THE CONVERSATION

Rigor acadêmico, estilo jornalístico



Planejar a saúde até 2050 exige ação interministerial integrada, método para escolha de prioridades ligando pesquisa, produção nacional e soberania sanitária, avaliação e reajustes periódicos. Imagem: Chidela Faustina Okeke/Unsplash.

Saúde em 2050: como investir em Ciência para apoiar o SUS?

Publicado: 4 novembro 2026 09:06 -03 •Atualizado: 4 novembro 2026 10:50 -03

https://theconversation.com/saude-em-2050-como-investir-em-ciencia-para-apoiar-o-sus-295776

O Brasil de 2050 será outro. Pelas projeções do IBGE, a população deixará de crescer em 2041. Em 2050, três em cada dez brasileiros terão 60 anos ou mais — cerca de 65 milhões de pessoas, quase o dobro da proporção atual.

Doenças, tecnologias e o próprio clima também terão mudado. Planejar a saúde para esse horizonte é necessário. Mas como escolher hoje prioridades para um país que ainda não existe?

A resposta que propomos é não tentar fixar agora a lista de 2050. Um planejamento de longo prazo deve fixar poucas metas direcionais. Entre as quais, reduzir desigualdades, ganhar autonomia produtiva e tecnológica, ampliar a capacidade de resposta a emergências.

Acreditamos que seja, sobretudo, definir um método para orientar a escolha das prioridades a cada ciclo quadrienal, em consonância com os Planos Plurianuais (PPA) do governo federal. Além da retomada de um planejamento estratégico de longo prazo.

Países que conseguiram se desenvolver e superar a distância frente aos países mais desenvolvidos - como a China - sempre se basearam em um planejamento de longo prazo.

O planejamento deve ser sempre atualizado para cada período de governo, mas mantendo uma continuidade em torno de objetivos e metas estratégicas.

Seis ciclos até 2050

Até 2050, transcorrerão seis ciclos de planejamento no Brasil. O primeiro, de 2028 a 2031.

Na área da saúde, um momento decisivo ocorrerá na 18ª Conferência Nacional de Saúde, prevista para 2027. As conferências de Saúde são uma das instâncias mais avançadas de participação social para debater e definir as grandes diretrizes em saúde.

No passado, a 8ª Conferência Nacional de Saúde propôs a criação do próprio SUS, dando origem ao maior sistema universal do mundo em termos de população.

No atual momento, será decisivo avançar em novos temas. Estes envolvem desde a soberania e a inserção do Brasil nas transformações digital e ecológica, sem o que os princípios da universalidade, integralidade e equidade do SUS podem não ter uma base concreta para serem viabilizados no novo contexto de intensas transformações

Acreditamos também na importância de planejar para um futuro a realização da 3ª Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde. A última edição ocorreu ainda em 2004.

Embora inexista obrigatoriedade legal quanto à periodicidade dessas conferências temáticas, a Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde e a Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde demandam de atualização urgente.

Em estrita conformidade com as diretrizes constitucionais do SUS, essa repactuação deve ser construída por meio de ampla participação social em processo deliberativo.

O conhecimento científico, de fato, é a base estruturante para a organização dos sistemas de saúde e para a disponibilização de novas tecnologias para a prevenção, promoção e assistência, envolvendo desde as ciências sociais até as ciências exatas e da natureza.

Prioridades para os ciclos quadrienais

Sugerimos dois critérios iniciais para a escolha das prioridades. Sob nosso ponto de vista, a carga de doença e a vulnerabilidade sanitária são fundamentais. Quantos anos de vida se perdem por morte prematura ou se vivem com incapacidade?

O segundo é a vulnerabilidade à intervenção. Um conceito antigo da saúde pública brasileira, que pergunta quanto o problema pode ser reduzido, nos ciclos de quatro anos. E para isso é necessário olhar as intervenções disponíveis e o quanto temos de autonomia para poder garantir o acesso em bases sustentáveis sem depender dos humores do mercado e das estratégias das grandes corporações.

Alguns problemas pesam muito, mas podem ser controlados por ações conhecidas, medicamentos e testes disponíveis. Outros dependem sobretudo de decisões fora do setor saúde, como segurança pública, regulação de alimentos ou políticas climáticas.

Reconhecer isso evita dois erros: omitir problemas porque o SUS sozinho não os resolve, ou cobrar do SUS resultados que dependem de outros ministérios. Nesses casos, a proposta prevê metas compartilhadas.

