



OS 5 INEGOCIÁVEIS DA SAÚDE

OS 5 INEGOCIÁVEIS DA SAÚDE

Uma agenda para as lideranças
políticas brasileiras
2027 – 2030



Paciente único



Dados estruturados



Acesso qualificado



Cuidado padronizado



Desperdício contido

Expediente

Os **5is - 5 Inegociáveis da Saúde** - são uma realização da FESAÚDE e do SindHosp

Conselho Editorial

Francisco Balestrin
Inaldo Leitão
Vanessa Tamara Ferreira
Aline Yukimitsu

Coordenação do Projeto

Monica Ozeki

Redação

Ana Paula Barbulho (MTB 22.170)

Consultoria Técnica | ELOSS Advisors

Luciane Infanti
Carlos Santos

Colaboração Técnica

Evandro Felix
Italo Correia
Juliane Novaes
Samuel Origá

Projeto Gráfico e Diagramação

Fabiano Bonazza

Impressão

Ginapack Soluções Gráficas

F293 Federação dos Hospitais, Clínicas, Laboratórios e Estabelecimentos de Saúde do Estado de São Paulo.
Os 5 inegociáveis da saúde [recurso eletrônico] : uma agenda para as lideranças políticas brasileiras 2027-2030 / Federação dos Hospitais, Clínicas, Laboratórios e Estabelecimentos de Saúde do Estado de São Paulo; Sindicato de Hospitais, Clínicas, Laboratórios e Estabelecimentos de Saúde no Estado de São Paulo. – 1ª ed. – São Paulo : FESAÚDE ; SindHosp , 2026. – 17.660 kb; il. ; PDF.

Inclui glossário e bibliografia.
ISBN 978-65-02-32224-6

1. Políticas de saúde - Brasil. 2. Sistema Único de Saúde. I. Sindicato de Hospitais, Clínicas, Laboratórios e Estabelecimentos de Saúde no Estado de São Paulo. II. Título.

CDD 362.10981

Ficha catalográfica elaborada por Camilla Castro de Almeida CRB-7/7400



Conselho de Administração

Francisco Balestrin – Presidente
Yussif Ali Mere Jr. – Vice-presidente
Alvaro Otavio Rodrigues – Tesoureiro
Luiz Ernesto Paschoalin – Conselheiro
Marcelo Rodrigo Netto – Conselheiro

Conselho Fiscal

Carolina Dantas de Oliveira – Presidente
Luis Oscar Santin – Conselheiro
Cristina Saraceni – Conselheira

Diretor Técnico Científico

José Maluf de Carvalho



Conselho de Administração

Francisco Balestrin – Presidente
João Carlos Guerra – Vice-presidente
Henri Tannus Boteon – Tesoureiro
Fernando Torelly – Conselheiro
Anderson Nascimento – Conselheiro
Claudia Cohn – Conselheira
Fabio Baptista – Conselheiro

Conselho Fiscal

Ricardo Teixeira Mendes – Presidente
Carolina Dantas de Oliveira – Conselheira
Lidia Abdalla Nery – Conselheira
Ana Beatriz Alves – Conselheira

Os 5 Inegociáveis da Saúde

NOSSAS
MOTIVAÇÕES

DIÁLOGOS
DA SAÚDE

PANORAMA

PALENTE
UNICO

DADOS
ESTRUTURADOS

ACESSO
QUALIFICADO

CUIDADO
PADRONIZADO

DESPERDÍCIO
CONTIDO

VISÃO DE
FUTURO

GLOSSÁRIO
DE SIGLAS

REFERÊNCIAS
BIBLIOGRÁFICAS

Sumário

Nossas motivações

6

Diálogos da Saúde

10

Panorama

12

A engrenagem	12
O sistema de saúde brasileiro	14
Investimento em saúde	18
Governança e eficiência	20
O horizonte estratégico	22
Os pilares da transformação	24

Os 5 Inegociáveis

26

Paciente único	28
Dados estruturados	34
Acesso qualificado	40
Cuidado padronizado	46
Desperdício contido	52

Visão de futuro

58

Glossário de siglas

60

Referências bibliográficas

62

tecnologia dados **paciente**
 cuidado **saúde** acesso
 desafios integração estratégia ciência
prevenção promoção
 união profissionais vida **qualidade**
 comunidade **SUS**
 política democracia transformação **municipal**
interoperabilidade
 longevidade compromisso desperdício
 sistema **assistência**
 inovação **diagnóstico**
 orçamento investimento
 estadual
 regulação **sustentabilidade**
futuro eficiência
 agenda

Os 5 Inegociáveis da Saúde

Nossas motivações

Os **5is – 5 Inegociáveis da Saúde** - são apresentados em um momento singular da saúde brasileira. Após quase quatro décadas de construção e aperfeiçoamento do Sistema Único de Saúde (SUS), o Brasil dispõe de um sistema que se tornou um dos maiores patrimônios sociais da Nação e referência internacional em diversas políticas de saúde. Ao mesmo tempo, o setor privado consolidou uma rede assistencial de elevada capacidade técnica e operacional, essencial tanto para o atendimento da população pelo SUS quanto para a Saúde Suplementar, além de exercer papel decisivo na inovação e na difusão de tecnologias.

O Brasil, portanto, não parte do zero. De 1988 até agora, estruturou um sistema de saúde complexo, desenvolveu instituições sólidas, consolidou um arcabouço regulatório abrangente para o SUS e para a Saúde Suplementar, incorporou conhecimento técnico e ampliou sua capacidade de inovar. Essa combinação de experiências, capacidades e competências coloca o país diante de uma oportunidade ímpar para avançar na construção de um sistema de saúde mais integrado, sustentável e centrado nas necessidades das pessoas.

Essa iniciativa da FESAÚDE e do SindHosp, que tem o apoio da ARCA, o *think tank* da saúde, vem da convicção de que a próxima transformação da saúde brasileira dependerá da capacidade de utilizar, de forma coordenada e estratégica, os instrumentos que o país já possui. Caberá às lideranças políticas que conduzirão o país nos próximos anos transformar esse patrimônio institucional em decisões capazes de preparar o sistema de saúde para responder aos desafios demográficos, epidemiológicos e econômicos que já se apresentam.

É nesse contexto que nascem os **5is**, propondo uma agenda estruturante voltada à ampliação do acesso, ao aumento da resolutividade, à elevação da qualidade assistencial, à redução dos desperdícios e à construção de um sistema mais equilibrado e eficiente. As diretrizes reunidas nas próximas páginas partem do princípio de que a saúde deve ser tratada como uma prioridade estratégica nacional - acima de governos, convicções e ciclos eleitorais.

Nenhum desafio moldará tão profundamente a saúde brasileira nos próximos anos quanto a rápida transição demográfica em curso. O envelhecimento acelerado da população, associado ao crescimento contínuo das doenças crônicas, altera profundamente as necessidades assistenciais do país e exige escolhas que não podem mais ser adiadas.

“ O envelhecimento acelerado da população, associado ao crescimento contínuo das doenças crônicas, altera profundamente as necessidades assistenciais do país e exige escolhas que não podem mais ser adiadas.

”

Os desafios exigem visão de longo prazo e decisões tomadas no presente. Cada investimento realizado hoje em promoção da saúde, prevenção, atenção integral, inovação, transformação digital e maior eficiência do sistema aumentará a qualidade de vida das pessoas, ampliará a produtividade da economia, contribuirá para a sustentabilidade das contas públicas e fortalecerá a capacidade do Brasil de crescer com inclusão e qualidade de vida.

A saúde movimenta 9,4% do Produto Interno Bruto (PIB), o equivalente a aproximadamente R\$ 1,19 trilhão (2025). Entretanto, apenas 42,2% desse montante correspondem a investimentos públicos realizados pela União, estados e municípios. Nos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) que adotam sistemas universais de saúde, a participação dos recursos públicos, em geral, é superior a 70%. A comparação evidencia uma realidade conhecida: o SUS permanece subfinanciado diante das responsabilidades que lhe foram atribuídas pela Constituição e das crescentes demandas da sociedade brasileira.

