

CEE POLICY PAPER

Por uma Reforma Sanitária de Segunda Geração:

Longevidade, carga de doenças e reorganização
estratégica do Sistema de Saúde¹

Rio de Janeiro, junho de 2026

Equipe:

José Gomes Temporão (CEE-Fiocruz);

Luiz Antônio Santini (CEE-Fiocruz);

Fernando Manuel Bessa Fernandes (CEE-Fiocruz);

Mirian Miranda Cohen (CEE-Fiocruz);

Walter Paulo Zoss (CEE-Fiocruz);

Antônio Tadeu Cheriff dos Santos (NupeQuali/Inca)².

1 Elaborado à luz dos estudos: 1. José Eustáquio Diniz Alves. Desafios e oportunidades da Economia da Longevidade; 2. Deborah Carvalho Malta *et al.* Carga de doenças no Brasil e Unidades Federadas – 1990 a 2023: tendências e desafios, apresentados no Seminário Perspectivas da Saúde no Brasil, junho de 2026.

2 Integrantes do Grupo de Pesquisa Doenças Crônicas e Tecnologias de Saúde (DCTS/CEE-Fiocruz). Policy Paper produzido em junho/2026.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	3
2. TESE CENTRAL.....	4
3. RESUMO EXECUTIVO.....	5
4. DIAGNÓSTICO: A DUPLA TRANSIÇÃO BRASILEIRA.....	8
4.1. TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA.....	8
4.2. TRANSIÇÃO EPIDEMIOLÓGICA.....	9
5. O ENCONTRO DAS TRANSIÇÕES.....	12
5.1. SUS E MERCADO PRIVADO DIANTE DO FUTURO.....	14
5.2. DETERMINAÇÃO SOCIAL DA SAÚDE E ENVELHECIMENTO DESIGUAL.....	16
6. AGENDA ESTRATÉGICA.....	18
7. MATRIZ SINTÉTICA DE PRIORIDADES.....	30
8. CONCLUSÃO.....	33
9. BIBLIOGRAFIA CONSULTADA.....	35

1. INTRODUÇÃO

Em 10 de junho de 2026, foi realizado pelo Centro de Estudos Estratégicos da Fiocruz Antonio Ivo de Carvalho o seminário *Perspectivas da Saúde no Brasil*, discutindo os principais desafios e tendências que impactam o Sistema Único de Saúde (SUS) no contexto contemporâneo, considerando as transformações demográfica e epidemiológica e suas implicações. Reunindo especialistas de referência nacional, o evento buscou contribuir para o aprimoramento das políticas públicas voltadas à equidade, à sustentabilidade do SUS e ao papel estratégico da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) nesse processo.

O seminário teve início com a apresentação de José Eustáquio Diniz Alves³, professor titular da Escola Nacional de Ciências Estatísticas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (Ence/IBGE), que discutiu os impactos do acelerado envelhecimento populacional observado no Brasil e as possibilidades abertas pela chamada Economia da Longevidade. Dados do IBGE indicam que, em 2029, o país contará com 40,1 milhões de pessoas idosas, superando os 39,2 milhões de jovens com menos de 15 anos.

Em seguida, Deborah Carvalho Malta⁴, professora titular do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), apresentou a evolução do perfil epidemiológico da população brasileira entre 1990 e 2023, com base em dados sobre carga de doença no Brasil, com foco em fatores de risco, incapacidade e mortalidade.

Por fim, José Gomes Temporão⁵, pesquisador do CEE-Fiocruz, discutiu os desafios estruturais e estratégicos do SUS, considerando financiamento, acesso, gestão, equidade e capacidade de resposta frente às demandas atuais e futuras da sociedade brasileira.

Este policy paper parte da riqueza dos dados apresentados e discutidos no seminário, bem como de outras evidências acumuladas no campo da saúde coletiva, para afirmar uma posição crítico-propositiva do CEE-Fiocruz diante da dupla transição demográfica e epidemiológica. Seu objetivo é contribuir para uma agenda de Estado capaz de reorganizar o sistema de saúde brasileiro em torno da longevidade saudável, da equidade e da sustentabilidade.

3 Ver CEE One-Pager em <bit.ly/4v4G2Wl>

4 Ver CEE One-Pager em <bit.ly/4p0KLqx>

5 Ver CEE One-Pager em <bit.ly/4vMawxA>

2. TESE CENTRAL

O Brasil ingressou simultaneamente na era da longevidade e da cronicidade, mas ainda organiza parcela importante do sistema de saúde como se a demanda predominante fosse episódica, aguda, fragmentada e hospitalocêntrica. A resposta necessária passa por uma estratégia nacional de longevidade saudável, equitativa e produtiva, tendo o SUS como eixo estruturante, articulada a financiamento público estável, regionalização efetiva, Atenção Primária à Saúde (APS) forte, cuidados de longa duração, inovação tecnológica, proteção social e enfrentamento dos determinantes sociais, ambientais e comerciais da saúde.

O ponto de partida deste policy paper é que as transições demográfica e epidemiológica redefinem a natureza da demanda social por saúde, a composição do risco sanitário, a organização das redes de atenção, a sustentabilidade financeira do sistema, a formação da força de trabalho e a própria legitimidade política do SUS.

O Brasil construiu seu sistema universal em um ciclo histórico marcado pela expansão do acesso, pela redução de agravos infecciosos, pela agenda materno-infantil, pelas campanhas de vacinação, pela descentralização e pela implantação da atenção primária. Essas conquistas permanecem centrais. Contudo, a nova estrutura demográfica e a nova carga de doenças exigem um salto de organização.

Os estudos que fundamentam este documento convergem na compreensão de que o envelhecimento populacional brasileiro será rápido, desigual e acompanhado por carga crescente de doenças crônicas, persistência de doenças infecciosas, incapacidades, transtornos mentais, demências, cânceres, obesidade, dor crônica, dependência funcional e alta prevalência de causas externas. Portanto, o futuro da saúde brasileira dependerá da capacidade de transformar anos adicionais de vida em anos vividos com autonomia, funcionalidade, participação social e dignidade.

A posição aqui defendida é a de que o país deve deixar de tratar o envelhecimento como problema setorial da geriatria, da previdência ou da assistência social, e passar a compreendê-lo como eixo transversal do modelo de desenvolvimento. Da mesma forma, deve deixar de tratar as doenças crônicas como soma de programas isolados e passar a abordá-las como expressão de um novo padrão sanitário, no qual prevenção, cuidado longitudinal, regulação de riscos, proteção social e organização regional das redes tornam-se determinantes para a sustentabilidade do sistema.

3. RESUMO EXECUTIVO

O Brasil vive uma inflexão histórica. A transição demográfica, caracterizada pela queda da fecundidade, aumento da expectativa de vida e crescimento acelerado da proporção de pessoas idosas, encontra-se com uma transição epidemiológica marcada pelo predomínio das doenças crônicas não transmissíveis, pelo crescimento das demências, pelo peso dos transtornos mentais, pela persistência das causas externas, pela obesidade e suas decorrências, e pela manutenção de desigualdades regionais e sociais profundas.

O estudo sobre Economia da Longevidade descreve o envelhecimento populacional como resultado de conquistas civilizatórias associadas à modernização econômica, aos direitos sociais, aos avanços da saúde pública e ao crescimento do capital humano. O Brasil, entretanto, atravessa essa transformação em velocidade elevada e antes de superar desigualdades estruturais. A fecundidade brasileira está abaixo do nível de reposição e a pirâmide etária tende a se inverter progressivamente, com implicações para trabalho, renda, previdência, cuidado, cidades, famílias e sistema de saúde.

O estudo sobre Carga de Doença no Brasil e nas Unidades Federadas, baseado nas estimativas do *Global Burden of Disease Study 2023*, mostra quadro igualmente eloquente. Entre 1990 e 2023, houve aumento do número absoluto de mortes, mas queda expressiva das taxas padronizadas de mortalidade e dos anos de vida perdidos ajustados por incapacidade. As doenças crônicas não transmissíveis permaneceram como principal causa de morte. Doenças isquêmicas do coração, doenças cerebrovasculares, diabetes, doença renal crônica, doenças respiratórias crônicas, cânceres e demências compõem o núcleo duro da nova carga de mortalidade. Ao mesmo tempo, transtornos de ansiedade, dor lombar e transtornos depressivos passaram a figurar entre as principais causas de incapacidade.

A resposta, no caso brasileiro, não aponta para uma transição linear, previsível e relativamente homogênea, como ocorreu em parte da experiência europeia. Estamos diante de uma transição acelerada, desigual e incompleta, que se combina com problemas históricos e estruturais ainda não resolvidos.

