Debates e Pensamentos

OBSERVATÓRIO DE ANÁLISE POLÍTICA EM SAÚDE

Será que é para o Brasil vencer o atraso? Análise das propostas da Saúde no Plano de Governo de Flávio Bolsonaro

Luca Iago Moura da Silva[1]

Roberta Fonseca Sampaio[2]

A análise que consta neste documento tem o intuito de compreender para além do que está escrito no plano de governo de Flávio Bolsonaro. Em que medida as 18 propostas de saúde que constam no documento trazem algo de novo para o povo brasileiro? Fizemos o exercício de comparar essas propostas como o que já está em lei ou em execução no Sistema Único de Saúde (SUS), bem como elucidar os cortes que comprometem essas promessas e uma leitura das contradições que aparecem nessa movimentação do presidenciável.

De forma direta, o que podemos constatar é que 12 das 18 propostas já existem (algumas até com o mesmo nome), e cinco existem em parte e apenas uma proposta não tem equivalente federal, mas não fica muito explícito como se dará na prática. Em vários casos o próprio plano usa as palavras “manter”, “ampliar” ou “concluir”. Para o exercício, as 18 propostas foram organizadas em cinco eixos: Atenção Primária e Prevenção; Filas, Rede e Hospitais; SUS Digital; Saúde da Mulher; e Cuidado e Saúde Mental.

Para cada eixo, apresenta-se um quadro com a proposta, a página em que ela aparece no plano, o que já existe na legislação ou em execução no SUS e a classificação atribuída. A classificação segue cinco categorias: *Já existe*, quando a

[1] Mestre em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA) e pesquisador do Observatório de Análise Política em Saúde (OAPS/ISC/UFBA). Sanitarista na Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB).

[2] Mestre em Estado, Gobierno y Políticas Públicas pela Faculdade Latino-Americana de Ciências Sociais (FLACSO), doutoranda em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA). Enfermeira Sanitarista e Coordenadora Executiva na Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB).

Universidade Federal da Bahia

proposta já está em lei ou em execução; *Ampliar,* quando já existe e o plano promete expandi-la; *Até o nome*, quando o programa vigente tem o mesmo nome ou nome muito próximo; *Em parte*, quando a base existe, mas falta componente; e *Novo*, quando não há equivalente federal.

O eixo sobre a Atenção Primária e Prevenção é o que tem mais propostas e o único em que aparece algo sem equivalente federal. Das cinco propostas (Quadro 1), três já existem, e em duas delas o plano apenas promete ampliar o que está em curso. Na imunização, o próprio texto usa o verbo “manter”.

Quadro 1 – Propostas de atenção primária e prevenção

Proposta do plano	Página	O que já existe	Classificação
Ampliar a Estratégia Saúde da Família	37	PNAB (Portaria 2.436/2017); Mais Médicos (Lei 12.871/2013 e Lei 14.621/2023); novo cofinanciamento da APS (2024).	**Ampliar**
Ampliar exames preventivos	21 e 37	Lei 11.664/2008 (mamografia e citopatológico); Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer (Lei 14.758/2023); teste DNA-HPV no SUS.	**Ampliar**
Manter a imunização e a produção nacional de vacinas	37	Programa Nacional de Imunizações (Lei 6.259/1975); Estratégia Nacional do CEIS (Decreto 11.715/2023); Butantan e Bio-Manguinhos.	**Já existe**
Programa de Atendimento aos Idosos	37	Estatuto da Pessoa Idosa (Lei 10.741/2003); Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (Portaria 2.528/2006).	**Em parte**
Inteligência artificial para identificar risco e convocar o paciente	38	Sem equivalente federal. A estratificação de risco já faz parte das linhas de cuidado da APS.	**Novo**

Fonte: elaborado pelos autores com base no plano de governo (PL, 2026) e na legislação vigente.

A única proposta nova – inteligência artificial para “identificar quem corre maior risco de adoecer e chamar essa pessoa para se cuidar a tempo” (p. 38) –

merece atenção justamente por ser a única novidade; e ela é, ao mesmo tempo, excludente e pouco resolutiva. É excludente porque parte do pressuposto de que todos estão conectados com acesso à internet. Segundo a TIC Domicílios 2025, cerca de 28 milhões de brasileiros não usam a internet. Entre os não usuários com até o ensino fundamental, 16 milhões tem mais de 60 anos. Nas classes D e E, 87% dos usuários acessam a rede apenas pelo celular (CETIC.BR, 2025). Ou seja, a tecnologia tende a alcançar menos quem mais precisa: o idoso, o pobre, o morador da zona rural. São os mesmos grupos que o plano diz querer proteger com o seu Programa de Atendimento aos Idosos. O próprio documento reconhece o problema quando afirma que “um brasileiro sem conexão está fora de tudo isso” e que “digitalizar sem conectar é excluir” (p. 24), mas não tira daí nenhuma consequência para a saúde.

É pouco resolutiva porque identificar o risco nunca foi o principal gargalo do SUS. Essa função já é cumprida, presencialmente e com conhecimento do território, pelos Agentes Comunitários de Saúde (Lei 11.350/2006) e pelas equipes de Saúde da Família, por meio da busca ativa. O que falta é o depois: profissionais, vagas, exames e tratamento. Um algoritmo que convoca o paciente para uma fila que continua longa só desloca o problema. A pergunta que o plano não responde é simples: por que investir em inteligência artificial em vez de ampliar e fixar equipes presencias, que já fazem esse trabalho e chegam a quem não tem conexão? Moraes e Fornazin (2023) chamam esse movimento de “tecnoforia”: uma euforia com a tecnologia que “embota o exercício de um pensamento crítico” e apresenta como solução para problemas que são, antes de tudo, de financiamento e de força de trabalho.