Ao mesmo tempo, este documento reconhece que ampliar os recursos destinados à saúde é um desafio que transcende a vontade política. As limitações fiscais, as demandas de investimento em outras áreas, o elevado comprometimento do orçamento com despesas obrigatórias, o desempenho da economia e a preservação do equilíbrio das contas públicas impõem restrições concretas à expansão dos investimentos. Nesse cenário, torna-se indispensável extrair mais valor de cada real aplicado, por meio da redução de desperdícios, do fortalecimento da gestão baseada em evidências, da interoperabilidade, da incorporação inteligente de tecnologias e da alocação de recursos em iniciativas capazes de gerar melhores resultados assistenciais. É justamente essa agenda que orienta as propostas reunidas nesta publicação.

Esse documento parte de uma premissa fundamental: o principal desafio da saúde brasileira não é construir um sistema novo, mas fazer funcionar, de forma mais integrada, eficiente e coordenada, o sistema que o país já possui. A FESAÚDE e o SindHosp entendem que a próxima grande transformação da saúde brasileira será sistêmica. Ela dependerá menos da criação de novas estruturas e mais da capacidade de conectar pessoas, informações, processos e instituições em torno de objetivos comuns.

A experiência internacional demonstra que os sistemas de saúde que alcançaram melhores resultados em qualidade, eficiência e equidade foram aqueles que conseguiram construir uma arquitetura coerente - baseada em identidade única do paciente, interoperabilidade de dados, acesso planejado, padronização do cuidado e governança capaz de atravessar diferentes ciclos políticos. É nesse contexto que se inserem os **5is**, concebidos como os pilares estruturantes para a evolução do sistema de saúde brasileiro. São eles:



Paciente único



Dados estruturados



Acesso qualificado



Cuidado padronizado



Desperdício contido

Os 5 Inegociáveis da Saúde

Os **Inegociáveis da Saúde** são fruto da contribuição de especialistas, gestores, profissionais de saúde e lideranças que vivenciam, diariamente, os desafios e as potencialidades do sistema de saúde brasileiro. As propostas aqui organizadas foram construídas a partir de evidências científicas, dados, experiências nacionais e referências internacionais passíveis de adaptação à realidade brasileira. Mais do que apresentar diretrizes, os **5is** pretendem estimular um diálogo permanente entre governos, instituições, profissionais e sociedade civil, contribuindo para a construção de uma saúde mais colaborativa e resolutiva.

Um sistema capaz de responder aos desafios do futuro também exige reconhecer que a saúde vai além da assistência. Ela se manifesta nas condições em que as pessoas vivem, estudam, trabalham e envelhecem.

Priorizar os determinantes sociais da saúde - como saneamento, educação, habitação, alimentação, mobilidade e segurança - significa prevenir doenças, evitar agravos e reduzir o desperdício de recursos. Essa agenda ultrapassa as fronteiras do setor e demanda coordenação entre diferentes áreas do poder Executivo.

Incorporar essa visão às políticas públicas é indispensável, afinal, “saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental, emocional e espiritual”, segundo definição da Organização Mundial da Saúde (OMS).

Não existe crescimento econômico sustentável, aumento da produtividade, inclusão social ou redução das desigualdades sem um sistema de saúde forte, resolutivo, acessível e capaz de responder às necessidades da população.

“
Não existe crescimento
econômico sustentável,
aumento da produtividade,
inclusão social ou redução
das desigualdades sem
um sistema de saúde
forte, resolutivo, acessível
e capaz de responder às
necessidades da população.
”

As decisões que serão tomadas pelos próximos governos federal e estaduais transcendem os limites de um mandato: elas moldarão a capacidade do país de cuidar da sua população e de se desenvolver com mais justiça social.

O Brasil reúne instituições sólidas, conhecimento técnico, capacidade instalada e profissionais altamente qualificados. Tem, portanto, uma oportunidade singular de utilizar essas potencialidades para construir um sistema de saúde mais integrado, eficiente, humano e sustentável. Essa é uma agenda de Estado, suprapartidária e permanente, que exige compromisso, cooperação e visão de longo prazo.

Que os **5is** sejam mais do que um conjunto de diretrizes. Que representem um convite à construção de consensos, um instrumento para orientar políticas públicas e um compromisso coletivo com um sistema de saúde capaz de oferecer mais acesso, qualidade, eficiência e mais dignidade às pessoas. Porque, ao final, não se trata “apenas” de aperfeiçoar o sistema de saúde. Trata-se de decidir que país o Brasil quer ser - e qual futuro pretende oferecer à sua população.



Francisco Balestrin
Presidente FESAÚDE | SindHosp

Os 5 Inegociáveis da Saúde

NOSSAS
MOTIVAÇÕES

DIÁLOGOS
DA SAÚDE

PANORAMA

PALENTE
UNICO

DADOS
ESTRUTURADOS

ACESSO
QUALIFICADO

CUIDADO
PADRONIZADO

DESPERDÍCIO
CONTIDO

VISÃO DE
FUTURO

GLOSSÁRIO
DE SIGLAS

REFERÊNCIAS
BIBLIOGRÁFICAS

Diálogos da Saúde

Os Diálogos da Saúde constituem um espaço permanente de interlocução, criado pela FESAÚDE e pelo SindHosp, que reúne representantes do ecossistema do setor e candidatos a cargos no Poder Executivo nas esferas federal, estadual e municipal. A iniciativa tem como propósito promover um diálogo qualificado sobre os principais desafios da saúde, contribuir para a formulação de políticas públicas mais eficazes e estimular a construção de soluções capazes de ampliar o acesso, elevar a qualidade da assistência e gerar benefícios concretos para toda a sociedade.

No período que antecedeu a definição oficial das candidaturas à Presidência da República e ao Governo do Estado de São Paulo pelos partidos políticos, a FESAÚDE e o SindHosp, com o apoio da ARCA, receberam, em São Paulo, a maioria dos pré-candidatos, além de ex-ministros da Saúde, chefes de campanha e gestores envolvidos com a produção de programas políticos. Entre esses nomes destacam-se Ronaldo Caiado, Romeu Zema e Eduardo Leite. Os encontros contribuíram para a elaboração deste documento, reuniram autoridades, lideranças, empreendedores, profissionais da saúde e tiveram ampla repercussão na imprensa nacional. Acesse o canal do SindHosp no YouTube (@SindHospOficial) e assista a alguns dos eventos na íntegra.

Com a definição dos candidatos à Presidência da República e ao Governo do Estado de São Paulo, novos encontros Diálogos da Saúde já foram realizados pela FESAÚDE e pelo SindHosp, com a presença dos candidatos ao Governo do Estado de São Paulo, Fernando Haddad e Tarcísio de Freitas. Outros encontros ainda serão realizados, com o objetivo de aprofundar o debate e apresentar propostas voltadas ao fortalecimento da saúde no Brasil e no estado.

Arena

Além dos Diálogos da Saúde, este documento foi enriquecido pelas contribuições de lideranças e especialistas que participaram dos debates realizados na Arena da Saúde, espaço promovido no estande da FESAÚDE e do SindHosp durante a Hospitalar 2026, em São Paulo. Ao longo desses encontros, cinco temas direcionadores foram debatidos sob diferentes perspectivas, reunindo experiências, evidências e propostas que fortaleceram o conteúdo apresentado neste documento e deram origem ao **"Manifesto dos Sis"**, um chamado à construção de um sistema de saúde mais eficiente, seguro e sustentável. Ao longo de meses, a equipe da FESAÚDE e do SindHosp se dedicou intensamente à análise e levantamento de dados para o conteúdo deste documento, sob coordenação da ELOSS Consultoria.

Os 5 Inegociáveis da Saúde são: Paciente Único, Dados Estruturados, Acesso Qualificado, Cuidado Padronizado e Desperdício Contido. Todos foram discutidos em encontros exclusivos dedicados a eles na Arena da Saúde. O conteúdo desses debates também está disponível no canal do SindHosp no YouTube.

