

SAÚDE, DEMOCRACIA E SOBERANIA

Propostas para uma
agenda estratégica para
o ciclo de governo

2027 a 2030

A Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) dirige-se ao país para apresentar uma agenda estratégica para a saúde no período de 2027 a 2030. Fazemos isso a partir de uma posição inequívoca: a democracia brasileira precisa ser defendida e aprofundada, e o Sistema Único de Saúde é uma de suas instituições fundamentais. Reconhecemos a reconstrução de políticas, de capacidades estatais, de espaços participativos e de compromissos com a ciência, iniciada em 2023. Mas o próximo ciclo não pode limitar-se a reparar o que foi destruído no passado. É preciso transformar as estruturas que continuam a produzir doença evitável, sofrimento, mortes prematuras e profundas desigualdades entre pessoas, comunidades e territórios.

A saúde é produzida pelas condições de trabalho e de renda, moradia, alimentação, educação, mobilidade, cuidado, ambiente, cultura, liberdade e participação política. Por isso, não cabe tratá-la como despesa residual ou como um setor periférico. Saúde é direito universal, bem comum, capacidade pública do Estado, infraestrutura social da democracia e eixo de um projeto nacional soberano, inclusivo e ambientalmente responsável. Portanto, não é uma mercadoria nem o resultado isolado de escolhas individuais.

No entanto, a radicalização do neoliberalismo em saúde vem se materializando na compressão do gasto social, na transferência do fundo público a grupos privados, nas renúncias fiscais regressivas, na terceirização e precarização do trabalho, na financeirização e oligopolização de serviços e planos, na segmentação do acesso, na captura regulatória, na apropriação privada de dados, na dependência externa de insumos e tecnologias, bem como na submissão das prioridades sanitárias à rentabilidade. Não é mais apenas uma abstração. Enfrentar esses problemas exige mais do que declarações: requer financiamento público suficiente, provisão estatal robusta, regulação democrática, trabalho protegido, soberania científica e tecnológica e participação popular com poder de decisão.

UMA HISTÓRIA QUE COMPROMETE O FUTURO

A Abrasco foi criada em 1979, sob a ditadura, vinculada à formação em Saúde Coletiva e ao movimento da Reforma Sanitária. Nasceu antes do SUS e ajudou a torná-lo possível. Ao lado de outras entidades, trabalhadoras e trabalhadores, universidades, serviços e movimentos populares, participou ativamente da construção que conectou a redemocratização ao direito universal à saúde, ganhou força na Oitava Conferência Nacional de Saúde e chegou à Constituição de 1988. Seu primeiro grande congresso nacional, em 1986, colocou a Reforma Sanitária e a Constituinte no centro do debate.

Essa vocação se renovou diante da austeridade, do autoritarismo e da pandemia de COVID-19. A Abrasco denunciou o desfinanciamento provocado pelo teto de gastos, participou da Frente pela Vida, contribuiu para um plano nacional de enfrentamento baseado em evidências, defendeu a vacinação pública e o direito dos povos indígenas e combateu o negacionismo. Essa memória recente ensina que produzir ciência não basta: é necessário garanti-la como prioridade em uma proposta de desenvolvimento econômico para o país e fortalecer as instituições capazes de converter conhecimento em proteção à vida.

Essa trajetória define plenamente nossa perspectiva existencial. Existimos porque ciência, política, cuidado e participação social são dimensões inseparáveis da vida coletiva; porque democracia e saúde se constituem mutuamente; porque o SUS concretiza cidadania; porque o conhecimento tem responsabilidade pública; e porque a pluralidade de métodos, disciplinas, profissões, territórios e saberes amplia a capacidade de compreender e transformar a realidade. Nossa interlocução com os governos é propositiva e crítica. Não confundimos diálogo com adesão incondicional, nem autonomia com neutralidade diante de projetos que ampliam direitos ou os convertem em negócios.