Chama atenção ainda que a promessa de ampliar a Saúde da Família não faça menção ao período de 2019 a 2022. Nesses anos, o Previne Brasil, a criação de uma agência para contratar serviços privados da atenção primária e a descontinuidade do Mais Médicos foram interpretados pelo campo da Saúde Coletiva como um “processo único de desmonte da APS” (Aquino *et al.,* 2023). A promessa vem do mesmo grupo político que conduziu essas medidas.

As propostas que tratam sobre Filas, Redes e Hospitais são voltadas ao tempo de espera e à remuneração dos serviços (Quadro

02). A correção da Tabela SUS já é obrigatória desde 2024 (Lei 14.820/2020), e o próprio plano reconhece isso ao afirmar que “a lei de reajuste já existe, mas, presa ao orçamento, não enfrentou a defasagem que asfixia hospitais, Santas Casas e clínicas” (p. 37). O diagnóstico está correto, mas a contradição está no próprio texto. O plano identifica o orçamento como a trave, e no capítulo fiscal, propõe apertá-lo ainda mais, com superávit primário, limite para os gastos discricionários e o que chama de “Tesouraço”. A promessa de corrigir a tabela fica, assim, presa ao mesmo cadeado que o plano pretende reforçar.

Quadro 2 – Propostas de filas, rede e hospitais

Proposta do plano	Página	O que já existe	Classificação
Correção da Tabela SUS	37	Lei 14.820/2024: revisão anual obrigatória, condicionada à disponibilidade orçamentária.	**Já existe**
Contratar exames da rede privada nos horários ociosos	37	Programa Agora Tem Especialistas (Lei 15.233/2025): créditos tributários de até R$ 2 bilhões por ano e troca de dívidas de planos de saúde por atendimento.	**Já existe**
Rede Nacional de Hospitais Inteligentes	38	Rede lançada pelo Ministério da Saúde em novembro de 2025, com o mesmo nome	**Até o nome**
Inteligência artificial para agendar consultas e exames	26	Regulação via SISREG e sistemas estaduais; sistema nacional de tempo de espera criado pela Lei 15.233/2025.	**Em parte**

Fonte: elaborado pelos autores com base no plano de governo (PL, 2026) e na legislação vigente.

A compra de exames da rede privada nos “horários ociosos” também já está em execução pelo programa Agora Tem Especialistas (Lei 15.233/2025). Mais do que a repetição, porém, preocupa a lógica. A Constituição define a participação privada no SUS como complementar (art. 199, § 1º), e a Lei 8.080/1990 só admite recorrer a ela “quando as suas disponibilidades forem insuficientes” (art. 24). O plano inverte essa ordem: em vez de ampliar a capacidade própria do SUS, com concursos,

equipamentos e rede pública, aposta em ocupar a ociosidade do setor privado com dinheiro público. Coelho et al. (2023) apontam esse paradoxo: “enquanto a saúde pública carece de dinheiro, recursos fiscais deixam de ser arrecadados para manutenção de incentivos a diversas modalidades da assistência à saúde privada”. Num plano que promete, ao mesmo tempo, cortar impostos e comprar mais serviços privados, o paradoxo se aprofunda. Vale registrar que o modelo atual, baseado em créditos tributários, já está sujeito à mesma crítica.

O caso mais emblemático é o da Rede Nacional de Hospitais Inteligentes, apresentada no plano com o mesmo nome do programa lançado pelo Ministério da Saúde em novembro de 2025. O programa existente é apropriado como proposta própria, sem menção à sua origem nem ao seu financiamento. Somada à promessa de usar inteligência artificial para “encaixar o paciente na primeira vaga disponível” (p. 26), a proposta repete o padrão do eixo anterior. O problema das filas é tratado como questão de gestão e de tecnologia, quando sua raiz está na falta de vagas, de profissionais e de financiamento. Não há algoritmo que encaixe o usuário numa vaga que não existe.

No que tange à Saúde Digital, o plano fala em “concluir” o prontuário eletrônico e reivindica sua origem: “esse trabalho foi iniciado no Governo Bolsonaro: criamos o Conecte SUS” (p. 26). A Rede Nacional de Dados em Saúde foi, de fato, criada em 2020. Mas é o mesmo grupo político que esteve à frente dela quando, em dezembro de 2021, um ataque hacker tirou do ar os sistemas do Ministério da Saúde, inclusive o próprio Conecte SUS. A promessa de conclusão, portanto, não vem acompanhada de nenhum balanço sobre porque ela não foi concluída nem sobre a segurança dos dados que pretende reunir.

Quadro 3 – Propostas de SUS digital

Proposta do plano	Página	O que já existe	Classificação
Prontuário eletrônico único vinculado ao CPF	25-26	Rede Nacional de Dados em Saúde (Portaria 1.434/2020); Meu SUS Digital; Lei 13.787/2018; LGPD (Lei 13.709/2018).	**Em parte**

Proposta do plano	Página	O que já existe	Classificação
Telessaúde e teleatendimento	38	Lei 14.510/2022; Telessaúde Brasil Redes (Portaria 2.546/2011); Programa SUS Digital; Lei 15.233/2025.	**Já existe**

Fonte: elaborado pelos autores com base no plano de governo (PL, 2026) e na legislação vigente.