“ A iniciativa tem como propósito promover um diálogo qualificado sobre os principais desafios da saúde, contribuir para a formulação de políticas públicas mais eficazes e estimular a construção de soluções capazes de ampliar o acesso, elevar a qualidade da assistência e gerar benefícios concretos para toda a sociedade. ”

Acesse o canal do SindHosp no YouTube e tenha acesso aos Diálogos da Saúde, Arena da Saúde e muito mais.



Panorama

Os desafios do sistema de saúde brasileiro são amplos e refletem tanto questões estruturais e financeiras quanto transformações demográficas, epidemiológicas, culturais e tecnológicas. Apesar dos avanços conquistados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), reconhecido internacionalmente por sua abrangência, capilaridade e universalidade, o setor enfrenta obstáculos que comprometem sua sustentabilidade e o acesso à assistência.

Desafios não faltam. O crescimento contínuo da demanda por serviços, impulsionado principalmente pelo envelhecimento da população e maior prevalência de doenças crônicas, a desigualdade regional na oferta de serviços e profissionais de saúde, a fragmentação do cuidado, a escassez de profissionais em determinadas especialidades, a constante necessidade de investimento em tecnologia, infraestrutura, equipamentos e modernização da rede de atendimento, a falta de interoperabilidade entre sistemas, a urgência de disseminação de uma cultura de qualidade assistencial para a segurança do paciente, o baixo investimento público em saúde para um sistema que tem a universalidade como princípio, entre muitos outros desafios, já estão diagnosticados e são de conhecimento público.

Este documento não pretende esgotar os desafios que permeiam a saúde brasileira. A FESAÚDE e o SindHosp, responsáveis por essa iniciativa - que tem o apoio institucional da ARCA, o *think tank* da saúde - acreditam que o desafio da próxima década não é de criar um sistema novo, mas fazer funcionar, de forma integrada, o sistema que o Brasil já possui. Para isso, será necessário melhorar a governança, a integração e desenvolver a capacidade de transformar os recursos existentes em resultados concretos para a população.

As próximas páginas trazem cinco escolhas estruturantes para a saúde brasileira nos próximos anos e que podem ser abraçadas e impulsionadas pelas lideranças nacionais e estaduais que serão escolhidas pelos brasileiros nas eleições de 2026. Denominados **5is - Inegociáveis da Saúde** - representam uma agenda para a saúde brasileira em níveis federal e estadual, independentemente de governos, convicções ou ciclos eleitorais. São precondições organizativas de um sistema de saúde que coloca o paciente no centro do cuidado, que funciona para o cidadão. Todos os **Inegociáveis** são necessários e operam como uma engrenagem: a ausência de qualquer um torna os demais substancialmente menos eficazes.

A engrenagem

A saúde é um dos pilares da estabilidade social e do desenvolvimento econômico. Não existe crescimento consistente, produtividade, inclusão social ou redução das desigualdades sem um sistema de saúde forte, eficiente e acessível. Lamentavelmente, milhões de brasileiros ainda convivem com barreiras de acesso, vazios assistenciais, desperdícios e descontinuidade do cuidado.

Os **5is** propõem uma agenda inadiável, voltada à transformação estrutural da saúde brasileira, defendendo a ampliação do acesso, o aumento da resolutividade, a melhoria da qualidade assistencial, a redução de desperdícios e a promoção de maior equilíbrio e sustentabilidade para o sistema de saúde.

Conceitos, importância, resultados e propostas para a implementação dos **Inegociáveis** estão detalhados neste conteúdo. Em prol do bem-estar da população e da sustentabilidade do sistema de saúde brasileiro, é hora de transformar diferenças em convergências e desafios em compromissos coletivos!

Os Inegociáveis da Saúde

Paciente único

O QUE

Identidade clínica única e longitudinal

COMO

Acompanhando pessoas - e não episódios

PORQUÊ

É o ponto de partida

Desperdício contido

O QUE

Perdas clínicas, operacionais e financeiras

COMO

Governança clínica e corporativa

PORQUÊ

Expansão e sustentabilidade do sistema

Dados estruturados

O QUE

Informações operacionais e estratégicas

COMO

Integração e interoperabilidade

PORQUÊ

Para que assumam papel relevante também no cuidado

Cuidado padronizado

O QUE

Priorização de desfechos clínicos

COMO

Linhas de cuidado bem definidas

PORQUÊ

Equidade assistencial

Acesso qualificado

O QUE

Cuidado certo, no tempo adequado

COMO

Garantindo cuidado, e não cobertura

PORQUÊ

Materializa o sistema para o cidadão

O sistema de saúde brasileiro

A Constituição Federal de 1988^[33] fez uma escolha histórica: garantir saúde como direito de todos e dever do Estado (artigo 196). A Lei nº 8.080/1990^[39] operacionalizou esse direito criando o Sistema Único de Saúde (SUS), que tem como princípios fundamentais:

- *Universalidade*: assegura que todas as pessoas, brasileiras ou estrangeiras, têm direito de acesso às ações e aos serviços de saúde do SUS, sem discriminação de qualquer natureza.
- *Integralidade*: estabelece que o cuidado deve ser organizado de forma integrada e contínua, contemplando ações de promoção da saúde, prevenção de doenças, diagnóstico, tratamento, reabilitação e redução de danos, em articulação com outras políticas públicas que influenciam as condições de saúde da população.
- *Equidade*: refere-se à disponibilização de recursos e serviços para atender a cada um segundo suas necessidades, investindo mais onde a carência é maior.

- *Atuação do setor privado*: de forma complementar à oferta de serviços, quando existir a insuficiência no setor público.

Em perspectiva histórica e comparada internacionalmente, essa escolha foi singular: o Brasil instituiu um dos poucos sistemas de saúde do mundo com garantia constitucional de acesso universal para uma população de 213,4 milhões de habitantes, estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Ao longo de quase quatro décadas, o maior sistema de saúde da América Latina e um dos maiores do mundo - ao lado de Reino Unido, Canadá, Tailândia, entre outros - construiu um arcabouço regulatório sólido, infraestrutura e ativos institucionais que poucos países de renda média conseguiram reunir. Várias iniciativas desenvolvidas nesse período figuram entre as experiências mais relevantes de saúde pública em nível global. Entre elas, o programa de combate ao HIV/Aids, o Programa Nacional de Imunizações (PNI), o sistema público de transplantes e o programa Estratégia Saúde da Família (ESF), que é referência mundial de atenção primária territorializada^[20,21] e estratégia prioritária de organização da Atenção Primária à Saúde (APS) - TABELA 1.

TABELA 1 - Cobertura populacional estimada da Atenção Primária à Saúde – Brasil e Estado de São Paulo

	Brasil	SP
Nº de equipes Estratégia Saúde da Família (ESF)	54.724	7.168
Nº de equipes de Atenção Primária (eAP)	5.764	2.666
Cobertura populacional estimada APS	70,60%	53,18%

Fonte: Ministério da Saúde. Relatório de Gestão Integrada 2025 [77]

Atuando paralelamente ao SUS, opera o setor de Saúde Suplementar, regulado pela Lei nº 9656/1998 através da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) - criada através da Lei nº 9.961/2000. Atualmente, 53,2 milhões de brasileiros possuem cobertura suplementar^[14], segundo a ANS, sendo que 84% dos beneficiários estão vinculados a planos coletivos empresariais associados ao emprego formal.

Essa característica contribui para a elevada rotatividade do setor: em 2025, a taxa anual de entrada e saída de beneficiários alcançou 27,9%. Em conjunto, o SUS e a Saúde Suplementar apoiam-se em uma ampla rede de prestadores que respondem por uma expressiva produção assistencial. (TABELAS 2 e 3).