A defesa do SUS que fazemos é inseparável da luta antirracista, antipatriarcal, anticapacitista e contra todas as formas de discriminação; da proteção de povos indígenas, comunidades quilombolas e populações do campo, da floresta e das águas; da dignidade das pessoas LGBTQIAPN+, migrantes, em situação de rua ou privadas de liberdade; dos direitos sexuais e reprodutivos; e da justiça social, ambiental, cognitiva e epistêmica. Equidade não é oferecer menos a quem tem menos. É redistribuir recursos, proteção, voz, conhecimento e poder para enfrentar desigualdades historicamente produzidas.

A partir dessa trajetória, defendemos:

FINANCIAR O SUS NA DIMENSÃO DO DIREITO

O subfinanciamento crônico vem limitando o acesso, induzindo desigualdades e alimentando a falsa narrativa de que o SUS seria intrinsecamente ineficiente.

A eficiência necessária depende de financiamento adequado, planejamento público, trabalho valorizado, transparência, gestão e planejamento qualificados, além de monitoramento e avaliação. A saúde não pode continuar submetida à condição de variável de ajuste fiscal.

FINANCIAR O SUS NA DIMENSÃO DO DIREITO



Estabelecer trajetória plurianual, com fontes e metas anuais, para que o gasto público consolidado das três esferas com ações e serviços de saúde alcance, como horizonte, 7% do Produto Interno Bruto até 2030.



Proteger o orçamento sanitário de contingenciamentos e de regras que comprimam direitos, combinando tributação progressiva, revisão de renúncias fiscais regressivas e prioridade orçamentária às políticas sociais, garantindo a vinculação de recursos a partir de um piso adequado.



Reformular os critérios de transferência e de investimento segundo as necessidades de saúde, as desigualdades, os vazios assistenciais, os custos amazônicos, a dispersão populacional e a capacidade fiscal dos entes federados.



Submeter as emendas parlamentares ao planejamento regional de saúde, a critérios públicos de necessidade e à plena rastreabilidade, impedindo que recursos fragmentados substituam o financiamento estrutural e interfederativo.

REFORÇAR A CAPACIDADE PÚBLICA E DESMERCANTILIZAR A SAÚDE

Um sistema universal exige direção estatal e uma ampla capacidade pública para planejar, regular e prestar serviços de qualidade. A participação privada, prevista constitucionalmente como complementar, não pode substituir as redes públicas, precarizar o trabalho, nem determinar prioridades. É necessário interromper a dependência estrutural de modelos que fragmentam o cuidado, obscurecem as responsabilidades e subordinam os recursos coletivos a estratégias empresariais que visam à obtenção do lucro.

REFORÇAR A CAPACIDADE PÚBLICA E DESMERCANTILIZAR A SAÚDE



Expandir a provisão direta e a infraestrutura pública, com prioridade para territórios desassistidos, e instituir planos transparentes de recomposição da capacidade estatal onde terceirizações e modelos privatizados se tornaram estruturais.



Auditar contratos, metas, custos, resultados e relações trabalhistas de organizações sociais e prestadores(as); impedir renovações automáticas sem avaliação pública e controle social; e assegurar transições que preservem trabalhadores(as) e a continuidade do cuidado.



Regular, com rigor, planos de saúde, hospitais, laboratórios, farmácias e plataformas privadas, garantindo o ressarcimento ao SUS, o acesso público a dados de interesse sanitário e a transparência sobre subsídios, benefícios tributários e transferências do fundo público.



Proteger usuários(as) de planos coletivos contra reajustes abusivos, seleção de risco, rescisões e negativas de cobertura, ampliando a capacidade regulatória e sancionatória da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

UNIVERSALIZAR REDES REGIONAIS E INTEGRAIS DE CUIDADO

O direito à saúde se realiza no território, no encontro entre pessoas, equipes e serviços de saúde. A Atenção Primária à Saúde deve ser a porta de entrada preferencial, a coordenadora do cuidado e a base territorial das redes regionalizadas. A atenção à saúde deve assegurar cuidado integral e universal, superando a lógica de um pacote mínimo destinado às pessoas pobres e reorganizando a atenção especializada com filas transparentes, oferta integrada de serviços e capacidade pública suficiente.