O ponto mais sensível, porém, é outro. O plano propõe um prontuário "interoperável entre redes pública e privada" (p. 26). Ou seja, o histórico de saúde dos usuários do SUS, vinculado ao CPF, passaria a circular também pelo setor privado. O texto cita a LGPD e o consentimento do paciente, mas não diz quem acessa esses dados, para que nem com qual contrapartida. Num plano que aposta na compra de serviços privados e na redução do Estado, a integração de dados não é neutra: ela pode servir à continuidade do cuidado, mas também a operadoras e empresas interessadas em informação de saúde da população. Moras e Fornazin (2023) lembram justamente a "imperiosa necessidade de manutenção da soberania do Estado brasileiro diante de um éthos neoliberal hegemônico" quando se trata das tecnologias digitais em saúde.

A telessaúde, por sua vez, tem lei própria desde 2022 e uma rede de núcleos estaduais em funcionamento há mais de uma década. No plano, porém, ela aparece com outra função: "médicos de regiões com baixa demanda poderão atender pacientes onde as filas são longas" (p. 38). A telessaúde deixa de ser apoio às equipes de atenção primária, por meio de teleconsultoria, telediagnóstico e educação permanente, e passa a ser substituta da presença do profissional no território. O problema da fixação de médicos em regiões remotas, que o Mais Médicos buscou enfrentar, é resolvido no plano com uma tela. E, como já discutido no eixo anterior, essa solução chega com mais dificuldade a quem não tem conexão estável, que é justamente quem mais depende do SUS.

Duas propostas (Quadro 4) que integram o programa acerca da saúde da mulher, intituladas de "Brasil por Elas", atravessam todo o plano. Na prática, essas propostas já existem. A atenção à saúde da mulher conta com a política nacional

desde 2004 e, mais recentemente, com a Rede Alyne. As unidades móveis prometidas já circulam pelo país desde outubro de 2025 na forma de carretas de Saúde da Mulher. Mais do que a repetição, porém, chama atenção o lugar que a mulher ocupa no plano. O programa “Brasil por Elas” se apresenta com o lema “fortalecer as mulheres é fortalecer a família” (p. 17), e a seção de saúde termina com “quando protegemos uma mulher, protegemos uma família”. (p. 21). A justificativa para cuidar da saúde da mulher é que ela “não perderá mais o dia inteiro de trabalho” (p. 21). A mulher aparece, assim, como meio: pilar da família e força de trabalho, e não como sujeito de direitos com necessidades próprias.

Quadro 4 – Propostas de saúde da mulher

Proposta do plano	Página	O que já existe	Classificação
Saúde da mulher: preventivo, gestação, menopausa e saúde bucal	21	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (2004); Rede Alyne (2024); Política Nacional de Saúde Bucal (Lei 14.572/2023).	**Já existe**
Unidades Móveis de Saúde da Mulher	21	28 carretas de Saúde da Mulher do Agora Tem Especialistas (outubro de 2025), com mamografia e diagnóstico de câncer de colo do útero.	**Já existe**

Fonte: elaborado pelos autores com base no plano de governo (PL, 2026) e na legislação vigente.

Essa leitura se confirma no que o plano deixa de fora. A lista de cuidados cita câncer, menopausa, gestação e endometriose, mas não menciona saúde sexual e reprodutiva, planejamento familiar, mortalidade materna e nem violência obstétrica. Também não faz qualquer recorte de raça. O silêncio não é casual em um documento que declara, entre seus valores inegociáveis, o “respeito à vida desde a concepção” (p. 9). Ele contrasta com a política que o plano repete sem nomear: a Rede Alyne leva o nome de Alyne Pimentel, mulher negra cuja morte materna evitável, em 2002, levou à condenação do Brasil pelo Comitê CEDAW da ONU. Por isso, a rede tem como foco

declarado a redução da mortalidade materna, sobretudo entre mulheres negras. Nada disso aparece no plano.

Quanto às unidades móveis, o problema é o mesmo já apontado nos eixos anteriores. A carreta faz o exame, mas não garante o que vem depois. A Lei 12.732/2012 já determina que o tratamento do câncer comece em até 60 dias após o diagnóstico, prazo que a rede pública tem dificuldade de comprimir justamente por falta de capacidade instalada. Rastrear sem garantir o seguimento é antecipar a chegada da mulher à fila. Sem financiamento para a rede que trata, a unidade móvel vira vitrine.

O último eixo reúne as propostas voltadas a quem cuida e a quem precisa de cuidado contínuo (Quadro 05). A "Rede Nacional de Cuidado" do plano corresponde, quase literalmente, à Política Nacional de Cuidados, instituída pela Lei 15.069/2024. A diferença está em quem cuida. O plano reconhece que o cuidado "recai quase sempre sobre as mulheres da família" e equivale a "cerca de 8,5% do PIB brasileiro" (p. 38), mas conclui que o "Estado não pode assumir esse cuidado no lugar da família, mas pode dividi-lo com ela" (p. 38). A rede seria montada "em parceria público-privadas com estados, municípios e organizações sociais" (p. 21), e as instituições de longa permanência entram apenas "quando o cuidado familiar não for viável" (p. 39). A família, e dentro dela a mulher, continua sendo a responsável principal; o Estado aparece como apoio subsidiário e terceirizado. É o oposto da lógica da lei de 2024, que trata o cuidado como responsabilidade compartilhada entre Estado, famílias, comunidade e setor privado, e entre homens e mulheres.