TABELA 2 – Infraestrutura assistencial Brasil e Estado de São Paulo - por natureza jurídica - maio de 2026

Categoria	Brasil	Estado de SP
Centros e Unidades Básicas de Saúde (UBS) – TOTAL	43.640	5.320
HOSPITAIS		
Hospital Geral e Especializado – TOTAL	6.581	970
Privado com fins lucrativos	1.989	347
Privado sem fins lucrativos	1.825	403
Público	2.767	220
HOSPITAL-DIA		
Hospital-dia – TOTAL	1.086	230
Privado com fins lucrativos	955	175
Privado sem fins lucrativos	65	17
Público	66	38
CLÍNICAS E SERVIÇOS AMBULATORIAIS		
Clínicas e outros serviços ambulatoriais – TOTAL	393.210	99.255
Privado com fins lucrativos	197.766	55.257
Privado sem fins lucrativos	7.856	1.584
Público	73.099	8.850
Pessoas físicas	114.489	33.564
LEITOS		
Leitos (hospital geral + especializado) – TOTAL	512.273	108.923
Privado com fins lucrativos	123.593	26.450
Privado sem fins lucrativos	190.122	52.090
Público	198.558	30.383
Leitos para SUS	345.757	61.205
LEITOS HOSPITAL-DIA		
Hospital-dia (Leitos) – TOTAL	6.954	1.815
Privado com fins lucrativos	4.736	1.001
Privado sem fins lucrativos	1.371	435
Público	847	379
Leitos para SUS	1.830	398
SADT - Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico		
SADT – TOTAL	32.586	5.569
Privado com fins lucrativos	29.666	5.130
Privado sem fins lucrativos	600	191
Público	2.320	248
OUTROS DADOS		
População	213,4 milhões	46 milhões
Beneficiários Saúde Suplementar	53 milhões	18,6 milhões
Taxa de cobertura (%)	24,9	40,5
Taxa de sinistralidade (%) - 1º tri/26	79,5	-

Fontes: Boletim Infográficos Saúde (BIS) Hospitais, SADT e Clínicas, do Núcleo de Inteligência e Conteúdo (NIC) da FESAÚDE e do SindHosp; Data SUS Tabnet; CNES elastic; Projeção IBGE; ANS

TABELA 3 – Produção assistencial Brasil e Estado de São Paulo – SUS e Saúde Suplementar

Produção assistencial	Brasil	Estado de SP
SUS		
Número de internações	14,5 milhões	2,9 milhões
Número de consultas/atendimentos/acompanhamentos	1,7 bilhão	444 milhões
Número de procedimentos com finalidade diagnóstica	1,5 bilhão	415,8 milhões
Número de atendimentos ambulatoriais	464,4 milhões	108,7 milhões
SAÚDE SUPLEMENTAR		
Número de internações	6,5 milhões	2,2 milhões
Número de consultas	260,2 milhões	97,1 milhões
Número de procedimentos de SADT	1,2 bilhão	428,8 milhões
Número de atendimentos ambulatoriais	247,7 milhões	81,4 milhões

Fontes: DataSUS Tabnet 2025; Boletim Infográficos Saúde (BIS) Hospitais, Clínicas e outros serviços ambulatoriais e SADT, do Núcleo de Inteligência e Conteúdo (NIC) da FESAÚDE e do SindHosp

Mais de 3,3 milhões de profissionais são contratados formalmente - via Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) - nos mais de 425 mil serviços de atenção à saúde existentes no país. Além desse

contingente, mais de 600 mil médicos estão em atividade no país, distribuídos de forma extremamente desigual pelo território nacional. (TABELAS 4 e 5).

TABELA 4 – Profissionais de saúde existentes e contratados - Brasil e Estado de São Paulo

Recursos Humanos	Brasil	Estado de SP
Número total de empregos formais nas atividades de atendimento hospitalar	1,54 milhão	512,48 mil
Número total de empregos formais em SADT	308 mil	82,38 mil
Número total de empregos formais em clínicas e estabelecimentos ambulatoriais	1,34 milhão	433,79 mil
Número de enfermeiros	433,73 mil	98,63 mil
Número de técnicos de enfermagem	805,58 mil	164,58 mil
Número de auxiliares de enfermagem	112,07 mil	59,76 mil
Número de médicos (indivíduos)*	597,42 mil	172,72 mil
Número de agentes comunitários de saúde	230,55 mil	32,84 mil

Fontes: BIS Hospitais, SADT e Clínicas e Outros Serviços Ambulatoriais 2026, do Núcleo de Inteligência e Conteúdo (NIC) da FESAÚDE e do SindHosp; DataSUS Tabnet 2026; Demografia Médica no Brasil 2025

*A diferença entre o nº de médicos das tabelas 4 e 5 se refere a profissionais registrados em mais de um estado/CRM

TABELA 5 - Médicos e razão de médicos por 1.000 habitantes, segundo unidades da Federação (UF), em 2024 | Brasil, 2025

UF	Médicos	População	Razão*
Região Norte	31.706	18.669.345	1,70
Rondônia	4.618	1.746.227	2,64
Acre	1.600	880.631	1,82
Amazonas	6.749	4.281.209	1,58
Roraima	1.271	716.793	1,77
Pará	11.865	8.664.306	1,37
Amapá	1.176	802.837	1,46
Tocantins	4.427	1.577.342	2,81
Região Nordeste	126.402	57.112.096	2,21
Maranhão	8.871	7.010.960	1,27
Piauí	8.377	3.375.646	2,48
Ceará	20.782	9.233.656	2,25
Rio Grande do Norte	8.343	3.446.071	2,42
Paraíba	12.825	4.145.040	3,09
Pernambuco	23.030	9.539.029	2,41
Alagoas	7.419	3.220.104	2,30
Sergipe	6.022	2.291.077	2,63
Bahia	30.733	14.850.513	2,07
Região Sudeste	334.105	88.617.693	3,77
Minas Gerais	74.431	21.322.691	3,49
Espírito Santo	14.564	4.102.129	3,55
Rio de Janeiro	72.388	17.219.679	4,20
São Paulo	172.721	45.973.194	3,76
Região Sul	103.028	31.113.021	3,31
Paraná	38.552	11.824.665	3,26
Santa Catarina	25.692	8.058.441	3,19
Rio Grande do Sul	38.784	11.229.915	3,45
Região Centro-Oeste	58.705	17.071.595	3,44
Mato Grosso do Sul	8.816	2.901.895	3,04
Mato Grosso	9.141	3.836.399	2,38
Goiás	22.019	7.350.483	3,00
Distrito Federal	18.729	2.982.818	6,28
Brasil	653.945**	212.583.750	3,08

Fontes: Demografia Médica no Brasil 2025, IBGE

*Razão de registros médicos por 1.000 habitantes em cada UF

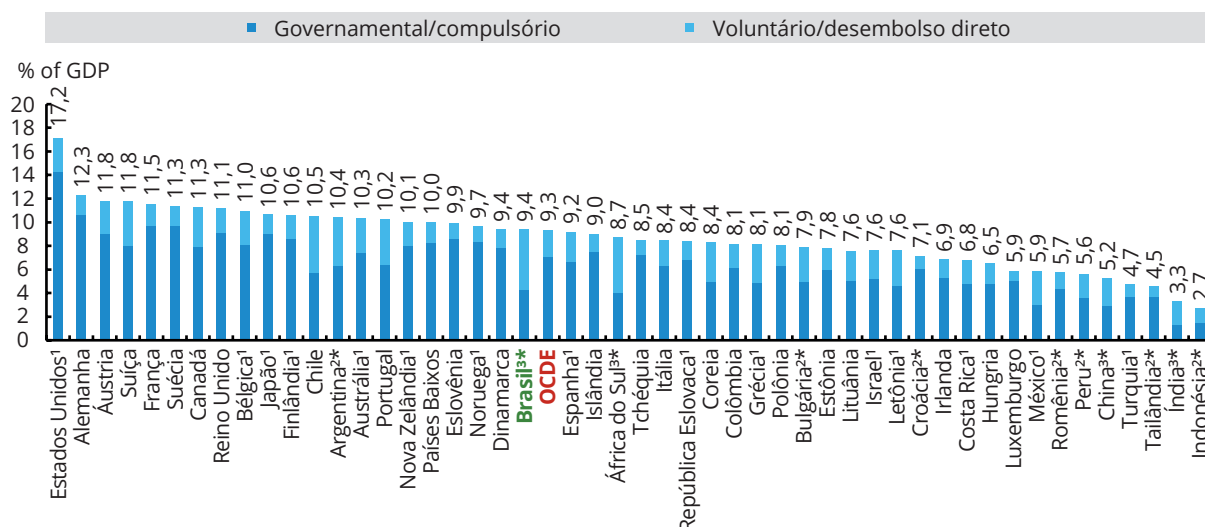
**A diferença entre o nº de médicos das tabelas 4 e 5 se refere a profissionais registrados em mais de um estado/CRM

Investimento em saúde

Organizar e financiar ações e serviços de saúde com o objetivo de cumprir o que determina a Constituição Federal em um país que territorialmente ocupa 48% da América do Sul, possui 213,4 milhões de habitantes, 5.570 municípios de variados portes e extrema diversidade regional, econômica, social e cultural é extremamente complexo.

