86% (6) demandam alto nível de articulação, também a maior proporção entre os seis, e 14% (1) baixo, nenhuma de articulação média. A correspondência com política já existente é a menor entre os seis planos com propostas de saúde estruturadas, 14% (1). Fora do capítulo de saúde, o plano de Renan Santos traz uma proposta que afeta diretamente o financiamento de qualquer uma dessas iniciativas. Ele defende desvincular os pisos de saúde e educação da receita corrente líquida. É o único entre os seis planos que propõe desvincular o piso constitucional da saúde, o mecanismo que hoje obriga a União a aplicar um mínimo de recursos no setor. Isso contrasta com a exigência de recursos adicionais em todas as suas propostas de saúde: o mesmo plano que precisa de mais orçamento para a área propõe remover a garantia legal que hoje assegura um piso mínimo de gasto.

3.6 AUGUSTO CURY

Resumo: O programa de Cury dedica dois projetos inteiros à saúde, dentro de um plano de 200 páginas centrado em “saúde emocional” e “gestão da emoção”⁸. O eixo central é o Tele Saúde Brasil, que propõe transformar o país na maior plataforma pública de telemedicina do mundo, com uma rede nacional de médicos remunerados para atender pela plataforma, meta de atendimento digital em até trinta minutos para casos compatíveis e uso de inteligência artificial para triagem clínica prévia à consulta. O programa também detalha o projeto SEA, de prevenção e detecção precoce do câncer, e um Programa Nacional de Saúde Mental voltado à prevenção de ansiedade, automutilação e suicídio, formulado na linguagem de “educação emocional” que atravessa todo o plano.

O que traz de novo: A promessa de maior plataforma de telemedicina do mundo não é exclusiva, outros planos compartilham a mesma ambição. O ponto distintivo é usar o Hospital de Amor, de Barretos, como modelo a ser replicado nacionalmente no projeto SEA: hospitais de referência de alta performance dependem de gestão eficiente, recursos humanos especializados, cultura organizacional, tecnologia e interoperabilidade e captação de recursos para sustentabilidade financeira, fatores que não se transferem ou são reprodutíveis em todos os municípios do país. O SEA e o Programa Nacional de Saúde Mental se apoiam na “Teoria da Inteligência Multifocal”, desenvolvida pelo próprio Augusto Cury, sem validação científica.

Condições de implementação: Das 10 propostas do plano, nenhuma apresenta caminho de execução, todas são genéricas; o único plano nessa condição entre os seis. Todas exigem recursos adicionais, e 20% (2) exigem mudança de lei nacional. Sobre articulação federativa, 50% (5) são de esforço médio de articulação, 30% (3) de alto e 20% (2) de baixo. A correspondência com política já existente é de 30% (3).

⁸ Essa linguagem deriva da “Teoria da Inteligência Multifocal”, desenvolvida pelo próprio Augusto Cury e citada no Projeto 14 (SEA) do plano; cinco psiquiatras consultados pela Folha de S.Paulo afirmaram que a teoria não tem validação científica e que não a adotam na prática clínica. (Pinhoni; Zylberkan, 2026)

Quadro 2. Fatores que facilitam ou dificultam a implementação das propostas de saúde, por candidatura

Candidato	Propostas	Genéricas	Apresentam algum detalhamento	Exigem recursos adicionais	Exige lei federal	Nível de articulação			A política já existe
						Alto	Médio	Baixo	
Luiz Inácio "Lula" da Silva	21	43% (9)	57% (12)	100% (21)	0% (0)	14% (3)	57% (12)	29% (6)	90% (19)
Ronaldo Caiado	25	24% (6)	76% (19)	96% (24)	0% (0)	84% (21)	16% (4)	0% (0)	56% (14)
Romeu Zema	21	52% (11)	48% (10)	81% (17)	14% (3)	33% (7)	48% (10)	19% (4)	52% (11)
Flávio Bolsonaro	11	45% (5)	55% (6)	100% (11)	18% (2)	0% (0)	73% (8)	27% (3)	45% (5)
Renan Santos	7	57% (4)	43% (3)	100% (7)	71% (5)	86% (6)	0% (0)	14% (1)	14% (1)
Augusto Cury	10	100% (10)	0% (0)	100% (10)	20% (2)	30% (3)	50% (5)	20% (2)	30% (3)
Total	95	47% (45)	53% (50)	95% (90)	13% (12)	42% (40)	41% (39)	17% (16)	56% (53)

4. Financiamento e coordenação federativa: os desafios para implementação das propostas

Das 95 propostas de saúde catalogadas nos seis planos⁹, 95% (90) exigem recursos orçamentários adicionais e 83% (79) exigem articulação federativa de nível médio ou alto, isto é, dependem de adesão progressiva ou de pactuação tripartite entre União, estados e municípios.