Quadro 5 – Propostas de cuidado e saúde mental

Proposta do plano	Página	O que já existe	Classificação
Rede Nacional de Cuidado e instituições de longa permanência	21 e 39	Política Nacional de Cuidados (Lei 15.069/2024) e Plano Nacional de Cuidados (2025); centros-dia e acolhimento no SUAS; Melhor em Casa.	**Até o nome**

Proposta do plano	Página	O que já existe	Classificação
Fortalecer a saúde mental (TDAH, depressão, Alzheimer)	39	Lei 10.216/2001; RAPS (Portaria 3.088/2011); Lei 14.254/2021 (TDAH); Lei 14.878/2024 (Alzheimer e demências).	**Ampliar**
Centros de Referência em Transtorno do Espectro Autista	39	Lei 12.764/2012; Lei 13.977/2020 (Ciptea); Centros Especializados em Reabilitação (Portaria 793/2012).	**Em parte**
Doenças raras	39	Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras (Portaria 199/2014).	**Já existe**
Entrega de remédio em domicílio	38	Farmácia Popular (Lei 10.858/2004), 100% gratuito desde fevereiro de 2025. A entrega em domicílio seria a parte nova.	**Em parte**

Fonte: elaborado pelos autores com base no plano de governo (PL, 2026) e na legislação vigente.

Na saúde mental, o plano promete “fortalecer e ampliar a atenção”, mas descreve o tema apenas por diagnósticos: TDAH, depressão, ansiedade e Alzheimer (p. 39). Não há uma palavra sobre a Rede de Atenção Psicossocial, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), a reforma psiquiátrica ou o cuidado e redução de danos de álcool e outras drogas. O silêncio pesa porque, segundo Flach *et al.* (2023), a partir de 2016 ocorreu, além do “desfinanciamento da política de saúde mental, “pela primeira vez, após a implantação do SUS”, uma “descaracterização de seus princípios”, com portarias que redirecionaram a política, inclusive durante o governo do grupo político que hoje apresenta o plano. Prometer ampliar sem dizer qual modelo será ampliado deixa em aberto o retorno ao modelo hospitalocêntrico e manicomial.

Por fim, a entrega de remédios em domicílio esbarra num histórico concreto. O acesso gratuito já existe pelo Farmácia Popular, mas o projeto de orçamento para 2023, enviado pelo governo Bolsonaro, propunha cortar a verba da gratuidade de R$ 2,04 bilhões para R$ 842 milhões, uma redução de cerca de 59%. O corte atingia medicamentos para hipertensão, diabetes e asma. É difícil levar a sério a promessa de levar o remédio até a casa do idoso vinda do mesmo grupo que propôs

reduzir o próprio remédio. E, com o Tesouraço proposto no capítulo fiscal, nada garante que ele não se repita.

A repetição não se restringe às 18 propostas de saúde. Ela aparece também em temas de outros capítulos do plano que, na perspectiva da Saúde Coletiva, são determinantes do processo saúde-doença: saneamento, moradia, apostas, violência e a própria gestão do orçamento. O quadro 6 reúne essas propostas e o que já existe em cada caso.

Quadro 6 – Propostas de outros setores com impacto sobre a saúde

Proposta do plano	Página	O que já existe	Classificação
Aplicar plenamente o Marco Legal do Saneamento	47	Lei 14.026/2020, em vigor, com metas de universalização da água e do esgoto até 2033.	**Já existe**
Acabar com os lixões (Programa Lixão Zero)	47-48	Política Nacional de Resíduos Sólidos (Lei 12.305/2010); prazos da Lei 14.026/2020; Programa Lixão Zero (MMA, 2019).	**Já existe**
Retomar o Casa Verde e Amarela, com 2,5 milhões de moradias	47	Lei 14.118/2021, substituída pelo Minha Casa Minha Vida (Lei 14.620/2023).	**Até o nome**
Proibir o uso de benefícios sociais em apostas	33	Lei 14.790/2023; decisão do STF (2024); instrução normativa do Ministério da Fazenda (out/2025); MP 1.394/2026, que proíbe as próprias apostas de quota fixa.	**Já existe**
Transparência e rastreabilidade das emendas parlamentares	69	Lei Complementar 210/2024.	**Já existe**
Avaliação de políticas públicas	71	EC 109/2021 (art. 37, § 16, da Constituição) e Conselho de Monitoramento e Avaliação de Políticas Públicas (CMAP).	**Já existe**

Fonte: elaborado pelos autores com base no plano de governo (PL, 2026) e na legislação vigente.