O setor de saúde movimenta no Brasil anualmente recursos da ordem de 9,4% do Produto Interno Bruto (PIB), percentual próximo à média de investimento dos países membros da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) – GRÁFICO 1.

GRÁFICO 1 - Gasto em saúde como proporção do PIB, 2024 (ou ano mais próximo)



Nota: 1. Estimativa da OCDE para 2024. 2. Refere-se a 2023. 3. Refere-se a 2022. * Refere-se a país em processo de adesão/parceiro.
Fonte: OECD Health Statistics 2025; WHO Global Health Expenditure Database

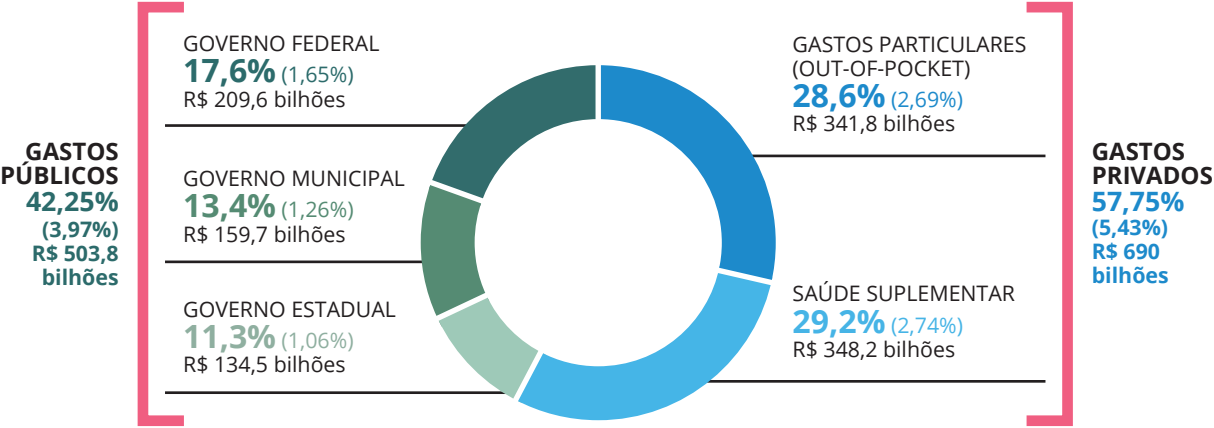
“ Entre 20% e 30% do gasto total de sistemas de saúde como o brasileiro é desperdiçado, por meio de práticas que não produzem valor proporcional para o cidadão e da corrupção. No Brasil, essa estimativa corresponde a R\$ 240 bilhões e R\$ 360 bi por ano, equivalente à despesa assistencial anual da Saúde Suplementar.

”

Em 2025, o PIB brasileiro atingiu R\$ 12,7 trilhões, segundo o IBGE, o que leva a um montante de investimento em saúde de aproximadamente R\$ 1,19 trilhão. Esse

valor inclui investimentos públicos das três esferas governamentais, a Saúde Suplementar e o gasto direto das famílias (*out-of-pocket*) – GRÁFICO 2.

GRÁFICO 2 – Estimativa de despesas com saúde no Brasil - 2025

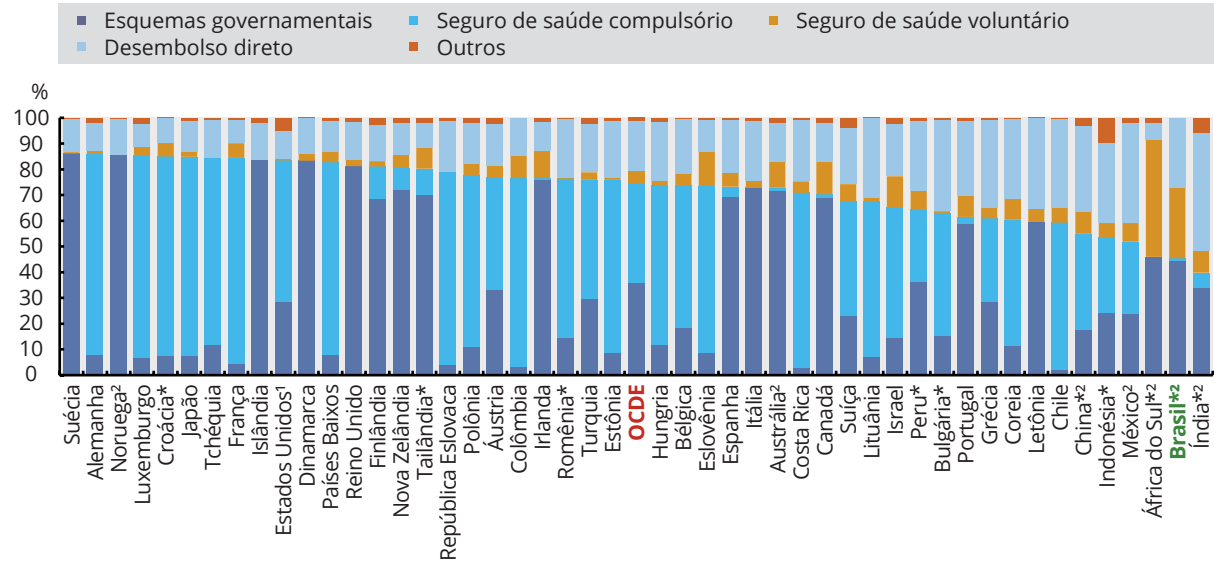


OBS: Pequenas diferenças de 0,1 p.p. são arredondamento.
 Elaboração: Núcleo de Inteligência e Conteúdo (NIC) da FESAÚDE e do SindHoso. Estimativa 2025 (valores reconciliados: PIB R\$ 12,7 tri × 9,4% = R\$ 1.193,8 bi). Fontes: PIB — IBGE, Contas Nacionais Trimestrais (mar/2026); participação da saúde no PIB — projeção com base em IBGE/Conta-Satélite de Saúde 2010-2021 (9,7% em 2021) e EIU/ETENE-BNB (9,5% em 2025); divisão público (42,2%)/privado (57,8%) — IBGE/Conta-Satélite de Saúde 2021; divisão federativa — SIOPS/Ministério da Saúde 2024 (União 41,6%, municípios 31,7%, estados 26,7% do gasto público); saúde suplementar — ANS

É justamente na distribuição do gasto entre saúde pública e privada que se encontra uma das maiores incongruências do sistema de saúde brasileiro. Países com acesso universal e integral, independente do modelo de organização (como Suécia, Noruega, Alemanha, Dinamarca, Japão, Reino

Unido e Canadá)^[74] registram entre 70% e 87% do investimento financiado pelo Estado. No Brasil, em contrapartida, apenas 42,2% do total aplicado em saúde corresponde ao gasto governamental. A média da OCDE é de 76% de recursos concentrados nos sistemas públicos - GRÁFICO 3.