A principal novidade do método vem depois da escolha. Para cada problema priorizado, o plano faz três perguntas:

Existe intervenção eficaz para o contexto brasileiro? Se não existe, falta conhecimento ou produto, e o caminho é pesquisa, desenvolvimento e a inovação.

Esta deve sempre ser orientada para os desafios concretos do acesso equânime e universal ainda que envolvam a geração de conhecimentos básicos e de longo prazo.

A intervenção é produzida no país, ou tem suprimento seguro? Se não, o problema é de capacidade produtiva e tecnológica, e a resposta está no Complexo Econômico-Industrial da Saúde (CEIS). E isso envolve vacinas, medicamentos, e dispositivos médicos para os tratamentos e diagnósticos, além das tecnologias digitais que, crescentemente, são requeridas até para a atenção primária.

Um terceiro aspecto é, a intervenção chega à população com cobertura e qualidade? Se não, o problema é de implementação e gestão dos serviços. E requer um esforço de pesquisa para o redesenho organizacional do SUS, na escala nacional, regional e local.

Dependência externa

A dependência externa é grande. Segundo o plano de ação da Nova Indústria Brasil, a produção nacional atendia 42% das necessidades do SUS em 2025. A meta é chegar a 70% em 2033.

Mas o próprio governo reconheceu em junho que a meta intermediária de 2026 não será atingida, pois a fronteira tecnológica se desloca com muita rapidez. E os resultados da capacitação tecnológica local ocorrem em períodos mais longos, requerendo perseverança e aprofundamento da estratégia.

Dependência em saúde é vulnerabilidade. A pandemia mostrou o outro lado. Graças à capacidade instalada em instituições públicas, o país produziu 74,8% das doses de vacina contra a COVID-19 aplicadas até agosto de 2021. A lição é que soberania sanitária não se improvisa na crise.

Constrói-se antes, com política tecnológica e industrial orientada pelas necessidades do sistema de saúde. A proposta incorpora essa lição de forma concreta: cada área prioritária registra sua dependência externa. E o Ministério da Saúde encaminha as demandas produtivas ao grupo que coordena a estratégia nacional para o segmento especifico do complexo.

Esse segmento dispõe de instrumentos como parcerias para transferência de tecnologia e para a inovação. Além de envolver a articulação das compras públicas com o financiamento e a regulação, entre outras áreas de intervenção das políticas públicas.

Para 2050, o objetivo razoável não é produzir tudo, mas ter capacitação local nas plataformas tecnológicas estratégicas — vacinas, biológicos, diagnósticos e dispositivos e tecnologias digitais críticas para o sistema de saúde.

Até 2050, boa parte do que hoje é fronteira será rotina. A questão é se o país chegará lá como produtor, desenvolvedor e avaliador ou apenas como comprador.

O que defendemos é o método. Escolher pelo peso e pela possibilidade de mudança, diagnosticar o que falta antes de investir, medir apenas o que se sabe medir. E repetir esse exercício a cada ciclo até 2050.

Esse método tem uma dimensão que vai além da gestão. Um país que sabe distinguir quando lhe falta ciência, quando lhe falta indústria e serviços de alta intensidade tecnológica e quando lhe falta organização do sistema de saúde está mais bem preparado para decidir por conta própria. E é disso que se trata, afinal, quando se fala em soberania em saúde.

É nessa perspectiva que o país deve retomar o planejamento de longo prazo e entender a saúde e o SUS não como um mercado comprador, mas sim como um espaço estratégico de desenvolvimento para que o Brasil seja um país soberano capaz de garantir o direito a saúde para sua população, baseado no conhecimento e na inovação.

Carlos Gadelha

Coordenador da Rede CEIS e do Grupo de Pesquisa Complexo Econômico-Industrial da Saúde, Desenvolvimento Sustentável e CT&I (GPCEIS/CEE-ENSP), Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz)

Manoel Barral-Netto

Pesquisador, Instituto Gonçalo Moniz, Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz); Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia em Saúde Digital (DigiSaúde)

Monica Felts de La Roca Soares

Diretora Científica do CNPq e professora Associada do Departamento de Ciências Farmacêuticas, Universidade Federal de Pernambuco (UFPE)

DOI

https://doi.org/10.64628/ADE.7aa4g6ecf