UNIVERSALIZAR REDES REGIONAIS E INTEGRAIS DE CUIDADO



Consolidar uma Política Nacional de Regionalização do SUS, com governança intergovernamental, planejamento integrado e financiamento orientado pelas necessidades de cada região de saúde.



Garantir a universalização da atenção à saúde por meio de equipes públicas de Saúde da Família, incluindo equipes de saúde bucal, agentes comunitários de saúde, bem como agentes de combate a endemias, com população adscrita, vínculo, acesso oportuno, ações comunitárias e integração cotidiana com a vigilância no território e com a assistência social.



Consolidar e aperfeiçoar uma estratégia nacional permanente de acesso à atenção especializada e redução dos tempos de espera, articulada à regionalização do SUS, com listas de espera integradas e transparentes por região de saúde; regulação pública; ampliação prioritária da capacidade pública, com participação complementar e regulada da rede privada; telessaúde integrada às linhas de cuidado; e metas regionalizadas de acesso, resolutividade e continuidade do cuidado.



Integrar políticas e estratégias de atenção especializada, urgência, hospitais, assistência farmacêutica, reabilitação e cuidados paliativos, assegurando saúde mental comunitária e antimanicomial, direitos sexuais e reprodutivos, cuidado às doenças crônicas, raras e negligenciadas e resposta ao envelhecimento populacional.

DEMOCRATIZAR A GESTÃO E RENOVAR A COOPERAÇÃO FEDERATIVA

O SUS é nacional e federativo. Portanto, sua força depende de responsabilidades demarcadas, solidariedade entre os entes, planejamento regional e participação social efetiva. Regiões de Saúde não são apenas recortes administrativos: devem tornar-se espaços reais de coordenação de redes, pactuação de investimentos e solução compartilhada de necessidades que ultrapassam as fronteiras municipais.

DEMOCRATIZAR A GESTÃO E RENOVAR A COOPERAÇÃO FEDERATIVA



Fortalecer as Comissões Intergestores Regionais e demais instâncias de pactuação com apoio técnico, planejamento ascendente, capacidade de investimento compartilhado e metas compatíveis com as necessidades de cada território.



Garantir autonomia, financiamento, informação acessível e diversidade aos Conselhos e Conferências de Saúde, com devolutivas obrigatórias sobre as deliberações e a participação, desde a formulação até a avaliação das políticas.



Adotar transparência ativa sobre orçamento, contratos, filas, estoques, indicadores, resultados e conflitos de interesse, em linguagem acessível, preservando dados pessoais e assegurando controle público.

AVANÇAR NA CONSOLIDAÇÃO DA CARREIRA DE SANITARISTA, FORTALECENDO A POLÍTICA NACIONAL DE TRABALHO E EDUCAÇÃO PARA O SUS

A precarização do trabalho, o adoecimento das equipes de saúde e a alta rotatividade de profissionais constituem problemas estruturais que comprometem a capacidade do SUS de assegurar atenção universal, contínua e de qualidade. O cuidado é relacional e depende de vínculos duradouros com comunidades e serviços. A formação, por sua vez, deve responder às necessidades do SUS, superar a hegemonia biomédica e articular Epidemiologia, Política, Planejamento e Gestão, e Ciências Sociais e Humanas em Saúde.

AVANÇAR NA CONSOLIDAÇÃO DA CARREIRA DE SANITARISTA, FORTALECENDO A POLÍTICA NACIONAL DE TRABALHO E EDUCAÇÃO PARA O SUS



Pactuar diretrizes nacionais de carreira, remuneração, ingresso público, proteção social, saúde do trabalhador e da trabalhadora, e provimento regional, respeitando a autonomia federativa e combatendo vínculos instáveis, discriminações e desigualdades salariais.