Como os estudos apresentados demonstram, o Brasil envelhece rapidamente, as doenças crônicas se tornam prevalentes, a multimorbidade passa a ser regra e não

exceção, e a dependência funcional dos idosos se torna uma questão sanitária, social, familiar, econômica e de gênero. Isso ocorre em um país que convive, ainda, com altos índices de violência, acidentes de trânsito, doenças transmissíveis, falta de saneamento, desigualdades regionais, racismo estrutural e subfinanciamento crônico do sistema público.

Como os estudos demonstram, o Brasil vive tríplice carga de doença, com doenças crônicas não transmissíveis; doenças infecciosas e negligenciadas, e causas externas, especialmente homicídios e acidentes de trânsito, e onde o sofrimento mental e o impacto da crise climática, atravessam todas as demais dimensões.

A pergunta, portanto, não é apenas como ampliar a oferta e o acesso aos cuidados em saúde, mas sim como repensar o SUS e regular o conjunto do sistema de saúde brasileiro para produzir mais anos de vida saudável, com equidade, autonomia, proteção social e sustentabilidade.

O impacto sobre o SUS será amplo. A atenção primária terá de coordenar o cuidado crônico com maior capacidade clínica, tecnológica e multiprofissional. As redes regionais precisarão ser mais efetivas, integrando atenção primária, atenção especializada, urgência, hospitais, reabilitação, saúde mental, assistência farmacêutica, vigilância, cuidado domiciliar e assistência social. As secretarias estaduais de Saúde deverão assumir papel mais robusto de planejamento regional, regulação, apoio técnico e coordenação interfederativa. A saúde suplementar também será pressionada por carteiras envelhecidas, aumento da sinistralidade, terapias de alto custo e necessidade de modelos assistenciais mais coordenados.

O financiamento público deverá ser compatível com a nova estrutura de necessidades. Não bastará ampliar recursos de forma linear. Será necessário alterar a composição do gasto, priorizando prevenção, promoção, atenção primária, cuidado domiciliar, reabilitação, saúde mental, cuidados paliativos, assistência farmacêutica, regulação assistencial e redes regionais. A lógica de pagamento predominantemente procedimental deverá ser revista, incorporando indicadores de resultado, funcionalidade, continuidade do cuidado, redução de internações evitáveis e equidade territorial.

O cuidado de longa duração emerge como uma das maiores lacunas do Estado brasileiro. Demências, fragilidade, sequelas de acidente vascular cerebral,

doença de Parkinson, perda funcional, dor crônica e dependência não podem continuar sendo tratados como problemas privados das famílias. A sobrecarga recai de modo desproporcional sobre mulheres, famílias pobres e territórios vulneráveis. Uma política nacional de cuidado deve articular saúde, assistência social, trabalho, previdência, educação, habitação e políticas urbanas.

A conclusão é que o Brasil precisa de uma Reforma Sanitária de Segunda Geração. A primeira geração construiu o direito universal e a arquitetura institucional do SUS. A próxima deverá reorganizar o sistema para produzir longevidade com autonomia, funcionalidade e equidade.

4. A DUPLA TRANSIÇÃO BRASILEIRA

4.1. Transição demográfica: de país jovem a sociedade longaeva

O estudo sobre Economia da Longevidade mostra que a transição demográfica brasileira deve ser interpretada como parte de uma transformação histórica mais ampla. A queda da mortalidade, a redução da fecundidade e o aumento da expectativa de vida expressam avanços associados à modernização econômica, à expansão dos direitos sociais, à saúde pública, à educação e ao capital humano. O ponto decisivo, entretanto, é que o Brasil percorreu essa trajetória de modo acelerado.

O país passou, em poucas décadas, de uma estrutura etária jovem para uma sociedade em rápido envelhecimento. A taxa de fecundidade encontra-se abaixo do nível de reposição, e as projeções discutidas no estudo indicam que a população brasileira tende a atingir um pico nas próximas décadas e depois iniciar um processo de declínio. A base da pirâmide etária se estreita, enquanto o topo se alarga.

Essa mudança tem implicações sanitárias, econômicas e políticas. Uma sociedade com maior proporção de pessoas idosas demanda mais cuidados de saúde, mas também exige nova organização do trabalho, da previdência, da educação ao longo da vida, das cidades, dos transportes, da moradia e da proteção social. O envelhecimento não é fenômeno exclusivamente médico; exige reorganização de toda a sociedade.

O estudo também propõe uma leitura não catastrofista do fim do primeiro bônus demográfico. A redução relativa da população em idade ativa pode pressionar crescimento econômico, previdência e financiamento público. Contudo, o envelhecimento pode ativar novos dividendos, se houver investimento em produtividade, inovação, educação, saúde, trabalho decente, cuidado e participação social. Ao invés de tratar a longevidade como ônus inevitável, o país pode transformá-la em eixo de desenvolvimento inclusivo.

Para a saúde, isso significa que a política pública não deve se limitar a ampliar o acesso, mas também criar condições para se envelhecer com autonomia. A variável fundamental não é apenas expectativa de vida, mas expectativa de vida saudável. A pergunta estratégica é como reduzir os anos vividos com incapacidade,

dependência, dor, sofrimento mental e isolamento social. Essa pergunta recoloca o SUS no centro do debate nacional.

A noção de múltiplas velhices é crucial. No Brasil, o envelhecimento será atravessado por desigualdades acumuladas desde a infância. Pessoas que viveram em pobreza, informalidade, insegurança alimentar, baixa escolaridade, violência, discriminação racial, trabalho físico extenuante ou ausência de saneamento chegarão à velhice com maior carga de doenças e menor capacidade de proteção. A política de longevidade deve ser, portanto, uma política de equidade ao longo do curso de vida.

O Brasil não deve responder ao envelhecimento apenas com políticas para idosos. Deve instituir uma estratégia de curso de vida que envolve o nascer, crescer, trabalhar, cuidar, envelhecer e morrer com qualidade e dignidade. A longevidade saudável depende de condições acumuladas em todas as fases da vida.

4.2. Transição epidemiológica: cronicidade, incapacidade e desigualdade

O estudo sobre carga de doenças no Brasil e nas Unidades Federadas revela uma trajetória paradoxal, em que o país melhorou indicadores agregados, mas ingressou em uma fase de maior complexidade do perfil epidemiológico. Entre 1990 e 2023 houve redução expressiva das taxas padronizadas de mortalidade e dos DALYs. Essa melhoria confirma avanços associados ao SUS, à expansão da APS, às políticas sociais, à vacinação, ao acesso a medicamentos e à redução de causas infecciosas e neonatais. Contudo, o número absoluto de mortes aumentou e a carga de incapacidade permanece relevante.

As doenças crônicas não transmissíveis permaneceram como principal causa de morte em todo o período. Doenças isquêmicas do coração e doenças cerebrovasculares seguem no topo da mortalidade, embora com reduções importantes nas taxas. Diabetes, doença renal crônica, doença pulmonar obstrutiva crônica, cânceres e demências ganham importância. As infecções de vias aéreas inferiores permanecem relevantes, lembrando que a transição não eliminou riscos infecciosos. A doença de Alzheimer e outras demências subiram no ranking, sinalizando o impacto sanitário direto do envelhecimento.

A carga de incapacidade é um dos achados mais relevantes para a reorganização do sistema. Transtornos de ansiedade, dor lombar, transtornos depressivos, cefaleias, distúrbios musculoesqueléticos, perdas auditivas, diabetes, quedas e asma compõem parte expressiva dos anos vividos com incapacidade. Esses agravos nem sempre produzem morte imediata, mas comprometem autonomia, capacidade de trabalho, mobilidade, vida familiar e qualidade de vida.

A transição epidemiológica brasileira é também uma transição dos fatores de risco. Pressão arterial elevada, glicemia elevada, índice de massa corporal elevado, riscos dietéticos, tabagismo, alteração da função renal, colesterol elevado, álcool e poluição do ar aparecem como determinantes centrais da mortalidade. Esses fatores não são apenas escolhas individuais. São produzidos por ambientes alimentares, urbanos, laborais, comerciais, regulatórios e sociais. Portanto, uma política de saúde para o futuro deverá atuar sobre determinantes comerciais, ambientais e sociais da saúde.

A obesidade merece destaque, operando como fator de risco e como condição clínica complexa. Aumenta o risco de diabetes, hipertensão, doenças cardiovasculares, alguns cânceres, doença renal, limitações osteomusculares e sofrimento psicossocial. Enfrentá-la exige ações clínicas, mas sobretudo medidas de regulação de ultraprocessados, tributação, publicidade, ambiente escolar, alimentação adequada, atividade física, mobilidade urbana e segurança alimentar.

As desigualdades regionais são outro eixo estruturante. O estudo evidencia que as maiores reduções de mortalidade ocorreram em unidades federadas com maior nível de desenvolvimento, enquanto Norte e Nordeste tiveram reduções menos expressivas. Isso sugere que o progresso sanitário brasileiro não se distribuiu igualmente. Em uma sociedade que envelhece, essa desigualdade pode produzir velhices desiguais: viver mais não significará viver melhor para todos.