No saneamento, o plano reivindica o Marco Legal de 2020 como obra própria e promete “acelerar as concessões e parcerias para universalizar o acesso à água e ao esgoto, com atenção especial ao saneamento rural” (p. 47). O próprio texto

reconhece que “água encanada e esgoto tratado são a forma mais barata de evitar doença que existe” (p. 47). A contradição está no meio escolhido. Concessões privadas tendem a priorizar áreas onde o investimento tem retorno, e o saneamento rural, as periferias e os pequenos municípios são justamente os lugares onde esse retorno é menor. Prometer atenção especial ao rural pela via da concessão é apostar que o mercado fará aquilo que, por definição, não lhe é rentável. O programa Lixão Zero, por sua vez, já existe desde 2019, e a extinção dos lixões é obrigação legal desde a Política Nacional de Resíduos Sólidos, de 2010.

Na moradia, o plano promete “retomar o caso Verde e Amarela, com meta de 2.5 milhões de residências e a menor taxa de juros possível no financiamento” (p. 47). O programa substituiu o Minha Casa Minha Vida em 2021 e foi, ele próprio, substituído em 2023. Em seu primeiro ano, as novas contratações para a faixa de menor renda ficaram paralisadas, e as obras em andamento correram risco de parar por falta de recursos (INFOMONEY, 2021). A ênfase no financiamento e nos juros revela o público-alvo: quem tem renda para tomar crédito. As famílias que mais precisam de moradia, e cuja saúde mais depende dela, são as que menos conseguem financiar.

As apostas aparecem no plano apenas como problema financeiro: elas “consomem o dinheiro do mês antes mesmo dele chegar em casa” (p. 33). A proposta de proibir o uso de recursos de programas sociais em apostas já está em vigor por decisão do Supremo Tribunal Federal (STF) e por norma do Ministério da Fazenda e, desde setembro de 2026, uma medida provisória proíbe as próprias apostas de quota fixa, ainda que pendente de análise pelo Congresso Nacional. Duas ausências chamam atenção. A primeira é a saúde mental: o jogo compulsivo não é citado na seção de saúde mental do plano. A segunda é a história do próprio mercado: as apostas foram legalizadas em 2018 com prazo para regulamentação, e esse prazo se esgotou entre 2019 e 2022 sem que a regulamentação fosse concluída, período em que as plataformas se expandiram sem regras no país (Congresso em Foco, 2026).

A violência é outro respingo, talvez o mais pesado. A Saúde Coletiva trata as violências como problema de saúde pública, mas o plano as trata exclusivamente pela repressão: “bandido armado com fuzil na mão vai ser

abatido pelas forças de segurança" (p. 13) e "traficante que resistir e enfrentar o Estado vai ser preso ou vai virar pó" (p. 15), prometendo ainda meio milhão de novas vagas no sistema prisional em quatro anos (p. 14). Nenhuma palavra sobre prevenção, sobre a mortalidade de jovens negros nas periferias ou sobre a saúde da população privada de liberdade, que é responsabilidade do SUS e cresce na mesma proporção que as vagas prometidas.

Essa omissão não é neutra. Ao silenciar sobre a letalidade que atinge a juventude negra, o plano se alinha ao que Mbembe (2018) denomina necropolítica: a expressão máxima de um poder que decide quais vidas podem ser expostas à morte e que administra corpos racializados e territorialmente confinados como descartáveis. Nessa chave, a morte de jovens negros não é efeito colateral da repressão, e sim sua condição de funcionamento. Homicídios, abordagens policiais letais e chacinas compõem o quadro que Abdias do Nascimento nomeou como genocídio do negro brasileiro. Lélia Gonzalez já apontava que a sociedade brasileira reserva ao negro um "lugar natural" na favela e na prisão, mantido pela repressão policial. O plano não rompe com esse lugar; promete ampliá-lo. A promessa de "virar pó" não é metáfora. É a gramática da morte arbitrária elevada a programa de governo.

Para a Saúde Coletiva, as implicações são diretas. Reduzir a violência letal a problema de polícia é ignorar os determinantes sociais que a produzem e abrir mão da prevenção que a saúde poderia oferecer, da atenção psicossocial a vítimas e sobreviventes à ação intersetorial nos territórios. Além disso, cada vaga prisional prometida é também uma promessa de adoecimento. A saúde da população privada de liberdade é responsabilidade do SUS, conforme o art. 25 da Lei de Execução Penal e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional. A superlotação anunciada como conquista ampliará a demanda por assistência em condições estruturalmente adversas, sem nenhum investimento correspondente. Um plano que promete meio milhão de vagas e não promete um leito, uma equipe ou uma política de saúde para quem as ocupará não é apenas omissivo em saúde: administra a morte como política pública e transfere para o SUS, e para a população negra, o custo de sua necropolítica.

Por fim, duas propostas de gestão orçamentária já existem: a transparência das emendas parlamentares foi regulamentada pela Lei Complementar 210/2024, e a avaliação de políticas públicas foi incorporada à Constituição pela Emenda Constitucional 109/2021. O que o plano não diz, porém, é que as emendas se converteram em uma das principais fontes de custeio da atenção primária e da média complexidade dos municípios, e que qualquer alteração em sua alocação repercute diretamente sobre esses serviços. Essa centralidade não decorre de um desenho orientado ao planejamento sanitário, mas de um deslocamento progressivo na arquitetura do financiamento federal e isso indica que tais recursos deixaram de ser complementares para se tornar estruturantes do custeio municipal, com expansão desigual entre municípios de diferentes portes e indícios de substituição de recursos próprios locais.