Reconhecer e incorporar sanitарistas e a diversidade de profissionais da Saúde Coletiva nos quadros públicos, na vigilância, na gestão, no planejamento, na avaliação, na educação e na participação social.



Fortalecer universidades, Escolas de Saúde Pública, residências e outras estratégias de educação permanente, regular a expansão privada e remota da formação e institucionalizar a integração ensino-serviço-comunidade com pedagogias críticas e territorializadas.

TRATAR VIGILÂNCIA E PREPARAÇÃO PARA EMERGÊNCIAS COMO FUNÇÕES DE ESTADO

A sobreposição de epidemias, desastres climáticos, doenças crônicas, violências, riscos ocupacionais e agravos ambientais amplia a frequência e a complexidade das emergências sanitárias e evidencia a insuficiência de estruturas acionadas apenas após as crises. A fragmentação da vigilância, sua limitada integração com a Atenção Primária à Saúde e as redes assistenciais e a baixa incorporação da experiência de comunidades e trabalhadores(as) reduzem a capacidade de produzir inteligência e responder de forma oportuna e contínua.

TRATAR VIGILÂNCIA E PREPARAÇÃO PARA EMERGÊNCIAS COMO FUNÇÕES DE ESTADO



Implementar plenamente a Política Nacional de Vigilância em Saúde, articulada à atenção básica, às redes e às políticas ambientais e sociais.



Fortalecer laboratórios públicos, vigilâncias epidemiológica, sanitária, ambiental, genômica, preditiva, popular e participativa, com equipes estáveis, presença territorial, biossegurança e financiamento contínuo.



Manter planos nacionais e regionais de emergência testados, com estoques estratégicos, logística, comunicação de risco, proteção dos trabalhadores e trabalhadoras, coordenação federativa e salvaguardas de direitos humanos.

TRANSFORMAR EQUIDADE EM REGRA DE DECISÃO PÚBLICA

Desigualdades de classe, raça, gênero, sexualidade, deficiência, geração e território são efeitos de relações de poder que se expressam nas condições de saúde. Políticas universais precisam de estratégias redistributivas capazes de alcançar as pessoas historicamente excluídas. Pessoas e coletividades vêm sendo sistematicamente vulnerabilizadas por estruturas sociais e por decisões políticas.

TRANSFORMAR EQUIDADE EM REGRA DE DECISÃO PÚBLICA



Fixar metas, orçamento e responsabilidades para reduzir diferenças evitáveis em adoecimento, mortalidade, acesso e qualidade, com indicadores desagregados por raça e cor, gênero, deficiência, renda, idade e território.



Assegurar políticas específicas e participação decisória de povos indígenas, comunidades quilombolas, população negra, pessoas LGBTQIAPN+, pessoas com deficiência, moradores(as) de periferias, migrantes e populações do campo, da floresta e das águas, em situação de rua e privadas de liberdade.



Coordenar a saúde com a renda, a moradia, o saneamento, a educação, a proteção contra violências, a segurança alimentar e os direitos humanos, enfrentando o racismo institucional, a misoginia, o capacitismo, a LGBTQIAPN+fobia e as discriminações nos serviços de saúde.

CONSTRUIR JUSTIÇA CLIMÁTICA, AMBIENTAL, SANITÁRIA E ALIMENTAR

A emergência climática já reorganiza perfis de adoecimento, desloca populações, amplia a insegurança hídrica e alimentar e sobrecarrega os serviços de saúde. Seus efeitos recaem de forma desigual sobre territórios empobrecidos, povos tradicionais, trabalhadores e trabalhadoras expostos e populações negras. Adaptar o SUS é indispensável, mas não substitui enfrentar modelos de produção que degradam ecossistemas e socializam os danos.

CONSTRUIR JUSTIÇA CLIMÁTICA, AMBIENTAL, SANITÁRIA E ALIMENTAR



Executar e antecipar as metas nacionais de adaptação do SUS, assegurando, ainda em 2027, a capacidade adaptativa nas secretarias e nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas dos estados prioritários.