QUADRO 1

ACHADO EPIDEMIOLÓGICO	SIGNIFICADO SANITÁRIO	RESPOSTA NECESSÁRIA
DCNT como principal causa de morte	Cuidado episódico é insuficiente para doenças de longa duração.	Linhas de cuidado, atenção primária resolutive e coordenação longitudinal.
Transtornos mentais entre principais causas de incapacidade	Sofrimento psíquico, depressão, ansiedade passam a ser centrais para autonomia, vínculos e qualidade de vida.	RAPS fortalecida, integração CAPS-APS, apoio matricial, psicoterapias, cuidado em liberdade e ações comunitárias.
Demências em ascensão	Aumento de dependência funcional e sobrecarga familiar.	Linha nacional para demências, cuidado domiciliar, centros-dia e apoio a cuidadores.
Dor crônica, distúrbios osteomusculares e incapacidades	Perda funcional e limitações persistentes ampliam dependência, afastamentos e demanda por cuidado prolongado.	Reabilitação territorial, manejo da dor, tecnologias assistidas, prevenção de quedas e cuidado orientado pela funcionalidade.
Obesidade e riscos metabólicos	Pressão crescente sobre diabetes, doenças cardiovasculares, cânceres e doença renal.	Políticas voltadas para a mudança do padrão alimentar, tratamento da obesidade e promoção de atividade física.
Câncer em ascensão	Maior demanda por diagnóstico oportuno, estadiamento, tratamento complexo e cuidados paliativos.	Rede oncológica regionalizada, centrais diagnósticas, navegação e monitoramento de tempos assistenciais.
Persistência de causas externas	Violência e acidentes mantêm grande impacto, sobretudo em jovens e homens.	Políticas intersetoriais de segurança, mobilidade urbana, consumo de álcool, controle de armas, trauma e reabilitação.
Doenças infecciosas e arboviroses	A transição não eliminou riscos infecciosos e climáticos.	Vigilância integrada, resposta rápida, saneamento, adaptação climática e atenção primária preparada.
Desigualdades regionais	A transição produz cargas distintas por território.	Financiamento redistributivo e regionalização orientada por vulnerabilidade.

5. O ENCONTRO DAS TRANSIÇÕES:

A nova questão sanitária brasileira

A dupla transição deve ser compreendida como fenômeno sistêmico. A transição demográfica altera a estrutura etária da população, reduz a participação relativa de crianças e jovens, amplia a proporção de adultos maduros e idosos e modifica as relações intergeracionais. A transição epidemiológica altera o perfil de adoecimento e morte, deslocando o peso relativo das doenças infecciosas e materno-infantis para condições crônicas, degenerativas, mentais, incapacitantes e associadas ao envelhecimento.

Em países desenvolvidos, essas transições ocorreram ao longo de períodos mais longos e em contexto de maior renda média, menor desigualdade e sistemas de proteção social mais consolidados. No Brasil, ocorrem de forma comprimida, heterogênea e marcada por desigualdades persistentes.

Essa compressão temporal tem consequências importantes. Sistemas de saúde precisam de décadas para formar força de trabalho, reorganizar redes, construir capacidade regulatória, desenvolver infraestrutura tecnológica, financiar serviços de reabilitação, cuidado domiciliar e cuidado de longa duração, além de adaptar cidades, transporte e moradia. Quando o envelhecimento avança rapidamente, o tempo político e institucional para adaptação é reduzido. O risco é que a sociedade envelheça antes que o sistema de proteção social esteja preparado.

O país já colhe os benefícios da transição: maior sobrevivência infantil, maior expectativa de vida, redução de mortalidade por diversas causas, ampliação do acesso a vacinas, medicamentos e cuidados e maior número de pessoas chegando a idades avançadas. Esses avanços são conquistas do desenvolvimento social e do SUS. Entretanto, os mesmos avanços criam novos desafios. A longevidade só se torna conquista coletiva quando os anos adicionais são acompanhados de saúde, renda, cuidado, segurança, vínculos sociais e participação.

O fato é que o sistema de saúde brasileiro precisará responder simultaneamente a quatro agendas: proteção coletiva e vigilância; cuidado crônico e funcionalidade; equidade social e territorial; e preparação para emergências sanitárias e climáticas.

QUADRO 2

DIMENSÃO	MUDANÇA OBSERVADA	IMPLICAÇÃO PARA O SISTEMA DE SAÚDE
Estrutura etária	Redução relativa da população jovem e crescimento acelerado da população idosa.	Maior demanda por cuidado contínuo, reabilitação, cuidado domiciliar, cuidados paliativos e apoio a cuidadores.
Perfil de morbimortalidade	Predomínio de doenças crônicas, cânceres, demências, doença renal, transtornos mentais, dor crônica e incapacidades funcionais.	Necessidade de linhas de cuidado, coordenação clínica, reabilitação, atenção psicossocial e integração entre níveis de atenção.
Fatores de risco	Pressão arterial elevada, glicemia elevada, IMC elevado, padrão alimentar, tabagismo, álcool, poluição e sedentarismo.	Agenda regulatória e intersetorial, com promoção da saúde e enfrentamento dos determinantes comerciais como política de Estado.
Singularidade brasileira	Manutenção de doenças infecciosas e negligenciadas, homicídios, acidentes de trânsito e desigualdades territoriais.	Integração entre vigilância, assistência, segurança pública, mobilidade, saneamento, clima e proteção social.
Desigualdades	Piores condições de vida, de acesso e impactos em territórios e grupos socialmente vulnerabilizados.	Financiamento redistributivo, regionalização forte e políticas orientadas por vulnerabilidade.
Organização assistencial	Modelo ainda fragmentado, procedimental e hospitalocêntrico.	Reorganização das redes em torno da atenção primária, da região de saúde, da continuidade do cuidado e da funcionalidade.
Dados e governança	Sistemas de informação amplos, porém, fragmentados e pouco interoperáveis.	Sustentabilidade digital, inteligência sanitária pública e uso de dados para decisão clínica, gestora e regulatória.

A resposta, no caso brasileiro, não aponta para uma transição linear, previsível e relativamente homogênea, como ocorreu em parte da experiência europeia. Estamos diante de uma transição acelerada, desigual e incompleta, que se combina com problemas históricos e estruturais ainda não resolvidos.

Como os estudos apresentados demonstram, o Brasil envelhece rapidamente, as doenças crônicas se tornam prevalentes, a multimorbidade passa a ser regra e não

exceção, e a dependência funcional dos idosos se torna questão sanitária, social, familiar, econômica e de gênero. Isso ocorre em um país que ainda convive com violência, acidentes de trânsito, doenças transmissíveis, saneamento incompleto, desigualdades regionais, racismo estrutural e subfinanciamento crônico do sistema público.

O Brasil vive, portanto, uma carga sanitária composta por doenças crônicas não transmissíveis, doenças infecciosas e negligenciadas, causas externas, sofrimento mental e impactos da crise climática. O desafio não é apenas ampliar oferta e acesso aos cuidados em saúde, mas repensar o SUS e regular o conjunto do sistema de saúde brasileiro para produzir mais anos de vida saudável, com equidade, autonomia, proteção social e sustentabilidade.

5.1. SUS e mercado privado diante do futuro

A experiência europeia oferece lição relevante. A Europa envelheceu depois de estruturar sistemas universais, redes de proteção social e capacidade fiscal mais robusta. Ainda assim, seus sistemas de saúde foram profundamente afetados. O modelo centrado no hospital e no episódio agudo mostrou-se insuficiente.

A resposta europeia, com variações nacionais, foi deslocar o eixo do sistema: da atenção episódica para o cuidado longitudinal; do hospital isolado para redes integradas; do especialista como centro absoluto para a atenção primária como coordenadora; da assistência fragmentada para a integração entre saúde e cuidado social; e da lógica reativa para maior uso de dados, estratificação de risco, cuidado domiciliar, reabilitação e cuidados paliativos.

No Brasil, essa pressão já está colocada. O SUS é impactado por maior demanda por cuidado contínuo na atenção primária, maior consumo de medicamentos de uso permanente, necessidade crescente de exames, consultas especializadas, reabilitação, cirurgias eletivas e intensa pressão de incorporação tecnológica em oncologia, cardiologia, neurologia, nefrologia e doenças raras.

Na saúde suplementar, os beneficiários também envelhecem. As carteiras ficam mais caras, aumenta a sinistralidade, crescem os reajustes e tornam-se mais frequentes as negativas de cobertura e a judicialização. O modelo privado brasileiro, fortemente baseado em planos coletivos, pagamento por procedimento, fragmentação assistencial e centralidade em especialistas, é pouco adequado para cuidar de idosos frágeis, pacientes crônicos e pessoas com multimorbidade.