Nesse contexto, os avanços normativos são necessários, mas insuficientes: a transparência não altera, por si só, a lógica discricionária de alocação, e a avaliação de políticas públicas só produzirá efeitos se seus resultados orientarem, de fato, as decisões orçamentárias. Enquanto a alocação permanecer sujeita a ciclos eleitorais e negociações partidárias, a saúde municipal seguirá exposta à volatilidade de um custeio que combina centralidade financeira com imprevisibilidade, comprometendo justamente os serviços que constituem a porta de entrada do sistema.

Se as propostas de saúde repetem o que já existe, o que o plano traz de efetivamente novo está no capítulo fiscal, intitulado “Brasil que Não Volta Atrás”. É ali que se decide se alguma das promessas analisadas até aqui cabe no orçamento. E o capítulo vai no sentido contrário. Lido em conjunto, o plano promete três coisas ao mesmo tempo, sintetizadas no quadro 7.

Quadro 7 – As três promessas fiscais do plano

Gastar mais	Arrecadar menos	Cortar o gasto total
Dobrar os investimentos federais em segurança pública (p. 15) Meio milhão de novas vagas no sistema prisional (p. 14) R$ 900 bilhões em infraestrutura em quatro anos (p. 51) Corrigir a Tabela SUS, ampliar a Saúde da Família, construir postos (p. 21 e 37)	Reduzir o IVA da reforma tributária (p. 30 e 71) Reduzir impostos sobre energia e combustíveis (p. 31) Fim gradual do IOF sobre o câmbio (p. 63) Reduzir gradualmente o custo do trabalho (p. 43)	"Tesouraço": "um corte profundo e por todos os lados" (p. 68) Entregar superávits primários (p. 71) Regra de controle dos gastos discricionários dos três Poderes (p. 71) Corte de no mínimo 10 ministérios (p. 69)

Fonte: elaborado pelos autores com base no plano de governo (PL, 2026) e na legislação vigente.

Não é possível cumprir as três colunas simultaneamente: gastar mais, arrecadar menos e reduzir o gasto total. O plano não diz qual deles cede, e nenhuma das 18 propostas de saúde vem acompanhada de custo estimado ou de fonte de recurso. A experiência recente sugere a resposta. Quando a despesa é limitada e a receita cai, as áreas sem proteção legal forte são as primeiras a perder espaço, e a saúde, acima do seu piso, é uma delas.

O piso constitucional da saúde não é mencionado nenhuma vez no plano. Pela Emenda Constitucional 86/2015 e pela Lei complementar 141/2012, a União deve aplicar pelo menos 15% da Receita Corrente Líquida em ações e serviços públicos de saúde. Os efeitos das propostas fiscais sobre esse piso são diretos. Se a arrecadação cai com a redução de impostos, a receita encolhe e o piso encolhe junto, em valores absolutos. E tudo o que vai além do piso, que é exatamente onde estão "ampliar", "construir" e "corrigir", passa a ser gasto discricionário, justamente o tipo de despesa que a nova regra fiscal promete controlar.

A reforma tributária é outro ponto sensível. A reforma em vigor (EC 132/2023 e LC 214/2025) concedeu aos serviços de saúde e aos medicamentos alíquota reduzida em 60%, com alguns remédios com alíquota zero. O plano promete a "redução das exceções, para que grupos parecidos paguem impostos parecidos" (p. 30 e 71), sem dizer quais exceções seriam eliminadas. Se

o regime diferenciado da saúde estiver entre elas, o custo sobe para os mesmos hospitais, Santas Casas e clínicas que o plano diz querer socorrer com a correção da Tabela SUS, e sobe também o preço do remédio.

Há ainda a redução do custo do trabalho, apresentada como forma de ampliar o emprego formal (p. 43). As contribuições sobre a folha são vinculadas à Previdência (art. 167, XI, da Constituição), e o déficit que se abrir ali é coberto pelo orçamento da Seguridade Social, o mesmo de onde sai o financiamento do SUS (art. 195). O plano não indica nenhuma compensação. Há também o corte de, no mínimo, dez ministérios, de cargos e de despesas administrativas (p. 69), que recai sobre um Estado que, segundo o próprio plano, deveria implantar um prontuário único, regulação nacional por inteligência artificial, telessaúde e uma rede de hospitais modernizados. A execução, como se viu nos eixos anteriores, é transferida para fora: rede privada nos horários ociosos, organizações sociais na Rede de Cuidado, concessões no saneamento. Menos capacidade própria, mais compra de serviço.

É justo registrar o argumento que os defensores do plano apresentariam: com a dívida estabilizada, os juros cairiam e sobraria espaço no orçamento; com crescimento de 4% ao ano (p. 49), a arrecadação e o piso da saúde subiriam; e uma gestão mais eficiente entregaria mais com o mesmo dinheiro. Para que esse argumento se sustente, porém, faltam números. O plano não apresenta estimativa de custo, cronograma de receitas, em uma linha sobre o piso constitucional. Enquanto isso não aparece, a promessa de mais saúde convive, no mesmo documento, com a promessa de menos orçamento.

A análise mostra que, na saúde, quase tudo o que o plano de governo promete já está em lei ou em execução, às vezes com o mesmo nome. Das 18 propostas, 12 já existem, cinco existem em parte e apenas uma, a inteligência artificial para identificar o risco, não tem equivalente federal, sem que o plano explique como funcionaria. O mesmo padrão se repete nas propostas de outros setores que afetam a saúde.