Financiar planos de adaptação climática em todas as Regiões de Saúde, com unidades resilientes, energia e água seguras, mapas de risco, alertas precoces e continuidade da assistência durante desastres.



Fortalecer e ampliar a avaliação de impactos à saúde no licenciamento, na mineração, no uso de agrotóxicos, em obras e em cadeias produtivas, enfrentando racismo ambiental, poluição, desmatamento e uma transição energética socialmente injusta.



Promover o saneamento universal, a segurança e a soberania alimentares e ambientes saudáveis, regulando os determinantes comerciais da saúde e reduzindo a exposição ao tabaco, ao álcool, aos ultraprocessados; e proibindo as BETS e outras práticas empresariais nocivas à saúde da população.

FORTALECER CIÊNCIA FORMAÇÃO E JUSTIÇA EPISTÊMICA

A soberania sanitária depende de ciência pública, livre e socialmente responsável. O financiamento descontínuo, o produtivismo, a concentração regional e a hierarquização rígida de métodos empobrecem o conhecimento. Dados quantitativos, estudos qualitativos, pesquisa participativa, teoria crítica, extensão e saberes territoriais respondem a perguntas diferentes, mas igualmente necessárias.

FORTALECER CIÊNCIA FORMAÇÃO E JUSTIÇA EPISTÊMICA



Garantir financiamento público estável e plurianual para pesquisa em saúde, com recursos específicos para o Norte, o Nordeste e o Centro-Oeste, considerando os custos amazônicos.



Estimular a participação de jovens pesquisadoras e pesquisadores e a constituição de redes solidárias inter-regionais.



Reformar a avaliação e o fomento para reconhecer a qualidade, a relevância social, os livros, a extensão, os métodos qualitativos e participativos, as tecnologias sociais, a autoria compartilhada e a devolução dos resultados às comunidades.



Produzir agendas nacionais de pesquisa com a participação de pessoas usuárias, trabalhadoras, gestoras, movimentos e povos tradicionais, ampliar a ciência aberta responsável e transformar evidências em materiais acessíveis para decisões públicas.

GARANTIR SOBERANIA PRODUTIVA TECNOLÓGICA DIGITAL E INFORMACIONAL

O Complexo Econômico-Industrial da Saúde é um componente estratégico da gestão do SUS, e deve servir às necessidades sanitárias e não converter dependência externa em nova concentração privada interna. A transformação digital pode integrar o cuidado e ampliar o acesso, mas também reproduzir discriminações, extrair dados, precarizar trabalho e entregar decisões públicas a plataformas opacas.

GARANTIR SOBERANIA PRODUTIVA TECNOLÓGICA DIGITAL E INFORMACIONAL



Orientar compras, encomendas tecnológicas, crédito e investimento à produção pública e nacional de vacinas, medicamentos, diagnósticos, equipamentos e insumos essenciais, com contrapartidas sociais, ambientais e de acesso e marcos intermediários públicos até 2030.



Assegurar a propriedade e a governança pública dos dados de saúde, o armazenamento em infraestrutura sob jurisdição brasileira, a interoperabilidade dos sistemas, a segurança, a qualidade dos registros e o acesso regulado aos dados privados de interesse público.



Submeter a inteligência artificial e os algoritmos utilizados no SUS a registro, avaliação de impacto, auditoria independente, transparência, não discriminação, supervisão humana e participação social, priorizando soluções abertas e capacidades públicas.

DEFENDER A INTEGRIDADE DA INFORMAÇÃO E A CONFIANÇA PÚBLICA

A desinformação prospera onde há desigualdade, baixa transparência, perda de vínculos e ecossistemas digitais orientados pelo engajamento e pelo lucro. A resposta democrática não pode resumir-se à checagem episódica de fatos. Requer presença pública permanente, escuta, educação popular, comunicação de risco e regulação transparente das plataformas.