As transições, portanto, não ameaçam apenas o orçamento público. Elas desafiam todo o arranjo público-privado da saúde brasileira. Quando o setor privado não resolve, seleciona riscos, impõe limites contratuais ou torna-se financeiramente inacessível, parte da demanda retorna ao SUS. O SUS permanece como retaguarda universal de fato, mesmo quando se insiste em tratá-lo como sistema destinado principalmente à proteção dos mais pobres.

A especificidade brasileira é decisiva. Enquanto a Europa enfrenta envelhecimento e doenças crônicas em contextos de menor violência letal e menor presença de doenças infecciosas, o Brasil deve cuidar simultaneamente do idoso frágil, controlar hipertensão e diabetes, enfrentar a obesidade, diagnosticar câncer precocemente, responder a epidemias de arboviroses, tratar sequelas de violência e acidentes de trânsito, enfrentar sofrimento mental e reduzir desigualdades territoriais profundas.

Essa é a dimensão estrutural do problema brasileiro. A agenda exige combinação entre reforma assistencial, política social, regulação econômica, política urbana, adaptação climática, segurança pública e desenvolvimento científico e tecnológico. Nenhum desses temas é periférico ao futuro da saúde. Todos passam a compor o núcleo duro da sustentabilidade da saúde brasileira.

O SUS é estruturalmente mais adequado para enfrentar as transições e seus impactos do que o mercado de planos e seguros, embora não esteja automaticamente preparado para fazê-lo em termos concretos. Essa distinção é fundamental: o SUS tem a arquitetura institucional mais compatível com o desafio, mas precisa ganhar musculatura financeira, tecnológica, federativa, assistencial e política.

A primeira vantagem do SUS é a universalidade. O SUS é responsável pelo cuidado de toda a população, inclusive daqueles que, tendo acesso a seguro ou plano privado, recorrem ao sistema público quando precisam de vacinação, vigilância, controle de epidemias, atendimento de urgência, transplantes, medicamentos de alto custo, regulação de alimentos e medicamentos ou resposta a emergências.

A segunda vantagem é a base territorial. A Estratégia Saúde da Família, os agentes comunitários, a vigilância e a atenção primária permitem trabalhar com território, família, comunidade, risco social e acompanhamento longitudinal.

A terceira é a capacidade de saúde pública. Atenção a dengue, chikungunya, malária, tuberculose; vacinação; vigilância epidemiológica; controle de surtos;

regulação sanitária; promoção da saúde e ações sobre determinantes sociais são funções de Estado. Podem ser apoiadas por diferentes atores, mas não podem ser substituídas pelo mercado privado.

A quarta vantagem é a possibilidade de integrar cuidado individual e resposta coletiva. O SUS pode, ao menos em seu desenho, articular atenção primária, vigilância, assistência farmacêutica, saúde mental, reabilitação, hospital, território, participação social e políticas intersetoriais. Essa arquitetura é exatamente a necessária para uma sociedade que envelhece e convive com doenças crônicas, violência estrutural e crises climáticas.

O mercado privado pode oferecer acesso individual e tecnologicamente intensivo em determinados segmentos. Mas sua racionalidade dominante é contratual, atuarial e assistencial, não populacional, territorial e sanitária. Planos cobrem beneficiários, mas não assumem responsabilidade sanitária sobre territórios. Atendem casos individuais, mas não organizam vacinação populacional, vigilância ambiental, prevenção da violência ou adaptação climática.

Uma estratégia baseada na expansão da saúde suplementar não responde ao núcleo do problema. Pode ampliar o consumo assistencial para grupos específicos, mas tende a aprofundar segmentação, expectativas tecnológicas e transferência de riscos complexos ao setor público.

O futuro da saúde brasileira dependerá menos da expansão da saúde suplementar e mais da capacidade de preparar o SUS para uma sociedade envelhecida, urbana, desigual, crônica e exposta a violências, epidemias e mudanças climáticas. O mercado privado pode complementar o sistema em certos segmentos, mas não tem mandato, escala nem racionalidade para organizar respostas populacionais, territoriais e intersetoriais. Por isso, o SUS é o único projeto institucional capaz de enfrentar integralmente os desafios sanitários das próximas décadas.

5.2. Determinação Social da Saúde e envelhecimento desigual

O conceito de determinação social da saúde, neste documento, expressa uma abordagem histórico-estrutural, articulada à economia política, à teoria ecossocial, à interseccionalidade, aos determinantes comerciais e aos determinantes políticos da saúde.

Este é o ponto mais crítico da agenda. A determinação social da saúde não é um adendo ao debate demográfico e epidemiológico; ela muda a natureza do

problema. O Brasil não envelhece de maneira homogênea. Adoece de modo desigual. Morre de modo desigual. O acesso ao diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidado ocorre de modo desigual.

A denominação *idoso brasileiro* esconde mais do que revela. Há idosos com renda estável, moradia adequada, alimentação saudável, suporte familiar, tempo livre para atividade física e acesso regular a cuidados em saúde. Mas a maioria envelhece em territórios violentos, com baixa renda, insegurança alimentar, moradia precária, transporte inadequado, doenças crônicas mal controladas, isolamento social e ausência de rede familiar ou comunitária de cuidado.

A determinação social atua por vários mecanismos, aumentando a exposição a riscos, como alimentação inadequada, trabalho precário, habitação inadequada, violência, saneamento insuficiente, poluição e insegurança urbana; reduzindo o acesso à prevenção, pela menor disponibilidade de informação, vacinação irregular e menor tempo para cuidar de si e dos outros; e retardando o diagnóstico, por acesso precário, tempo de espera, ausência de transporte sanitário e baixa oferta regional.

A desigualdade também é produtora de ineficiência sanitária. Ela aumenta internações evitáveis, amputações por diabetes, diagnóstico tardio de câncer, mortalidade materna, tuberculose persistente, sequelas de violência, judicialização e custo assistencial. Um sistema que ignora desigualdades paga mais caro e reproduz exclusões.

O fato é que temos um SUS formalmente universal, mas materialmente desigual. Isso ocorre quando a atenção primária é mais frágil justamente onde a vulnerabilidade social é maior; quando a média complexidade se concentra nas regiões mais ricas; quando a saúde digital beneficia quem já tem conectividade; quando a judicialização favorece quem tem informação e acesso jurídico; quando centros de referência ficam distantes dos territórios mais vulneráveis; e quando a violência impede o funcionamento cotidiano de equipes de saúde.

As desigualdades não são obstáculos intransponíveis. Tornam-se obstáculos quando são tratadas como contexto externo à política de saúde. Se a desigualdade for apenas pano de fundo do planejamento, o resultado será precário. Se for incorporada como dimensão estrutural, o SUS pode mitigá-la de forma relevante.

6. AGENDA ESTRATÉGICA:

Uma Reforma Sanitária de Segunda Geração

A análise integrada das transições demográfica e epidemiológica, sob a perspectiva da determinação social da saúde, aponta para um conjunto de prioridades e mudanças estruturais que compõem o desafio de uma Reforma Sanitária de Segunda Geração. As prioridades a seguir são apresentadas de forma individualizada para preservar sua especificidade, mas devem ser implementadas de modo articulado em uma estratégia nacional de longo prazo.

6.1. Instituir uma Estratégia Nacional de Longevidade Saudável e Equitativa

A primeira prioridade é criar uma estratégia nacional de longevidade saudável e equitativa, com coordenação federal, pactuação tripartite, metas sanitárias, indicadores de funcionalidade e financiamento específico. Essa estratégia deve articular saúde, assistência social, previdência, trabalho, educação, cidades, ciência e tecnologia, cultura, esporte, segurança alimentar e meio ambiente. Seu objetivo deve ser reorganizar políticas públicas para o curso de vida.

Uma estratégia desse tipo deve incluir prevenção desde a infância, promoção de atividade física, alimentação adequada, saúde mental, direitos reprodutivos, redução de violências, trabalho decente, educação ao longo da vida, preparação para aposentadoria, envelhecimento ativo, acessibilidade urbana, cuidado domiciliar, apoio a cuidadores e cuidados paliativos. O marco conceitual deve ser a preservação da funcionalidade, capacidade de realizar atividades, manter vínculos, participar da vida social e exercer autonomia.

6.2. Instituir uma Política Nacional de Cuidados de Longa Duração

O cuidado de longa duração é talvez o maior vazio estratégico da saúde brasileira diante do envelhecimento. O país precisa integrar SUS, SUAS, previdência, municípios, famílias, formação e regulação de cuidadores, criação de centros de cuidados-dia – serviços destinados a pessoas que precisam de apoio regular durante o dia, mas não necessitam permanecer internadas nem institucionalizadas em tempo integral –, cuidado domiciliar e instituições de longa permanência, em uma política nacional orientada por direitos, equidade e proteção social.