GRÁFICO 3 – Gasto em saúde por tipo de financiamento

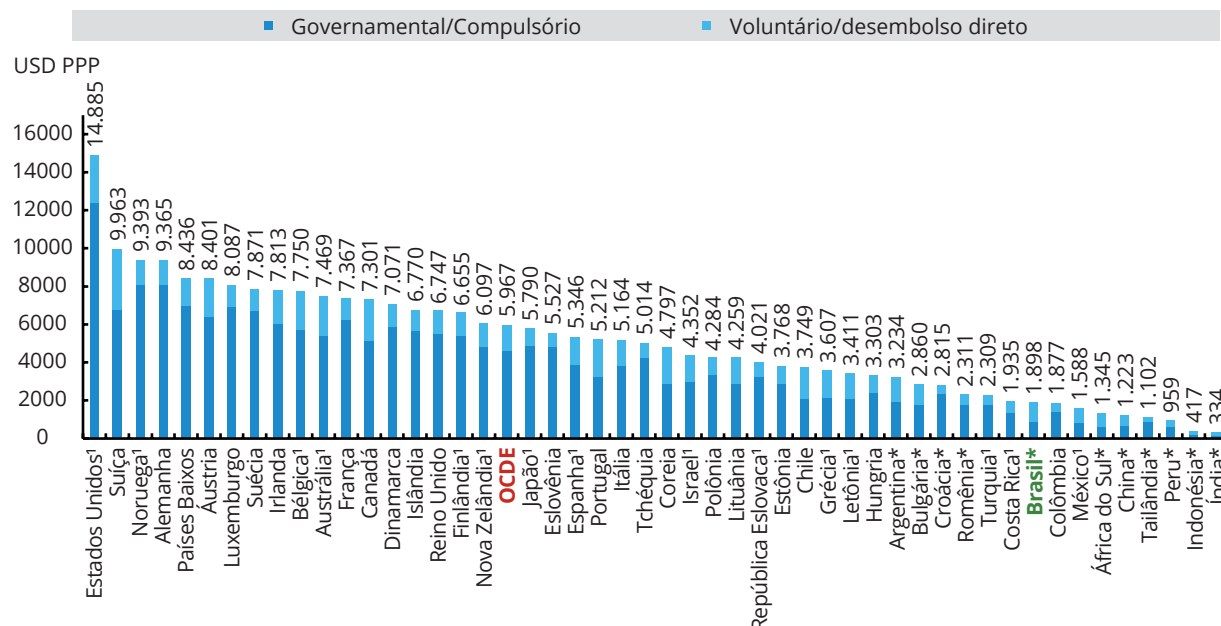


Nota: A categoria “Outros” refere-se ao financiamento por ONGs, empregadores, esquemas de não residentes e esquemas desconhecidos. 1. Todo o gasto das operadoras privadas de seguro de saúde reportado como seguro de saúde compulsório. 2. Dados mais recentes disponíveis de 2022. * Refere-se a país em processo de adesão/parceiro.
 Fonte: OECD Health Statistics 2025

Como quinto maior país do mundo em extensão territorial e sétimo em população, o Brasil enfrenta um desafio ainda maior quando se considera o montante investido por habitante. O gasto anual per capita em saúde é de aproximadamente US\$ 1.898, já ajustado

pela Paridade do Poder de Compra (PPC), dos quais cerca de US\$ 800 correspondem ao financiamento público. Nos países da OCDE, a despesa média alcança US\$ 5.967 por habitante - quase quatro vezes o valor brasileiro - GRÁFICO 4.

GRÁFICO 4 – Despesa per capita em saúde - em dólar



Nota: 1. Estimativas da OCDE. * Refere-se a país em processo de adesão/parceiro.
Fonte: OECD Health Statistics 2025; WHO Global Health Expenditure Database

Governança e eficiência

Ampliar os recursos destinados à saúde no Brasil é um desafio multifatorial, condicionado pela capacidade fiscal do Estado, pela rigidez das despesas obrigatórias, pelo crescimento econômico e pela necessidade de preservar o equilíbrio das contas públicas. Nesse cenário, torna-se urgente e indispensável aprimorar a eficiência na utilização dos valores já disponíveis. E este documento mostra que é possível fazer mais com os recursos existentes.

Segundo estimativa conservadora e metodologicamente robusta da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE)^[26], entre 20% e 30% do gasto total de sistemas de saúde como o brasileiro é desperdiçado, por meio de práticas que não produzem

valor proporcional para o cidadão e da corrupção. No Brasil, essa estimativa corresponde a R\$ 240 bilhões e R\$ 360 bi por ano, ou seja, mais do que o orçamento federal de 2025 para a Educação (R\$ 226 bilhões), do que o gasto público total com segurança (R\$ 163,1 bilhões em 2025^[76]) e equivalente à despesa assistencial anual da Saúde Suplementar (de aproximadamente R\$ 320 bilhões, segundo a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS). Esse montante é estruturalmente aprisionado em cuidados clínicos de baixo valor, ineficiências operacionais, corrupção e judicialização evitável^[26,61]. Redirecionar 20% desse desperdício - entre R\$ 48 bilhões e R\$ 72 bilhões anuais - seria suficiente, por exemplo, para:

- Construir e equipar um novo sistema de Atenção Primária à Saúde (APS) completo a cada dois anos.

- Ampliar a cobertura do programa Estratégia Saúde da Família (ESF) para cerca de 60 milhões de brasileiros.

- Financiar a informatização integral das cerca de 45 mil Unidades Básicas de Saúde (UBS) existentes no país, segundo o Censo Nacional das UBS 2024.

- Reduzir pela metade a fila nacional do SUS para cirurgias eletivas.

A questão, portanto, não é “apenas” a falta de recursos. É de arquitetura e de governança. Essa realidade é resultado sistêmico de um arranjo institucional que não foi projetado para a eficiência. A agenda dos **5 Inegociáveis** não é uma proposta de aumento ou de corte de gastos. É uma proposta de redistribuição: fazer com que o que já existe no sistema chegue a quem mais precisa.

“
Esta agenda não pede novos recursos. Pede a coragem política de usar o que já foi construído - e a seriedade de exigir que funcione.
”

Dimensão	Público (SUS)	Privado (Saúde Suplementar + Gasto Direto das Famílias)	Contexto / Nota
Beneficiários	213,4 milhões (direito constitucional)	53,2 milhões (24,5% da população - dez/2025)	Aproximadamente de 20 a 30 milhões de cidadãos transitam cotidianamente entre SUS e Saúde Suplementar
Gasto anual	Cerca de R\$ 540 bilhões (ou 42,2% do total)	R\$ 667,9 bilhões (57,8% do gasto)	Gasto total de R\$ 1,2 trilhão (ou 9,4% do PIB - 2025, estimado) – sendo que o gasto público corresponde a 4,3% do PIB, abaixo dos pares universais (Reino Unido: 9% - OMS/GHED 2023)
Hospitais TOTAL: 6.581	2.767 (42%)	3.814 (58%)	Do total, 58% são privados com ou sem fins lucrativos. Esses estabelecimentos concentram 55% dos leitos do SUS e 61% das internações de alta complexidade (CMB e CNES)
Sinistralidade	—	81,7% (2025)	Patamar estruturalmente elevado; sustentabilidade pressionada
Desperdício estimado	Vide nota	Vide nota	Entre R\$ 240 bilhões e R\$ 360 bi por ano (<i>framework</i> OCDE: 20% a 30% do gasto total)

Fontes: IBGE [67]; ANS [13,14]; CFM [34]; OECD [26]; Anahp [69]

O horizonte estratégico

A janela 2027-2030 tem cinco características que a tornam singular na história recente do sistema de saúde brasileiro. Cada uma, isoladamente, seria relevante. Juntas, criam uma oportunidade de transformação que não esteve disponível em nenhum momento anterior.

A primeira característica é a maturação tecnológica. A Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS) atingiu, em 2026, um patamar de operacionalidade que permite expandir sua cobertura com mandato regulatório, sem que seja necessário investimento massivo em nova infraestrutura^[2]. Paralelamente, o *Fast Healthcare Interoperability Resources* (FHIR), padrão internacional de tecnologia criado para padronizar a troca de informações entre diferentes sistemas de saúde, está aprovado, desde 2020, como padrão nacional^[16].