O contexto orçamentário em que essas propostas seriam implementadas é de recursos restritos, e as projeções de longo prazo indicam que essa restrição tende a se agravar. Um estudo do órgão fiscal do Congresso projetou, para os próximos 45 anos, quanto a União precisaria gastar com saúde para manter o padrão atual de cobertura e qualidade do SUS diante do envelhecimento da população, da incorporação de novas tecnologias e da ampliação do acesso. A conclusão central é que essa necessidade de financiamento cresce, em média, 3,9% ao ano em termos reais na próxima década, ritmo mais rápido do que o teto global de despesas do Regime Fiscal Sustentável, a regra fiscal vigente desde 2023, permite crescer, no máximo 2,5% ao ano. A necessidade projetada supera o mínimo constitucional obrigatório para a saúde em R\$29,7 bilhões já em 2030¹⁰.

Ou seja, mesmo sem qualquer proposta nova de expansão, o gasto que já seria necessário só para manter o SUS como está hoje tende a ultrapassar o espaço fiscal disponível dentro desta década, o que agrava a viabilidade de qualquer proposta de ampliação apresentada pelos seis planos analisados. E essa perspectiva se coloca justamente quando a necessidade de gasto tende a crescer para acompanhar o envelhecimento populacional e a transição para doenças crônicas mais complexas. A população com 65 anos ou mais passou de 6% em 2000 para 12% em 2026, e deve alcançar 23% em 2050 (projeções do IBGE). A referência para elevar o gasto público em saúde é de 6% do PIB até 2030; contudo, entre 2018 e 2023, o gasto cresceu apenas de 3,9% para 4,3% do PIB entre 2018 e 2023¹¹.

Esse cenário de estagnação convive com um padrão observado ano após ano: o governo anuncia investimento e, ao longo do exercício, redireciona o recurso para custeio. Entre a dotação inicial e a atualizada de 2025, os investimentos em saúde sofreram uma retração de 34,7%, enquanto as despesas de custeio cresceram 5,6%, o mesmo movimento identificado em 2023 e 2024; a subfunção responsável pelo fomento ao Complexo Econômico-Industrial da Saúde, que sustenta a

⁹ [A tabela com todas as propostas analisadas encontra-se em Apêndice.](#)

¹⁰ Casalecchi (2025).

¹¹ Asth et al. (2026a)

soberania produtiva citada por Luiz Inácio "Lula" da Silva e Ronaldo Caiado, foi a mais afetada, com perda de 81,5% de seus recursos entre a dotação inicial e a atualizada¹².

Ao mesmo tempo, o Congresso fragmenta parte crescente do que resta: entre 2015 e 2025, as despesas discricionárias da União recuaram 40%, de R\$ 386 bilhões para R\$ 229 bilhões, reduzindo o espaço para investir em infraestrutura e equipamentos, enquanto o volume de emendas parlamentares para a saúde mais que dobrou no mesmo período, de R\$ 8,7 bilhões para R\$ 26,3 bilhões, hoje quase metade (43%) das despesas discricionárias da pasta, com destinação fragmentada e sem fortalecimento equivalente dos mecanismos de transparência¹³, e cada vez mais direcionada para despesas correntes em vez de expansão de capacidade instalada: em 2024, apenas R\$ 10 de cada R\$ 100 em emendas de investimento foram para expansão de infraestrutura do SUS¹⁴.

A dificuldade de coordenação entre entes não é um obstáculo administrativo menor, é uma característica estrutural do desenho federativo do SUS desde 1988. A Constituição organizou o sistema com base em descentralização política, administrativa e financeira, distribuindo responsabilidades entre União, estados e municípios, mas essa descentralização produziu resultados heterogêneos: ganhos mais evidentes onde já havia capacidade institucional instalada, déficits persistentes onde essa capacidade era frágil, sem mecanismos robustos de coordenação regional.

O Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP), criado para formalizar essa coordenação, teve baixa adesão nacional, reflexo da ausência de incentivos claros e da fragilidade dos mecanismos de indução; e o Planejamento Regional Integrado, processo pensado para organizar serviços em nível regional, permanece, em muitos casos, restrito a um exercício formal, com reduzida capacidade de orientar decisões e alocação de recursos. A pandemia de covid-19 mostrou, no entanto, que esse quadro não é imutável: alguns estados demonstraram capacidade de assumir papel de coordenação regional quando havia capacidade técnica instalada, estabilidade das equipes de gestão e mecanismos ativos de coordenação. O protagonismo estadual, portanto, não é bloqueado por limitação estrutural, é condicionado por fatores que podem ser ativados deliberadamente, e o fortalecimento do papel coordenador dos estados é, nesse sentido, o ponto de entrada mais acessível e com maior potencial de induzir a implementação das propostas de regionalização e integração de fila que os seis planos apresentam.

¹² Nobre (2026)

¹³ Nobre, Pereira e Semente (2025)

¹⁴ Nobre e Semente (2026)

5. Considerações finais

Financiamento e coordenação entre entes federativos concentram o obstáculo real à execução da maior parte do que os seis planos prometem, mais do que a formulação técnica de cada proposta isoladamente. Conforme discutido na última seção, propostas que dependem de recursos adicionais sem indicar a fonte, presentes em 95% do conjunto analisado, e propostas que dependem de articulação federativa sem detalhar o mecanismo de indução, presentes em 83%, enfrentam a mesma restrição estrutural, independentemente de qual candidatura as apresenta.

A esse cenário, acrescenta-se ainda três questões de particular relevância, de acordo com as propostas da Agenda Mais SUS 2027-2030¹⁵, que merecem atenção especial para o próximo ciclo de governo e estão ausentes nos planos de governo ou são tratadas de forma superficial.

A primeira é encarar as apostas online como uma questão de saúde pública, não de jogo responsável ou endividamento pessoal. Quando o tema aparece nos planos, é tratado nos capítulos econômicos, associado ao orçamento familiar. Ao menos 25 milhões de brasileiros apostaram online em 2025, dos quais 11 milhões apresentam algum risco de dano e 1,4 milhão preencheria critérios diagnósticos para Transtorno do Jogo, reconhecido pela CID-11; o custo social estimado é de R\$ 38,8 bilhões por ano¹⁶, a maior parte associada a perda de qualidade de vida, tratamento médico e suicídio. A Agenda Mais SUS traz a proposta de instituir um arcabouço regulatório voltado para a prevenção e redução de danos relacionados às apostas, com proporcionalidade regulatória por risco, limitação da exposição da população à publicidade e integração do cuidado ao transtorno de jogo problemático aos fluxos já existentes da Rede de Atenção Psicossocial. Nenhum desses elementos encontra correspondência em nenhum dos seis programas, que sequer endereçam o tema como problema de saúde pública.

A segunda é a integração entre clima e saúde na preparação do SUS para emergências climáticas. No SUS, 29% dos estabelecimentos, 26% dos leitos e 20% dos leitos de UTI estão localizados a menos de 500 metros de áreas de alto ou muito alto risco geológico, e dados meteorológicos já permitem antecipar surtos de dengue com até três meses de antecedência. Os sistemas de monitoramento climático, geológico e epidemiológico operam sem interoperabilidade formal entre os órgãos responsáveis. Quando os programas tratam de adaptação climática, fazem-no como eixo ambiental isolado, sem conexão com a vulnerabilidade da rede assistencial ou com sistemas de alerta que informem decisões operacionais de saúde.