6.3. Fortalecer a Atenção Primária à Saúde como plataforma territorial de cuidado e centro de inteligência sanitária local

A atenção primária deve ser reposicionada como base do cuidado. Isso exige cobertura ampla, equipes estáveis, médicos de família, enfermeiros, agentes comunitários, dentistas, profissionais de saúde mental, fisioterapeutas, nutricionistas, farmacêuticos e apoio especializado. A APS precisa operar com cadastro qualificado, estratificação de risco, planos de cuidado, visitas domiciliares, telemonitoramento, acesso a exames, prescrição de atividade física, atenção farmacêutica e protocolos clínicos integrados.

A Estratégia Saúde da Família deve ser mais resolutiva, multiprofissional, digital, integrada à vigilância e capaz de coordenar linhas de cuidado para hipertensão, diabetes, câncer, saúde mental, doenças respiratórias, dor crônica, vulnerabilidades e atenção domiciliar. A APS não deve ser apenas porta de entrada; deve funcionar como base de inteligência sanitária territorial e coordenação longitudinal do cuidado.

6.4. Organizar uma Linha Nacional para Demências, Fragilidade e Dependência Funcional

O crescimento da doença de Alzheimer e de outras demências exige resposta específica. A linha nacional deve incluir diagnóstico oportuno, manejo na APS, referência especializada, apoio psicossocial, orientação jurídica e social, suporte a cuidadores, cuidado domiciliar, prevenção de quedas, manejo de sintomas comportamentais e cuidados paliativos. A demência deve ser tratada como condição familiar e comunitária, não apenas neurológica.

Fragilidade e dependência funcional também devem ser incorporadas aos protocolos da APS. Avaliação de marcha, equilíbrio, cognição, audição, visão, nutrição, polifarmácia e risco de queda pode prevenir perda de autonomia. O cuidado funcional é uma das formas mais custo-efetivas de promover longevidade saudável.

6.5. Transformar prevenção em política de Estado e enfrentar determinantes sociais, ambientais e comerciais da saúde

Os principais fatores de risco identificados pelo estudo epidemiológico exigem resposta que vá além de campanhas educativas. O Estado deve regular ambientes

que produzem risco. Isso inclui tributação de bebidas açucaradas e ultraprocessados, restrição de publicidade dirigida a crianças, alimentação escolar de qualidade, rotulagem compreensível, promoção de feiras e alimentos in natura, políticas de abastecimento, urbanismo favorável à atividade física e fortalecimento da política antitabagista com foco nos cigarros eletrônicos.

O sucesso brasileiro no controle do tabaco demonstra que regulação, tributação, ambientes livres de fumaça, advertências sanitárias e restrição de propaganda funcionam. A mesma racionalidade deve orientar políticas para ultraprocessados, álcool, sedentarismo e novos determinantes comerciais, incluindo jogos de aposta online e outras formas de produção comercial de sofrimento, dependência e risco sanitário. Não haverá sustentabilidade se o país continuar financiando apenas o tratamento de patologias e sofrimento advindos dos riscos produzidos social e comercialmente.

6.6. Reorganizar a Política de Atenção Oncológica

O câncer causa impacto em vidas e sobre os sistemas de saúde superior a muitas outras condições crônicas. Seu controle não deve ser apenas médico-científico, mas um empreendimento político e social que exige articulação entre governo, pesquisadores, profissionais, sociedade civil e usuários.

A política de câncer deve passar de resposta tardia e hospitalocêntrica para sistema público integrado, equitativo, inteligente e tecnologicamente sustentável, capaz de prevenir mais, diagnosticar antes, tratar melhor e cuidar continuamente. O controle do câncer no SUS deve deslocar o foco do procedimento para a trajetória de vida e a jornada do paciente.

Isso implica tratar o câncer como problema de saúde pública territorial; substituir o diagnóstico tardio pela detecção oportuna; reduzir o câncer avançado evitável; passar da incorporação tecnológica episódica para a sustentabilidade tecnológica; e evoluir de uma oncologia reativa para uma oncologia orientada por inteligência sanitária, navegação do paciente, linhas de cuidado e monitoramento de tempos assistenciais.

6.7. Preparar o SUS para enfrentar sofrimento psíquico e transtornos mentais

O crescimento da depressão, da ansiedade, do sofrimento psíquico, da solidão, do luto, das crises subjetivas associadas à precarização da vida e dos transtornos mentais em diferentes fases do curso de vida exige centralidade própria na

Reforma Sanitária de Segunda Geração. Esses agravos afetam vínculos, trabalho, renda, uso de serviços, medicalização, risco de suicídio, qualidade de vida e participação social. Não devem ser tratados como apêndice da agenda de doenças crônicas nem como problema restrito à psiquiatria especializada.

Essa agenda deve ser orientada pelos princípios da reforma psiquiátrica brasileira e da luta antimanicomial: cuidado em liberdade, base territorial, vínculo, autonomia possível, atenção psicossocial, redução de danos, intersetorialidade e defesa da dignidade. Isso implica fortalecer a RAPS, integrar CAPS e atenção primária, ampliar apoio matricial, psicoterapias, cuidado de crise em rede, atenção domiciliar quando necessária, cuidado comunitário e articulação com assistência social, educação, cultura, trabalho e direitos humanos. O objetivo é identificar precocemente o sofrimento, acompanhar longitudinalmente pessoas e famílias, evitar abandono, reduzir institucionalizações desnecessárias e afirmar que saúde mental é componente estruturante da produção de vida, pertencimento e cidadania.

6.8. Reabilitação, dor crônica e incapacidades como política de funcionalidade e autonomia

Dor crônica, distúrbios osteomusculares, sequelas de AVC, trauma e quedas, limitações auditivas e visuais, deficiências adquiridas e perda progressiva de funcionalidade constituem uma agenda distinta. Seu enfrentamento exige retirar a reabilitação da posição de serviço escasso, tardio e residual, para transformá-la em componente permanente das redes de atenção, orientado pela preservação da autonomia e pela redução de incapacidades evitáveis.

Isso requer redes regionais de reabilitação integradas à APS, à atenção especializada, aos hospitais, à atenção domiciliar, aos cuidados paliativos e à assistência social, com fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiologia, reabilitação auditiva e visual, órteses, próteses, tecnologias assistidas, manejo qualificado da dor, prevenção de quedas e apoio ao retorno ao trabalho e à vida comunitária. A reabilitação deve ser tratada como política de funcionalidade e inclusão, não apenas como procedimento pós-lesão.

6.9. Reestruturar a força de trabalho para a longevidade

Uma Reforma Sanitária de segunda geração deverá enfrentar, de maneira central, a questão da força de trabalho em saúde. Nada disso se sustentará sem

trabalhadores em número suficiente, bem distribuídos no território, com vínculos estáveis, condições dignas de trabalho, remuneração adequada e perspectivas de desenvolvimento profissional.

A discussão sobre uma carreira nacional ou interfederativa do SUS volta a adquirir relevância estratégica como instrumento de coesão federativa, provimento em áreas vulneráveis, valorização da atenção primária, fixação de profissionais, redução da precarização e indução de novos perfis de prática. A formação permanente deve incluir cuidado crônico, geriatria, gerontologia, oncologia, saúde mental, reabilitação, cuidado domiciliar, cuidados paliativos, regulação, ciência de dados e gestão regional.

6.10. Fortalecer a regionalização como condição de viabilidade do SUS

Muitos dos desafios da sociedade longa — oncologia, reabilitação, urgência, saúde mental, diagnóstico, cuidado domiciliar e atenção especializada — não podem ser resolvidos por municípios isolados. A regionalização é a escala adequada para responder à nova carga de doenças. A região de saúde deve ser a unidade real de planejamento, financiamento, regulação e avaliação.

As secretarias estaduais de Saúde devem desempenhar papel coordenador mais robusto. Isso não significa recentralizar o SUS, mas qualificar a governança regional. Cabe aos estados apoiar planejamento, organizar fluxos, cofinanciar serviços estratégicos, regular acesso, qualificar dados, pactuar metas, ordenar redes de urgência, implantar centrais diagnósticas e reduzir desigualdades entre municípios.

A governança regional deve incluir contratos organizativos claros, responsabilidades definidas, indicadores comuns, transparência de filas, integração com transporte sanitário, protocolos clínicos compartilhados e instâncias de pactuação com capacidade decisória real. Regionalização sem governança financeira, dados e comando clínico é apenas desenho cartográfico ineficaz.

6.11. Enfrentar a violência estrutural e os acidentes de trânsito como política de saúde pública

A sociedade brasileira precisa assumir que homicídios e acidentes de trânsito não são externalidades da segurança pública ou da mobilidade. São determinantes centrais de mortalidade precoce, incapacidade, sofrimento psíquico e gasto sanitário.