DEFENDER A INTEGRIDADE DA INFORMAÇÃO E A CONFIANÇA PÚBLICA



Consolidar uma política nacional de comunicação pública em saúde, articulando SUS, escolas, universidades, meios públicos, comunicadores populares, territórios e comunidades científicas.



Formar equipes e gestores(as) da saúde para o diálogo, a comunicação de risco e o enfrentamento do negacionismo, com materiais acessíveis, inclusivos e culturalmente adequados, produzidos também em línguas indígenas e adaptados às especificidades culturais, linguísticas e territoriais de diferentes grupos e comunidades, incluindo povos indígenas, populações migrantes, comunidades rurais e outras populações em contextos de vulnerabilidade.



Exigir transparência sobre publicidade, recomendação algorítmica e moderação de conteúdos de interesse sanitário, proteger a liberdade de expressão e responsabilizar práticas coordenadas que coloquem a saúde coletiva em risco.

EXERCER LIDERANÇA SOLIDÁRIA EM SAÚDE GLOBAL

Pandemias, clima, cadeias produtivas, migrações e circulação de informações mostram que soberania não é isolamento. O Brasil pode combinar autonomia nacional, integração regional e cooperação internacional solidária, fazendo da saúde um vetor de paz, da redução das desigualdades e da defesa de bens públicos globais.

EXERCER LIDERANÇA SOLIDÁRIA EM SAÚDE GLOBAL



Reforçar o multilateralismo, a Organização Mundial da Saúde, a cooperação Sul-Sul e a integração sanitária latino-americana, com compartilhamento de capacidades, formação, vigilância e tecnologias.



Defender flexibilidades de propriedade intelectual, transferência de tecnologia, produção regional e acesso equitativo a medicamentos, vacinas, dados e conhecimentos em emergências e no cuidado cotidiano.



Inserir direitos humanos, justiça climática, proteção de migrantes e defesa da paz na diplomacia sanitária, recusando nacionalismos excludentes e apropriação privada de recursos essenciais à vida.

UM PACTO PÚBLICO PELA SAÚDE DEMOCRACIA E EQUIDADE

Propomos que esta agenda seja traduzida em um Pacto Público pela Saúde, pela Democracia e pela Equidade, de 2027 a 2030. Compromisso político somente se torna política pública quando ganha orçamento, responsabilidades, prazos, indicadores e controle democrático. Por isso, solicitamos ao próximo governo:

1.

Apresentar, nos primeiros cem dias, resposta pública às prioridades e instituir coordenação interministerial com participação do Conselho Nacional de Saúde, gestores e gestoras, trabalhadores e trabalhadoras, movimentos sociais e comunidade científica;

2.

Publicar, no primeiro semestre de 2027, plano de implementação com linha de base de 2026, fontes de financiamento, responsáveis, metas para 2027, 2028, 2029 e 2030 e avaliação dos impactos distributivos de cada medida;

3.

Realizar balanço anual em diálogo com a sociedade e revisão participativa de meio-termo em 2028, com possibilidade de corrigir rumos e incorporar novos riscos e necessidades

4.

Submeter reformas, contratos estratégicos, tecnologias digitais e políticas de alto impacto sanitário à transparência, à avaliação independente e à participação social prévia.

5.

Adotar cláusula de não retrocesso social, tornando pública a avaliação de qualquer medida que possa reduzir a cobertura, o financiamento, a participação, a proteção do trabalho ou o acesso a direitos já reconhecidos.

COMPROMISSOS DA ABRASCO

A Abrasco não pretende substituir as responsabilidades do Estado, da gestão ou do controle social. Assume, contudo, deveres compatíveis com sua história e com a natureza de sua associação científica e política. Durante o ciclo 2027 a 2030, comprometemo-nos a:

1.

Mobilizar nossas Comissões, Grupos Temáticos, Fóruns, associados e instituições parceiras para produzir sínteses críticas e propostas tecnicamente consistentes a serem implementadas, articulando Epidemiologia, Política, Planejamento e Gestão e Ciências Sociais e Humanas;

2.