A terceira é a proteção da saúde mental de crianças e adolescentes por meio da regulação de plataformas digitais. A Lei do ECA Digital, cujas regras começaram a valer em março de 2026, já reconhece a proteção da saúde mental de crianças e adolescentes como dever das plataformas digitais e trata conteúdos relacionados a automutilação, suicídio e jogos de azar como riscos

¹⁵ Asth et al. (2026b)

¹⁶ IEPS, (2025)

prioritários, com regulamentação pelo Decreto nº 12.880/2026. Persistem, no entanto, desafios de implementação: baixa transparência dos sistemas de recomendação algorítmica, dificuldade de submeter plataformas estrangeiras à legislação brasileira, capacidade técnica ainda insuficiente da Agência Nacional de Proteção de Dados (ANPD) e do Comitê Gestor da Internet no Brasil (CGI.br) para fiscalizar, e baixa integração entre as políticas digitais e a Rede de Atenção Psicossocial. Novamente, nenhum dos seis planos de governo menciona a promoção de um ambiente digital saudável e a regulação de plataformas digitais como instrumentos de proteção à saúde mental infantojuvenil.

Autores

Júlia Pereira - Gerente de Relações Institucionais do Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (IEPS)

Marcella Semente - Especialista em Relações Institucionais do Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (IEPS)

Agradecimentos

Agradecemos a Mariana Noronha, Paulo Chapchap, Rebeca Freitas e Rudi Rocha pelas sugestões e comentários e a Letícia Victor pelo apoio na edição deste documento.

6. Referências

- CASALECCHI, Alessandro. (2025). *Cenários de longo prazo para a necessidade de financiamento da saúde*. Brasília: Instituição Fiscal Independente, Senado Federal. (Estudo Especial, n. 20). Disponível em: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/704195/EE_20.pdf.
- Asth, F., Freitas, R., Nobre, V., Pereira, J., Rosa, D., Semente, M., Tavares, S. E. (2026a). *Agenda Mais SUS 2027-2030: de onde partimos. Balanço 2022-2026 e a conjuntura para a saúde*. São Paulo: Instituto de Estudos para Políticas de Saúde e Umane. Disponível em: <https://ieps.org.br/agenda-mais-sus-2027-2030/>
- Asth, F., Freitas, R., Nobre, V., Pereira, J., Rosa, D., Semente, M., Tavares, S. E. (2026b). *Agenda Mais SUS 2027-2030: 10 Propostas para o Futuro da Saúde Pública*. São Paulo: Instituto de Estudos para Políticas de Saúde e Umane. Disponível em: <https://ieps.org.br/agenda-mais-sus-2027-2030/>
- Instituto de Estudos para Políticas de Saúde & Umane. (2024). *Setor Privado e Relações Público-Privadas da Saúde no Brasil: Em Busca do Seguro Perdido*. Rio de Janeiro: Instituto de Estudos para Políticas de Saúde. <https://ieps.org.br/setor-privado-relacoes-publico-privadas-saude-volume-unico/>.
- 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-apostasimpactos-saude/>
- 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/>
- Nobre, V., Semente, M. (2026). *Emendas Parlamentares (EPs) de investimento em saúde: sem equidade e com critérios de alocação difusos*. Boletim Radar+SUS nº 09/2026. São Paulo: Instituto de Estudos para Políticas de Saúde. Disponível em: <https://ieps.org.br/boletim-radar-mais-sus-9/>.
- Nobre, V., Pereira, J., Semente, M. (2025). *Emendas parlamentares no SUS: recursos incertos para despesas permanentes*. Boletim Radar+SUS nº 6/2025. São Paulo: Instituto de Estudos para Políticas de Saúde. Disponível em: <https://ieps.org.br/boletim-radar-mais-sus-6/>.
- Nobre, V. (2026). *Prioridades do Orçamento da Saúde em 2025*. Boletim Radar+SUS nº 08/2026. São Paulo: Instituto de Estudos para Políticas de Saúde. Disponível em: <https://ieps.org.br/boletim-radar-mais-sus-8/>.
- MELO, E.A. et al. (2021) A regulação do acesso à atenção especializada e a Atenção Primária à Saúde nas políticas nacionais do SUS. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 31, 2021 Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/86BXPhTn3CrBcZfDjBs33md/?lang=pt>
- PINHONI, Marina; ZYLBERKAN, Mariana. (2026). *Com maior patrimônio entre presidentiáveis, Cury defende criar 10 mil 'clubes de empreendedorismo'*. Folha de S.Paulo, São Paulo. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/poder/2026/08/com-maior-patrimonio-entre-presidenciaveis-cury-defende-criar-10-mil-clubes-de-empreendedorismo.shtml>.