Essa agenda exige vigilância de violências, rede qualificada de urgência e trauma, reabilitação física e psicossocial, prevenção da violência contra jovens negros, proteção de mulheres, crianças, idosos e populações vulneráveis, controle de armas e munições, segurança viária baseada em evidências, fiscalização de álcool e direção, controle de velocidade, desenho urbano seguro e transporte público de qualidade. O setor saúde deve produzir evidências, cuidar das vítimas, monitorar sequelas e participar da prevenção intersetorial.

6.12. Reorganizar a política de atenção hospitalar

A Reforma Sanitária de segunda geração não pode ser anti-hospitalar, mas precisa superar definitivamente o hospitalocentrismo. O envelhecimento populacional, a multimorbidade, as doenças crônicas, as demências, o sofrimento psíquico, a violência, os traumas, o câncer e as emergências climáticas exigem profunda redefinição do papel dos hospitais no SUS.

O desafio não é simplesmente ampliar leitos, mas construir uma política hospitalar orientada por redes regionalizadas, linhas de cuidado, integração com a atenção primária, regulação pública do acesso, alta responsável, reabilitação, cuidados paliativos, atenção domiciliar e continuidade do cuidado. Em síntese, a reforma hospitalar necessária ao SUS deve afirmar o hospital como equipamento estratégico de uma rede pública integrada, e não como centro autônomo do sistema.

6.13. Redefinir o financiamento público da saúde para a nova estrutura de necessidades

O financiamento do SUS precisa ser repensado à luz da dupla transição. Uma sociedade mais velha e crônica demanda mais cuidado contínuo, medicamentos, diagnóstico, reabilitação, atenção domiciliar, cuidados paliativos, saúde mental e apoio social. O subfinanciamento histórico, já incompatível com a universalidade, torna-se ainda mais grave diante da longevidade.

Aumentar recursos é necessário, mas não suficiente. A composição do gasto deve mudar. O sistema ainda tende a privilegiar procedimentos, consultas especializadas e internações, enquanto subfinancia prevenção, atenção primária, vigilância, reabilitação, cuidado domiciliar, regulação, saúde mental e cuidado de longa duração. A alocação deve ser orientada por valor público: redução de mortalidade evitável, preservação da funcionalidade, controle de fatores de risco, equidade territorial e proteção contra empobrecimento por doença.

Deve-se caminhar para financiamento regionalizado, com incentivos à integração das redes e não apenas ao volume de produção. Regiões com maior vulnerabilidade social, menor capacidade instalada e pior carga de doenças devem receber tratamento redistributivo. O país também precisa discutir piso federal compatível com um sistema universal, o que inclui o aumento da participação do gasto público no gasto total, financiamento tripartite, alocação por necessidades, orçamento regionalizado, compras públicas estratégicas e revisão dos subsídios ao mercado por meio dos gastos tributários.

6.14. Articular a agenda da longevidade ao Complexo Econômico-Industrial da Saúde

A dupla transição deve orientar nova agenda para o Complexo Econômico-Industrial da Saúde. A longevidade ampliará a demanda por medicamentos de uso contínuo, biofármacos, anti-hipertensivos, hipolipemiantes, tecnologias para câncer, produtos para doença renal, diagnósticos, órteses, próteses, tecnologias assistidas, equipamentos de reabilitação, telemonitoramento, dispositivos domiciliares, inteligência artificial, vacinas para adultos e idosos e soluções para cuidados de longa duração.

Se o Brasil não desenvolver capacidade produtiva e tecnológica, a longevidade poderá ampliar dependência externa, pressão cambial, vulnerabilidade de abastecimento e desigualdade de acesso. Se organizar a política industrial em torno das necessidades do SUS, poderá transformar demanda sanitária em inovação, emprego qualificado, soberania e desenvolvimento regional.

A Fiocruz, o Butantan, universidades, hospitais universitários, laboratórios públicos, BNDES, Finep, INPI, CNPEM e empresas privadas devem ser articulados em missão nacional orientada pela longevidade saudável. Essa missão deve combinar pesquisa, produção, regulação, avaliação tecnológica, compras públicas, dados, formação e inovação social. O objetivo não é apenas produzir bens, mas resolver problemas sanitários concretos.

6.15. Construir sustentabilidade digital, dados e inteligência pública em saúde

Preparar o SUS para o futuro implica transformar a saúde digital em bem público, instrumento de equidade e componente estruturante da capacidade estatal de

cuidar de uma sociedade que envelhece, adoece de forma mais complexa e demanda respostas mais integradas, oportunas e resolutivas.

A sustentabilidade do SUS dependerá crescentemente de prontuários eletrônicos interoperáveis, telessaúde qualificada, apoio diagnóstico remoto, monitoramento de pacientes de maior risco, integração entre atenção primária, atenção especializada, hospital, vigilância e assistência social, além de sistemas capazes de orientar decisões clínicas e de gestão com base em dados.

O SUS produz enorme volume de dados, mas ainda opera com sistemas fragmentados, baixa interoperabilidade e dificuldade de converter informações em inteligência pública. A dupla transição exige prontuário eletrônico longitudinal, identificação única, integração entre APS, hospitais, farmácia, regulação, vigilância, saúde suplementar e assistência social, além de painéis regionais de risco e capacidade preditiva.

A inteligência artificial pode apoiar estratificação de risco, previsão de internações, rastreamento de atrasos diagnósticos, identificação de polifarmácia, vigilância epidemiológica, planejamento de força de trabalho e avaliação de tecnologias. Contudo, seu uso deve ser público, ético, transparente, auditável e orientado por equidade. Digitalização sem governança pode ampliar desigualdades; digitalização com finalidade pública pode reduzi-las.

6.16. Reorganizar a regulação pública do complexo privado da saúde

A Reforma Sanitária de Segunda Geração deve atualizar a relação público-privado da saúde brasileira, subordinando todas as modalidades de oferta e gestão ao princípio constitucional da saúde como direito e à defesa do interesse público.

O ponto de partida é reconhecer que o setor privado deixou de se limitar aos planos médico-hospitalares regulados pela ANS. Hoje envolve, além da saúde suplementar tradicional, clínicas populares, cartões de desconto, plataformas digitais de intermediação de consultas e exames, fundos de investimento e múltiplas formas de gestão privada de serviços públicos.

Esse eixo regulatório deve alcançar também a gestão privada de serviços públicos, incluindo organizações sociais, fundações, parcerias, contratos de gestão e outras formas de terceirização da execução de políticas públicas. O SUS não será sustentável se continuar regulando fortemente apenas o setor público e deixando amplas

zonas privadas — assistenciais, digitais, financeiras e gerenciais — operarem com baixa transparência, baixa integração e limitada responsabilidade sanitária.

Em síntese, todo agente privado que opere no campo da saúde — seja financiado diretamente pelas famílias, por planos, por empresas ou por recursos públicos — deve estar submetido a uma regulação orientada pelo interesse público, pela equidade, pela segurança do paciente, pela integração com o SUS e pela responsabilidade sanitária. Regular o privado significa impedir que segmentação, mercantilização e fragmentação comprometam o direito universal à saúde.

6.17. Investir intergeracionalmente em longevidade saudável: infância, adolescência e PNAISC

Pensar os impactos das transições demográfica e epidemiológica sobre o futuro do sistema de saúde brasileiro exige reconhecer que os idosos das próximas décadas são as crianças e adolescentes de hoje.

A agenda da longevidade saudável não pode começar aos 60 anos. Deve iniciar na gestação, no nascimento, na primeira infância e na adolescência, incorporando plenamente a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), a promoção do desenvolvimento infantil, a proteção contra violências, a segurança alimentar, a saúde mental, a vacinação, o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, a saúde bucal, a atenção às deficiências, a prevenção da obesidade e o fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários.

Preparar o SUS para uma sociedade longa implica reorganizar a rede de atenção à criança e ao adolescente como política estruturante de futuro. Investir hoje em cuidado, proteção, desenvolvimento e equidade na infância é reduzir amanhã multimorbidade, sofrimento mental, incapacidades, violência, dependência funcional e desigualdades acumuladas ao longo do curso da vida.

6.18. Resgatar a agenda da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde

A recomendação central da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), expressa no relatório “As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil”, de 2008, permanece atual. O relatório afirma que o enfrentamento das iniquidades exige transformar os determinantes sociais da saúde em eixo estruturante da ação de Estado, com coordenação intersetorial de alto nível,

participação social, produção de evidências, monitoramento permanente e prioridade para infância, adolescência, territórios vulneráveis, municípios saudáveis, escolas, trabalho e condições de vida.

Entre as recomendações finais do relatório destacam-se: articular políticas e programas sociais hoje fragmentados; integrar órgãos federais em uma agenda comum de DSS; institucionalizar uma instância intersetorial na Casa Civil; criar programa conjunto MCT/MS de pesquisa sobre DSS; e estabelecer sistema permanente de monitoramento das iniquidades em saúde.