Acompanhar de forma independente os compromissos públicos, publicar balanços periódicos e oferecer espaços de debate com governo, Conselho Nacional de Saúde, gestores(as), trabalhadores(as), movimentos e comunidades;

3.

Ampliar a presença de vozes negras, indígenas, quilombolas, periféricas e das diferentes regiões nas decisões, publicações, eventos e agendas científicas, enfrentando injustiças epistêmicas dentro e fora do campo;

4.

Fortalecer a comunicação pública da ciência, a formação para o SUS, a valorização e o reconhecimento da profissão de sanitarista, a tradução social do conhecimento e a cooperação solidária entre instituições, serviços e territórios;

5.

Preservar autonomia crítica diante de governos, partidos e interesses econômicos, apoiando avanços, denunciando retrocessos e colocando sempre o direito à saúde e à dignidade humana acima de conveniências institucionais.

UMA ESCOLHA DE PAÍS

Esta carta propõe a escolha de um país de fato democrático. O Brasil pode aceitar um sistema segmentado, no qual o direito à saúde varia com a renda, o território, a raça, o gênero e a capacidade de compra, ou pode fazer do SUS a expressão cotidiana de uma democracia que cuida. Pode seguir transferindo recursos, dados e decisões para mercados concentrados, ou reconstruir capacidades públicas, ciência soberana, trabalho digno e proteção social.

A segunda escolha exige enfrentar privilégios, rever prioridades fiscais e regular os poderes econômicos. Também exige reconhecer que políticas de saúde não se fazem apenas em gabinetes: nascem do trabalho das equipes, da experiência das pessoas usuárias, da produção científica, da ação dos conselhos, dos movimentos e dos territórios onde a vida acontece. É essa convergência que a Abrasco oferece ao debate nacional.

Não haverá democracia substantiva enquanto mortes evitáveis, fome, racismo, violência, desastres e abandono definirem quem pode viver com dignidade. Não haverá SUS forte sob austeridade permanente, mercantilização do cuidado e precarização do trabalho. E não haverá desenvolvimento soberano sem saúde, ciência, ambiente protegido e justiça social. Convidamos o novo governo a assumir publicamente este pacto e a fazer de 2027 a 2030 o ciclo em que a reconstrução se converta em transformação consolidada e sustentável, com plena justiça social.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA

Documentos de referência

ABRASCO. História e memória. Associação Brasileira de Saúde Coletiva.

<https://abrasco.org.br/sobre-a-abrasco/historia-e-memoria/>

ABRASCO. Carta de Salvador. Décimo terceiro Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, 2022. <https://abrasco.org.br/carta-de-salvador-abrascao-2022/>

ABRASCO. Quinto Plano Diretor para o Desenvolvimento da Epidemiologia no Brasil 2025 a 2029. Rio de Janeiro, 2025. <https://abrasco.org.br/download/5o-plano-diretor-para-o-desenvolvimento-da-epidemiologia/>

ABRASCO. Primeiro Plano Diretor de Política, Planejamento e Gestão em Saúde 2026 a 2030. Edição 2026. <https://abrasco.org.br/download/1-plano-diretor-da-area-politica-planejamento-e-gestao-em-saude/>

ABRASCO. Plano Diretor para a Área de Ciências Sociais e Humanas em Saúde 2026 a 2029. 2026. No prelo.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Artigos 196 a 200. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm

BRASIL. Lei número 8.080 de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm

BRASIL. Lei número 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Participação social e transferências intergovernamentais no SUS. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm

FIOCRUZ. Contribuições da FIOCRUZ para as eleições 2026. Carta aberta à sociedade, às candidaturas e às equipes de formulação. <https://api.arca.fiocruz.br/api/core/bitstreams/91316704-92ce-4e92-85d5-c9e104671210/content>

SAÚDE, DEMOCRACIA E SOBERANIA

Propostas para uma
agenda estratégica para
o ciclo de governo

2027 a 2030