O que há de novo está nas regras fiscais e tributárias, e elas reduzem justamente o orçamento de que essas promessas dependem. O plano não menciona o piso constitucional da saúde, não estima o custo de

nenhuma proposta e não indica fonte de recurso. Na prática escreve o SUS formal e financia o SUS para pobres. No fim acolhe parte das demandas populares para manter a direção contrária. Em uma expressão: CHOVE NO MOLHADO, COM A TORNEIRA FECHADA.

Referências

AQUINO, R. et al. Estratégia de Saúde da Família: evolução do modelo de organização da Atenção Primária à Saúde no Brasil. In: PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. (org.). **Saúde coletiva**: teoria e prática. 2. ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2023. cap. 22.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, [2026].

BRASIL. Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975. Dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1975.

BRASIL. Lei nº 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 e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1990.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF: Presidência da República, 2001.

BRASIL. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto da Pessoa Idosa e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2003.

BRASIL. Lei nº 10.858, de 13 de abril de 2004. Autoriza a Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz a disponibilizar medicamentos, mediante ressarcimento, e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2004.

BRASIL. Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006. Regulamenta as atividades de Agente Comunitário de Saúde e de Agente de Combate às Endemias. Brasília, DF: Presidência da República, 2006.

BRASIL. Lei nº 11.664, de 29 de abril de 2008. Dispõe sobre a efetivação de ações de saúde que assegurem a prevenção, a detecção, o tratamento e o seguimento dos cânceres do colo uterino e de mama, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília, DF: Presidência da República, 2008.

BRASIL. Lei nº 12.305, de 2 de agosto de 2010. Institui a Política Nacional de Resíduos Sólidos. Brasília, DF: Presidência da República, 2010.

BRASIL. Lei nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011. Autoriza o Poder Executivo a criar a empresa pública denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSERH. Brasília, DF: Presidência da República, 2011.

BRASIL. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Dispõe sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde. Brasília, DF: Presidência da República, 2012.

BRASIL. Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012. Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início. Brasília, DF: Presidência da República, 2012.

BRASIL. Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012. Institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista. Brasília, DF: Presidência da República, 2012.

BRASIL. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos. Brasília, DF: Presidência da República, 2013.

BRASIL. Emenda Constitucional nº 86, de 17 de março de 2015. Altera os arts. 165, 166 e 198 da Constituição Federal, para tornar obrigatória a execução da programação orçamentária que especifica. Brasília, DF: Presidência da República, 2015.

BRASIL. Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018. Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD). Brasília, DF: Presidência da República, 2018.

BRASIL. Lei nº 13.787, de 27 de dezembro de 2018. Dispõe sobre a digitalização e a utilização de sistemas informatizados para a guarda, o armazenamento e o manuseio de prontuário de paciente. Brasília, DF: Presidência da República, 2018.

BRASIL. Lei nº 13.977, de 8 de janeiro de 2020. Institui a Carteira de Identificação da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista (Ciptea). Brasília, DF: Presidência da República, 2020.

BRASIL. Lei nº 14.026, de 15 de julho de 2020. Atualiza o marco legal do saneamento básico. Brasília, DF: Presidência da República, 2020.

BRASIL. Lei nº 14.118, de 12 de janeiro de 2021. Institui o Programa Casa Verde e Amarela. Brasília, DF: Presidência da República, 2021.

BRASIL. Emenda Constitucional nº 109, de 15 de março de 2021. Brasília, DF: Presidência da República, 2021.

BRASIL. Lei nº 14.254, de 30 de novembro de 2021. Dispõe sobre o acompanhamento integral para educandos com dislexia ou Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH) ou outro transtorno de aprendizagem. Brasília, DF: Presidência da República, 2021.

BRASIL. Lei nº 14.510, de 27 de dezembro de 2022. Autoriza e disciplina a prática da telessaúde em todo o território nacional. Brasília, DF: Presidência da República, 2022.

BRASIL. Lei nº 14.572, de 8 de maio de 2023. Institui a Política Nacional de Saúde Bucal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Presidência da República, 2023.

BRASIL. Lei nº 14.620, de 13 de julho de 2023. Dispõe sobre o Programa Minha Casa, Minha Vida. Brasília, DF: Presidência da República, 2023.

BRASIL. Lei nº 14.621, de 14 de julho de 2023. Institui a Estratégia Nacional de Formação de Especialistas para a Saúde, no âmbito do Programa Mais Médicos. Brasília, DF: Presidência da República, 2023.

BRASIL. Decreto nº 11.715, de 26 de setembro de 2023. Institui a Estratégia Nacional para o Desenvolvimento do Complexo Econômico-Industrial da Saúde. Brasília, DF: Presidência da República, 2023.

BRASIL. Lei nº 14.758, de 19 de dezembro de 2023. Institui a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Presidência da República, 2023.

BRASIL. Emenda Constitucional nº 132, de 20 de dezembro de 2023. Altera o Sistema Tributário Nacional. Brasília, DF: Presidência da República, 2023.

BRASIL. Lei nº 14.790, de 29 de dezembro de 2023. Dispõe sobre a modalidade lotérica denominada apostas de quota fixa. Brasília, DF: Presidência da República, 2023.

BRASIL. Lei nº 14.820, de 16 de janeiro de 2024. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a atualização dos valores de remuneração dos serviços prestados ao Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Presidência da República, 2024.