6.19. Instituir uma política de Estado para emergências em saúde pública

É indispensável construir nova institucionalidade para vigilância epidemiológica, preparação e resposta a emergências em saúde pública. A pandemia de Covid-19, a recorrência de arboviroses, os riscos climáticos, a emergência de novos patógenos, a resistência antimicrobiana, os desastres ambientais e a circulação global de pessoas e mercadorias demonstram que o Brasil não pode depender de arranjos improvisados, episódicos ou excessivamente vulneráveis às mudanças de governo.

O país precisa de uma política de Estado para emergências em saúde pública, executada por uma instituição federal vinculada ao Ministério da Saúde, integrada ao SUS, pactuada com estados e municípios e dotada de autonomia técnica, orçamento estável, capacidade de coordenação nacional, inteligência epidemiológica, rede laboratorial, vigilância genômica, modelagem, comunicação de risco, formação permanente e resposta rápida.

Essa estrutura não substituiria a vigilância existente nem enfraqueceria a governança tripartite. Ao contrário, deveria fortalecê-la, integrando vigilância e assistência, União, estados e municípios, ciência e gestão, informação e decisão, saúde humana, animal e ambiental.

6.20. Regular redes sociais e plataformas digitais como tema de saúde pública

A Reforma Sanitária de Segunda Geração deverá incorporar a regulação das redes sociais e plataformas digitais como tema de saúde pública. O ambiente digital

tornou-se determinante contemporâneo da saúde, com impactos sobre saúde mental, sono, atenção, aprendizagem, autoestima, imagem corporal, violência, exploração sexual, cyberbullying, desinformação, automedicação, consumo de produtos nocivos e exposição precoce de crianças e adolescentes a conteúdos, algoritmos e modelos de negócio desenhados para maximizar engajamento.

O SUS, em articulação com educação, justiça, direitos humanos, comunicação, regulação econômica e proteção de dados, deve defender padrões públicos de responsabilidade das plataformas que inclua: transparência algorítmica, restrição de publicidade e perfilamento de crianças, combate à desinformação em saúde, responsabilização por conteúdos danosos, proteção contra exploração sexual e violência digital, limites ao design aditivo, regulação do uso de telas em ambientes escolares e produção de evidências sobre impactos na saúde mental.

Regular redes sociais na perspectiva da saúde pública não significa censurar o debate público, mas proteger crianças, adolescentes, famílias, idosos e comunidades contra formas contemporâneas de produção comercial de sofrimento, dependência, desinformação e risco sanitário.

6.21. Ambiente e desenvolvimento: ética do cuidado e ambiente emocional facilitador

Ambiente e desenvolvimento devem constituir linha estratégica própria da Reforma Sanitária de Segunda Geração. Essa linha aprofunda a anterior, ao reconhecer que a longevidade saudável começa na gestação, no nascimento, na primeira infância e nas condições concretas de cuidado, vínculo, proteção e pertencimento em que a criança se desenvolve.

A contribuição da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis da Fiocruz é particularmente atual ao articular determinação social da saúde, ambiente emocional facilitador e ética do cuidado. O desenvolvimento infantil não depende apenas de renda, saneamento, alimentação, moradia, vacinação ou acesso a serviços, mas também da qualidade dos vínculos, da estabilidade afetiva, da proteção contra violências, da presença de cuidadores disponíveis e apoiados e da capacidade das políticas públicas de produzir ambientes favoráveis à vida.

O cuidado, aqui, não deve ser entendido apenas como prestação técnica de ações em saúde, mas como princípio ético, relacional e político que sustenta a produção



de saúde: reconhecer a criança como sujeito de direitos, apoiar famílias e cuidadores, proteger vínculos, acolher vulnerabilidades e organizar redes capazes de responder às necessidades concretas de cada território.

Essa concepção, incorporada como princípio estruturante da PNAISC, permite afirmar a primeira infância como território estratégico de produção de saúde, cidadania e desenvolvimento humano.

6.22. Aprofundar iniciativas em curso que dialogam com a Reforma Sanitária de Segunda Geração

A Reforma Sanitária de Segunda Geração não parte do zero. Ela deve reconhecer e aprofundar iniciativas em curso que dialogam diretamente com os desafios impostos pelas transições demográfica e epidemiológica.

O Programa Mais Acesso a Especialistas, incorporado à agenda do Agora Tem Especialistas e articulado ao Projeto Mais Médicos Especialistas, responde a um dos gargalos mais críticos do SUS contemporâneo: o acesso oportuno à atenção especializada, aos exames diagnósticos, às cirurgias eletivas e às linhas de cuidado em áreas como oncologia, cardiologia, ortopedia, oftalmologia e saúde da mulher. Seu potencial transformador dependerá da capacidade de induzir redes regionalizadas, regulação pública transparente, integração com a atenção primária e cuidado longitudinal.

Da mesma forma, a Política Nacional de Cuidados, coordenada pelo MDS no âmbito do Plano Brasil que Cuida, introduz uma dimensão estratégica indispensável para uma sociedade que envelhece: reconhecer o cuidado como direito, apoiar pessoas idosas, pessoas com deficiência, crianças e famílias, reduzir a sobrecarga — historicamente feminina — do trabalho de cuidado e articular SUS, SUAS, previdência, trabalho e comunidade.

Em conjunto, essas agendas apontam para um SUS menos episódico e mais organizado em torno das necessidades reais da população: acesso especializado quando necessário, cuidado continuado no território, proteção social e capacidade pública de responder à cronicidade, à dependência funcional e às desigualdades acumuladas ao longo do curso da vida.

7. MATRIZ SINTÉTICA DE PRIORIDADES

A matriz abaixo foi revisada para refletir todos os tópicos individualizados da agenda estratégica.

QUADRO 3

PROBLEMA ESTRATÉGICO	PRIORIDADE DE POLÍTICA PÚBLICA	INSTRUMENTOS
Envelhecimento acelerado e desigual	Estratégia Nacional de Longevidade Saudável e Equitativa.	Plano nacional; metas por região; governança intersetorial; financiamento específico; indicadores de funcionalidade.
Dependência funcional e sobrecarga familiar	Política Nacional de Cuidados de Longa Duração.	Cuidado domiciliar; centros-dia; apoio a cuidadores; integração SUS-SUAS; formação e regulação de cuidadores.
Multimorbidade e DCNT	APS coordenadora do cuidado crônico.	Cadastro qualificado; estratificação de risco; planos de cuidado; telessaúde; farmácia clínica; apoio multiprofissional.
Demências, fragilidade e perda funcional	Linha nacional para demências, fragilidade e dependência funcional.	Diagnóstico oportuno; manejo comunitário; apoio familiar; prevenção de quedas; cuidados paliativos; centros-dia.
Obesidade, riscos metabólicos e determinantes comerciais	Prevenção como política de Estado.	Tributação; rotulagem; publicidade; alimentação escolar; cidades ativas; regulação de álcool, tabaco, ultraprocessados e apostas.
Câncer em ascensão	Rede oncológica regionalizada e sustentável.	Centrais diagnósticas; anatomopatologia; regulação; radioterapia; navegação; monitoramento pós-incorporação.
Sofrimento psíquico e transtornos mentais	Saúde mental como eixo estruturante da reforma sanitária.	RAPS fortalecida; integração CAPS-APS; apoio matricial; psicoterapias; cuidado em liberdade; articulação com assistência social, educação, cultura e direitos humanos.

PROBLEMA ESTRATÉGICO	PRIORIDADE DE POLÍTICA PÚBLICA	INSTRUMENTOS
Dor crônica, limitações funcionais e incapacidades	Reabilitação territorial e política de funcionalidade.	Fisioterapia; terapia ocupacional; fonoaudiologia; reabilitação auditiva e visual; tecnologias assistidas; manejo da dor; prevenção de quedas; integração com APS, hospitais e atenção domiciliar.
Escassez e precarização do trabalho	Política nacional de força de trabalho e carreira do SUS.	Carreira nacional/interfederativa; provimento; educação permanente; equipes multiprofissionais; melhores condições de trabalho.
Desigualdades territoriais e vazios assistenciais	Regionalização efetiva.	Papel coordenador das SES; contratos regionais; transporte sanitário; regulação; centrais diagnósticas; governança clínica.
Violência estrutural e trânsito	Violência e segurança viária como saúde pública.	Vigilância de violências; rede de trauma; reabilitação; prevenção intersetorial; segurança viária; controle de álcool e armas.
Hospitalocentrismo e permanência indevida	Reforma hospitalar integrada à rede.	Alta responsável; cuidados intermediários; reabilitação; paliativos; gestão por linha de cuidado; integração com APS.
Subfinanciamento e gasto fragmentado	Financiamento por necessidade e valor público.	Piso federal; alocação regional; compras estratégicas; revisão de gastos tributários; ampliação do gasto público.
Dependência tecnológica e produtiva	CEIS orientado pela longevidade.	PDP/PDIL; compras públicas; inovação; tecnologias assistidas e digitais; vacinas para adultos e idosos.
Fragmentação de dados e baixa interoperabilidade	Sustentabilidade digital e inteligência pública.	Prontuário longitudinal; RNDS; interoperabilidade; telessaúde; governança de dados; IA auditável e orientada por equidade.
Segmentação público-privada	Regulação pública do complexo privado da saúde.	ANS fortalecida; marco para novas ofertas; regulação de plataformas, cartões e clínicas; contratos de gestão transparentes.