O CPF, por sua vez, se tornou identificador único dos cidadãos nas bases de dados dos serviços públicos, incluindo o SUS, com a promulgação da Lei nº 14.534, de janeiro de 2023. A integração da RNDS com a Troca de Informações em Saúde Suplementar (TISS) - padrão obrigatório estabelecido pela ANS para uniformizar a comunicação de dados e o faturamento entre prestadores de serviços e operadoras de planos de saúde - é tecnicamente viável. Nunca tamanha infraestrutura esteve disponível. Nas próximas décadas, porém, ela tende a ficar mais cara se nada for feito no período entre 2027 e 2030, pois mais sistemas serão instalados em padrões incompatíveis com o FHIR.

A segunda característica é a atualização regulatória recente. A Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD)^[17] e o Decreto nº 12.560/2025¹⁸, que dispõe sobre a Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS) e sobre as Plataformas SUS Digital, proveram o marco jurídico para tratamento de dados em saúde com proteção de privacidade.

Na Saúde Suplementar, a Resolução Normativa ANS nº 623/2024^[19] atualizou marcos de relacionamento entre operadoras e beneficiários. Os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) continuam sendo produzidos pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (Conitec) com evidências atualizadas. A base legal para quase todas as ações da agenda existe - o que falta é o ato normativo que a torne mandatória.

“

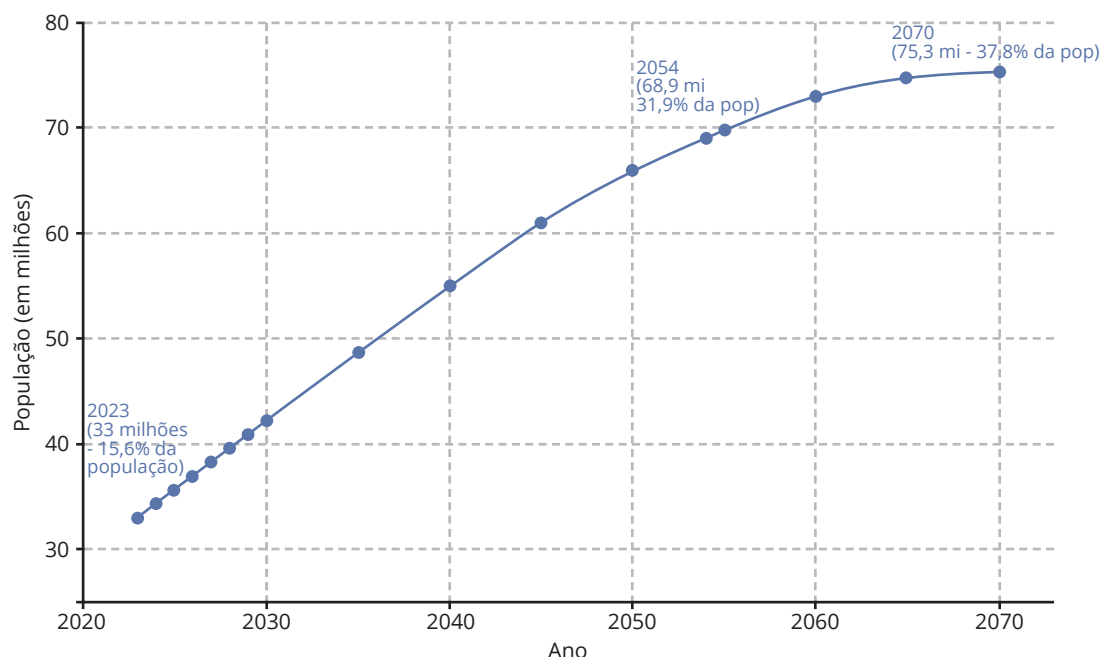
Agendas de saúde com o perfil dos *5is* precisam tipicamente de dois elementos: evidência técnica consolidada (que existe) e vontade política expressa com mandato eleitoral.

”

A pressão financeira é a terceira característica que justifica a implementação dos **5 Inegociáveis** nos próximos quatro anos. A sinistralidade da saúde suplementar fechou 2025 em 81,7%^[14] - patamar estruturalmente elevado, que mantém a pressão por eficiência para as operadoras, o órgão regulador e para os prestadores de serviços de saúde. O SUS opera com gasto público de apenas 4,3% do Produto Interno Bruto (PIB - OMS/GHED, 2023)^[67,68], quando sistemas universais equivalentes, como França, Reino Unido e Canadá, gastam entre 7,7% e 9% do PIB (OMS/GHED, 2023-2024). Em contexto de pressão fiscal federal crescente, a única saída sustentável é reorganizar o que já existe - e isso alinha o incentivo fiscal com a agenda de eficiência.

A quarta característica é a transição demográfica acelerada. Em 2025, 16,6% da população tinha 60 anos ou mais. Em 2070, serão 37,8%, ou 75,3 milhões^[12]. Sistemas que não criam identidade clínica longitudinal, não integram dados e não homogenizam padrões de cuidado enfrentarão, frente ao envelhecimento populacional acelerado, custos crescentes com capacidade de resposta decrescente. Cada ano sem ação é um ano de transição demográfica que aprofunda o problema estrutural - GRÁFICO 5.

GRÁFICO 5 - Projeção da população com 60 anos ou mais no Brasil (IBGE)



A quinta é o ciclo político. O processo eleitoral de 2026 para a Presidência da República e para os governos estaduais cria janela de posicionamento - e, subsequentemente, de mandato - que pode ser usada para acelerar uma agenda técnica com legitimidade democrática.

Agendas de saúde com esse perfil precisam tipicamente de dois elementos: evidência técnica consolidada (que existe) e vontade política expressa com mandato eleitoral.

Os pilares da transformação

As transformações propostas pelos **5 Inegociáveis da Saúde** para o sistema de saúde brasileiro estão ancoradas nos seguintes habilitadores estratégicos:

- **RNDS em maturação:** infraestrutura nacional de dados clínicos construída em padrão FHIR, tendo o CPF como chave e o aplicativo “Meu SUS Digital” dando acesso ao histórico do cidadão – já regulamentado e com decreto vigente.^[2,18]

- **TISS madura:** padrão de troca de informações na Saúde Suplementar com cobertura próxima de 100% das transações entre operadoras e prestadores há mais de 15 anos - ativo institucional que poucos países têm.^[3]

- **Programa ESF em escala:** estratégia prioritária para a expansão

e consolidação da Atenção Básica, que cobre 70,6% da população, possui equipes multiprofissionais em mais de 5 mil municípios e dados longitudinais no Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB).^[20,21]

- **Marcos regulatórios atualizados:** Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD), Decreto nº 12.560/2025, Resolução Normativa ANS nº 623/2024, Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT)/ Conitec em produção contínua com avaliação técnica rigorosa - capacidade regulatória da ANS consolidada.^[17,18,19,42]

- **Capacidade técnica nacional:** sociedades médicas sólidas, com produção de guidelines comparável a padrões internacionais; modelos de acreditação nacionais e internacionais com mais de 25 anos de atuação no país; universidades federais com pesquisa clínica relevante; e hospitais de excelência com indicadores comparáveis internacionalmente.

“

As transformações propostas pelos **5 Inegociáveis da Saúde** para o sistema de saúde brasileiro estão ancoradas nos seguintes habilitadores estratégicos: RNDS em maturação, TISS madura, Programa ESF em escala, marcos regulatórios atualizados e capacidade técnica nacional.

”

Paralelamente, evidências estruturais documentadas limitam a capacidade de fazer com que o sistema transforme produção em valor.