BRASIL. Lei nº 14.878, de 4 de junho de 2024. Institui a Política Nacional de Cuidado Integral às Pessoas com Doença de Alzheimer e Outras Demências. Brasília, DF: Presidência da República, 2024.

BRASIL. Lei Complementar nº 210, de 25 de novembro de 2024. Dispõe sobre a proposição e a execução de emendas parlamentares na lei orçamentária anual. Brasília, DF: Presidência da República, 2024.

BRASIL. Lei nº 15.069, de 23 de dezembro de 2024. Institui a Política Nacional de Cuidados. Brasília, DF: Presidência da República, 2024.

BRASIL. Lei Complementar nº 214, de 16 de janeiro de 2025. Institui o Imposto sobre Bens e Serviços (IBS), a Contribuição Social sobre Bens e Serviços (CBS) e o Imposto Seletivo (IS). Brasília, DF: Presidência da República, 2025.

BRASIL. Lei nº 15.233, de 7 de outubro de 2025. Institui o Programa Agora Tem Especialistas. Brasília, DF: Presidência da República, 2025.

BRASIL. Medida Provisória nº 1.394, de 25 de setembro de 2026. Proíbe a exploração, a oferta, a intermediação e a publicidade das apostas de quota fixa. Brasília, DF: Presidência da República, 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher**: princípios e diretrizes. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.546, de 27 de outubro de 2011. Redefine e amplia o Programa Telessaúde Brasil, que passa a ser denominado Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 199, de 30 de janeiro de 2014. Institui a Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.434, de 28 de maio de 2020. Institui o Programa Conecte SUS e a Rede Nacional de Dados em Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 5.350, de 12 de setembro de 2024. Institui a Rede Alyne. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024.

CETIC.BR – CENTRO REGIONAL DE ESTUDOS PARA O DESENVOLVIMENTO DA SOCIEDADE DA INFORMAÇÃO. **TIC Domicílios 2025**: principais resultados. São Paulo: Comitê Gestor da Internet no Brasil, 2025. Disponível em: https://cetic.br/media/analises/tic_domicilios_2025_principais_resultados.pdf. Acesso em: 14 out. 2026.

COELHO, T. C. B. et al. Financiamento da saúde. In: PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. (org.). **Saúde coletiva**: teoria e prática. 2. ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2023. cap. 20.

CONGRESSO EM FOCO. Da liberação à proibição: veja a linha do tempo das bets no Brasil. **Congresso em Foco**, Brasília, 2026. Disponível em: https://www.congressoemfoco.com.br/noticia/122592/da-liberacao-a-proibicao-veja-a-linha-do-tempo-das-bets-no-brasil. Acesso em: 14 out. 2026.

CORTE no orçamento da Farmácia Popular atinge 13 medicamentos. **Mercado & Consumo**, São Paulo, 14 set. 2022. Estadão Conteúdo. Disponível em: https://mercadoeconsumo.com.br/14/09/2022/estadao-conteudo/corte-no-orcamento-da-farmacia-popular-atinge-13-medicamentos/. Acesso em: 14 out. 2026.

FLACH, P. M. von et al. Políticas de prevenção e cuidado ao usuário de substâncias psicoativas no Brasil. In: PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. (org.). **Saúde coletiva**: teoria e prática. 2. ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2023. cap. 33.

GONZALEZ, Lélia. Por um feminismo afro-latino-americano: ensaios, intervenções e diálogos. Org. de Flávia Rios e Márcia Lima. Rio de Janeiro: Zahar, 2020.

INFOMONEY. Um ano depois, Casa Verde e Amarela não decola e entrega menos moradias. **InfoMoney**, São Paulo, 30 ago. 2021. Disponível em: https://www.infomoney.com.br/?p=1689436. Acesso em: 14 out. 2026.

ISTOÉ DINHEIRO. Aplicativo ConecteSUS é restabelecido, diz Ministério da Saúde. **IstoÉ Dinheiro**, São Paulo, 23 dez. 2021. Disponível em: https://istoedinheiro.com.br/aplicativo-conectesus-e-restabelecido-diz-ministerio-da-saude. Acesso em: 14 out. 2026.

MORAES, I. H. S.; FORNAZIN, M. Nem tecnoforia nem tecnofobia: abordagem crítica da incorporação das tecnologias digitais na saúde. In: PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. (org.). **Saúde coletiva**: teoria e prática. 2. ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2023. cap. 44.

MBEMBE, Achille. Necropolítica: biopoder, soberania, estado de exceção. São Paulo: N-1 Edições, 2018.

NASCIMENTO, Abdias do. O genocídio do negro brasileiro: processo de um racismo mascarado. São Paulo: Paz e Terra Editora, 1978.

PL – PARTIDO LIBERAL. **Plano de governo**: Flávio Bolsonaro presidente. [S. l.]: PL, 2026.

TEIXEIRA, C. F. et al. Sistema Único de Saúde (SUS): a difícil construção de um sistema universal na sociedade brasileira. In: PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. (org.). **Saúde coletiva**: teoria e prática. 2. ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2023. cap. 9.

ULINSKI, K.G.B. et al. Efeitos das emendas parlamentares no financiamento municipal da atenção primária à saúde do Sistema Único de Saúde. Cad. Saúde Pública 40 (3), 2024 https://doi.org/10.1590/0102-311XPT007323.