PROBLEMA ESTRATÉGICO	PRIORIDADE DE POLÍTICA PÚBLICA	INSTRUMENTOS
Infância vulnerável e desigualdade acumulada	Investimento intergeracional em longevidade saudável.	PNAISC; vacinação; creche; segurança alimentar; saúde mental; proteção contra violências; saúde bucal; atenção às deficiências.
Iniquidades estruturais	Atualização da agenda da CNDSS.	Coordenação intersetorial; monitoramento de iniquidades; pesquisa sobre DSS; municípios saudáveis; participação social.
Emergências sanitárias recorrentes	Política de Estado para emergências em saúde pública.	Instituição nacional; rede laboratorial; vigilância genômica; modelagem; comunicação de risco; resposta rápida; One Health.
Riscos digitais e desinformação	Regulação das redes sociais e plataformas digitais.	Transparência algorítmica; proteção infantil; combate à desinformação; limites ao design aditivo; regulação de publicidade.
Ambiente emocional e desenvolvimento infantil	Ambiente e desenvolvimento inspirado na EBBS.	Ética do cuidado; vínculos; apoio a cuidadores; ambientes físicos, sociais e emocionais; integração PNAISC-APS-SUAS-educação.
Iniciativas em curso ainda fragmentadas	Articular Mais Acesso a Especialistas e Política Nacional de Cuidados à reforma sanitária.	Integração com APS; regionalização; SUS-SUAS; linhas de cuidado; proteção social; regulação pública.

8. CONCLUSÃO: RADICALIZAR A UNIVERSALIDADE

O Brasil chegou a uma nova fronteira sanitária. A criação do SUS representou a maior inovação institucional da saúde brasileira no século XX, ao afirmar a saúde como direito universal e dever do Estado. A expansão da atenção primária, a vacinação, a vigilância, a política de HIV/aids, os transplantes, a assistência farmacêutica, a regulação sanitária e a descentralização permitiram avanços substantivos. Mas a dupla transição exige nova geração de reformas.

A pergunta agora é como organizar um sistema capaz de acompanhar pessoas ao longo do tempo, prevenir incapacidades, coordenar cuidado, reduzir desigualdades, apoiar famílias, produzir inovação, regular fatores de risco e garantir acesso oportuno a tecnologias essenciais.

A saúde brasileira precisa passar de uma racionalidade ainda prevalente de eventos isolados para uma racionalidade de percurso; de uma lógica de procedimento para uma lógica de valor público; de uma gestão de unidades para uma gestão de redes; de uma resposta setorial para uma estratégia de desenvolvimento.

A longevidade é uma conquista. Mas conquistas civilizatórias exigem instituições capazes de sustentá-las. Sem reorganização do SUS, financiamento adequado, política de cuidado, regulação de riscos, regionalização e inovação, o envelhecimento poderá ampliar desigualdades, filas, gastos familiares, judicialização e sofrimento. Com planejamento público, coordenação federativa e compromisso social, pode transformar-se em fonte de autonomia, participação, produtividade, solidariedade intergeracional e desenvolvimento nacional.

A análise das transições demográfica e epidemiológica brasileiras não pode prescindir da perspectiva da determinação social da saúde, porque o principal desafio do país não é apenas o envelhecimento, mas também o enfrentamento das profundas desigualdades que atravessam a longevidade. Fatores de risco como hipertensão, diabetes e alimentação inadequada não decorrem apenas de escolhas individuais, mas de determinantes sociais e comerciais relacionados à renda, moradia, trabalho, urbanização, acesso ao cuidado e regulação econômica.

Nesse contexto, o SUS se apresenta como a principal instituição capaz de reduzir desigualdades acumuladas ao longo da vida, exigindo fortalecimento da Atenção Primária, criação de uma política nacional de cuidado de longa duração,

regionalização efetiva e integração entre saúde, assistência social, previdência e desenvolvimento econômico.

Este policy paper defende que a dupla transição demográfica e epidemiológica deve ser tratada como agenda de Estado. O futuro da saúde no Brasil será definido pela capacidade de produzir longevidade saudável, equitativa e sustentável. O SUS pode, deve e precisa ser o eixo dessa resposta, não apenas por sua abrangência assistencial, mas por sua vocação civilizatória de organizar a solidariedade social em torno da proteção da vida.

Concluimos com três ideias. **A primeira:** a transição demográfica brasileira não será apenas fenômeno etário. Será um teste civilizatório sobre como cuidamos da vida, da autonomia, da dependência e da desigualdade.

A segunda: a transição epidemiológica não pode ser lida apenas como crescimento das doenças crônicas. No Brasil, ela se combina com violência, sofrimento mental, doenças infecciosas, mudanças climáticas e desigualdades históricas.

A terceira: o SUS é a arquitetura institucional mais compatível para enfrentar esse desafio. Mas sua arquitetura precisa ganhar musculatura financeira, tecnológica, federativa, assistencial e política. O Brasil precisa de um SUS mais regionalizado, mais resolutivo, mais digital, mais cuidador, mais intersetorial, mais orientado por equidade e mais capaz de regular os interesses privados que moldam a saúde. Radicalizar a universalidade significa organizar o sistema segundo necessidades sociais, e não segundo capacidade de pagamento, poder de pressão ou oferta instalada.

9. REFERÊNCIAS

ALVES, José Eustáquio Diniz. Desafios e oportunidades da Economia da Longevidade. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2026. Documento técnico em versão preliminar.

MALTA, Deborah Carvalho *et al.* Carga de doenças no Brasil e Unidades Federadas 1990 a 2023: tendências e desafios. Belo Horizonte/Rio de Janeiro/Seattle: UFMG, UFF, IHME, Fiocruz, 2026. Documento técnico em versão preliminar.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Presidência da República, 1988.

BRASIL. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 20 set. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 1.130, de 5 de agosto de 2015. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC).

COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE. As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil: relatório final. Brasília: CNDSS, 2008.

TEMPORÃO, José Gomes; PENELLO, Liliane Mendes. Determinação social da saúde e ambiente emocional facilitador: conceitos e proposição estratégica para uma política pública voltada para a primeira infância. Saúde em Debate, v. 34, n. 85, 2010.

PAIM, Jairnilson *et al.* The Brazilian health system: history, advances, and challenges. The Lancet, London, v. 377, n. 9779, p. 1778-1797, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. World report on ageing and health. Geneva: WHO, 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Decade of Healthy Ageing: baseline report. Geneva: WHO, 2020.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Década do Envelhecimento Saudável nas Américas: 2021-2030. Washington, DC: OPAS, 2021.

INSTITUTE FOR HEALTH METRICS AND EVALUATION. Global Burden of Disease Study 2023. Seattle: IHME, 2025.

SANTINI LA, Temporão JG, Fernandes FMB, Zoss WP, Santos ATC. O Controle do Câncer no Século XXI: Desafios Globais Exigem Soluções Coletivas. Rev. Bras. Cancerol. 71(4). 2025.

FERNANDES FMB, Cohen MM, Santos ATC, Santini LA, Temporão JG, Zoss WP. Reflexões e recomendações de especialistas sobre o controle do câncer no Brasil. Saúde e Sociedade, 2026. No prelo.

SANTOS MO, Lima FCS, Martins LFL, Oliveira JFP, Almeida LM, Cancela MC. Estimativa de incidência de câncer no Brasil, 2023-2025. Rev Bras Cancerol. 2023 69(1).

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ DE ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). Estimativa 2026: incidência de câncer no Brasil.

GADELHA CAG, Temporão JG. Desenvolvimento, inovação e saúde: a perspectiva teórica e política do Complexo Econômico-Industrial da Saúde. Ciênc Saúde Colet 2018; 23: Pp. 1891-902.

SANTINI LA, Temporão JG, Cohen MM, Fernandes FMB, Santos ATC, Zoss WP. Ecos 1 – Seminário Controle do Câncer no Século XXI: Desafios Globais e Soluções Locais. CEE-Fiocruz, 2026.

SANTINI LA, Temporão JG, Cohen MM, Fernandes FMB, Santos ATC, Zoss WP. Ecos 2 – Avanços e desafios no controle do câncer: da pesquisa etiológica à implementação de programas de prevenção e detecção precoce. CEE-Fiocruz, 2026.