Dez são relevantes para a agenda dos **5 Inegociáveis** e precisam ser enfrentadas:

#	Evidência	Magnitude documentada	Inegociável afetado
1	Cidadão sem identidade clínica longitudinal - múltiplos cadastros não interoperáveis	Autorização de Procedimento de Alta Complexidade (APAC) SUS para planos: 4,06% do total ^[71] ; de 20 a 30 milhões de cidadãos transitam entre SUS e o setor suplementar sem histórico clínico	Paciente Único
2	Padrão FHIR aprovado, mas adotado em menos de 15% dos hospitais ^[75]	0% de interoperabilidade na integração entre SUS e Saúde Suplementar	Dados Estruturados
3	Rotatividade de 27,9%/ano de beneficiários na Saúde Suplementar (2025) - histórico clínico apagado a cada troca de operadora	Pouco mais de 1 em cada 4 beneficiários transita anualmente entre operadoras, descontinuando o cuidado	Paciente Único + Dados Estruturados
4	Cobertura suplementar extremamente concentrada territorialmente	Sudeste com 34,9% da população coberta pela Saúde Suplementar; Norte: 10,7%	Acesso Qualificado
5	Programa Estratégia Saúde da Família (ESF) com cobertura expressiva, mas longitudinalidade aquém das metas	Ex: Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) com Pressão Arterial (PA) aferida em apenas 32%, quando a referência é de 90% ^[40]	Acesso Qualificado + Cuidado Padronizado
6	Densidades médicas regionais. Mais do que o dobro de médicos no Sudeste quando comparado à região Norte	Norte: 1,7 médico por mil habitantes; Sudeste: 3,8 ^[34] - vazios assistenciais estruturais	Acesso Qualificado
7	Variação clínica injustificada não documentada	8.687 não conformidades em UTIs ^[45] ; sem mensuração sistemática por especialidade	Cuidado Padronizado
8	Desperdício estrutural entre R\$ 240 bilhões e R\$ 360 bi/ano sem mensuração sistemática por categoria	<i>Framework</i> OCDE aplicado ao Brasil: entre 20% e 30% do gasto total	Desperdício Contido
9	Judicialização crescente - gasto judicial em saúde com impacto fiscal relevante na última década	Crescimento significativo; questões distributivas estruturais	Desperdício Contido
10	Indicadores entre saúde pública (SUS) e Saúde Suplementar incomparáveis - gestão às cegas da qualidade	Ausência de <i>benchmark</i> em qualidade, eficiência e equidade entre o SUS e a Saúde Suplementar	Dados Estruturados

Os 5 Inegociáveis da Saúde

Fontes: ANS [13,14]; SISAB [40]; Anvisa [45]; OECD [26]; MS/DATASUS [2,71]; CFM [34]

Os 5 Inegociáveis

A elaboração dos **5 Inegociáveis** da Saúde partiu do pressuposto de que o principal desafio não é construir, mas fazer funcionar o sistema que já existe. Portanto, a FESAÚDE e o SindHosp acreditam que a próxima transformação da saúde brasileira não será institucional. Será sistêmica. Experiências internacionais bem-sucedidas, como o NHS britânico, o sistema estoniano e o modelo dinamarquês, mostram que essa transformação sistêmica exige uma agenda integrada com governança permanente^[1,4,30,31].

Não por acaso, os sistemas que mais avançaram em qualidade, eficiência e equidade são os que conseguiram construir uma arquitetura coerente – com identidade única, dados integrados, acesso planejado e padrão homogêneo – atrelada a uma governança que sobreviveu a alternâncias políticas. O Brasil tem os ativos. Falta a arquitetura que os articule.



As próximas páginas apresentam cada um dos **5 Inegociáveis**, detalhando seu conceito, relevância, resultados esperados, riscos associados à sua não implementação e ações que podem ser adotadas nos âmbitos federal e estadual para viabilizá-los.

Como destacado anteriormente, os **5is** são interdependentes e funcionam como uma engrenagem: a ausência de qualquer um deles reduz significativamente a efetividade dos demais, conforme sintetizado na tabela a seguir.

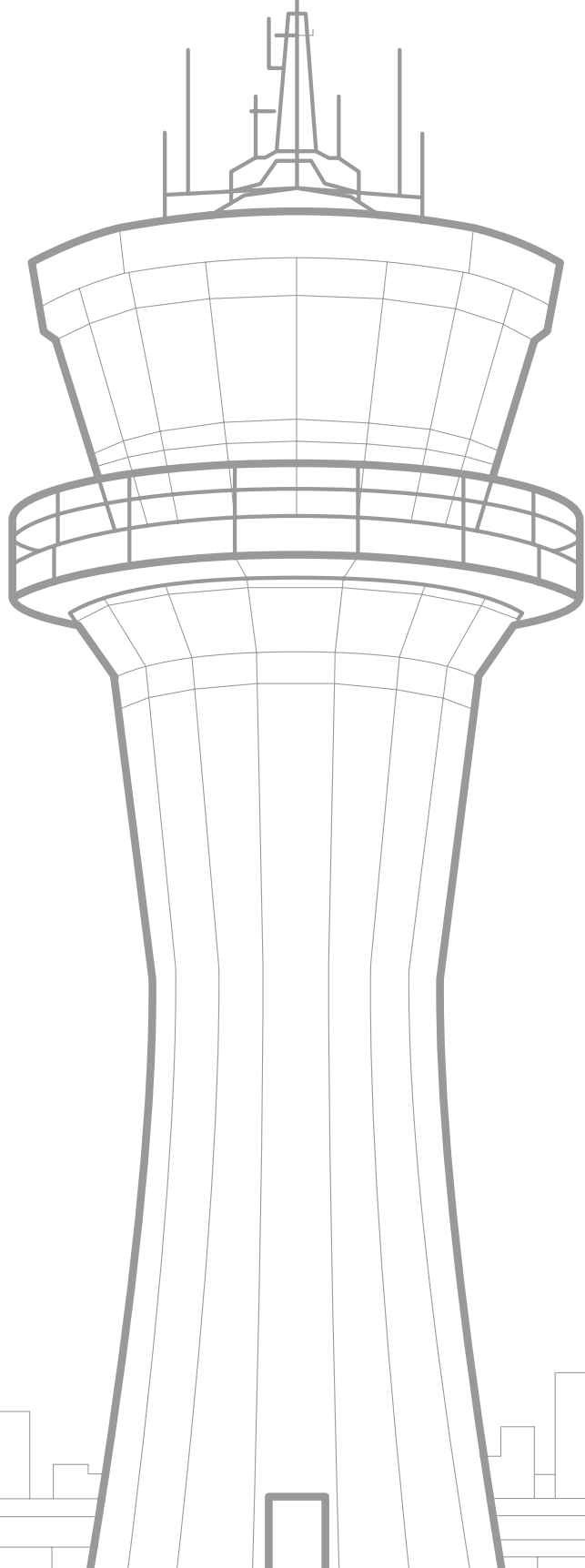
Se faltar...	...o que fica comprometido
Paciente Único	Dados permanecem como estatísticas sem referência ao indivíduo. O acesso deixa de ser planejado com base no histórico clínico. O cuidado não pode ser avaliado ao longo do tempo, não mede desfecho longitudinal. O desperdício decorrente da duplicação de exames e procedimentos persiste.
Dados Estruturados	A variação clínica permanece invisível. O planejamento territorial é realizado sem base em evidências consistentes. O desperdício operacional não pode ser mensurado. A qualidade assistencial permanece sem parâmetros de comparação (<i>benchmark</i>).
Acesso Qualificado	O cuidado padronizado não se concretiza. As Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) persistem, ampliando o desperdício. O envelhecimento populacional aumenta a demanda sem que haja resposta proporcional da capacidade assistencial.
Cuidado Padronizado	Os dados sobre desfechos clínicos permanecem dispersos e incomparáveis. O desperdício decorrente de eventos adversos persiste. O acesso pode ocorrer, mas não assegura que o paciente receba o cuidado certo, ou mais apropriado.
Desperdício Contido	Recursos que poderiam financiar a transformação do sistema permanecem imobilizados em práticas de baixo valor. A sustentabilidade fiscal é comprometida. O reinvestimento em acesso, qualidade e inovação não acontece.

Fontes: IBGE [67]; ANS [13,14]; CFM [34]; OECD [26]; Anahp [69]

“Os **5is** são interdependentes e funcionam como uma engrenagem: a ausência de qualquer um deles reduz significativamente a efetividade dos demais.”



Paciente único



O que é

É o princípio organizativo: o reconhecimento institucional de que o cidadão é uma única pessoa ao longo de toda a sua trajetória clínica, independentemente de o atendimento ser prestado pelo SUS ou pela Saúde Suplementar, do profissional responsável por seu cuidado ou do estabelecimento onde seus dados sejam registrados.

Paciente Único articula três dimensões indissociáveis:

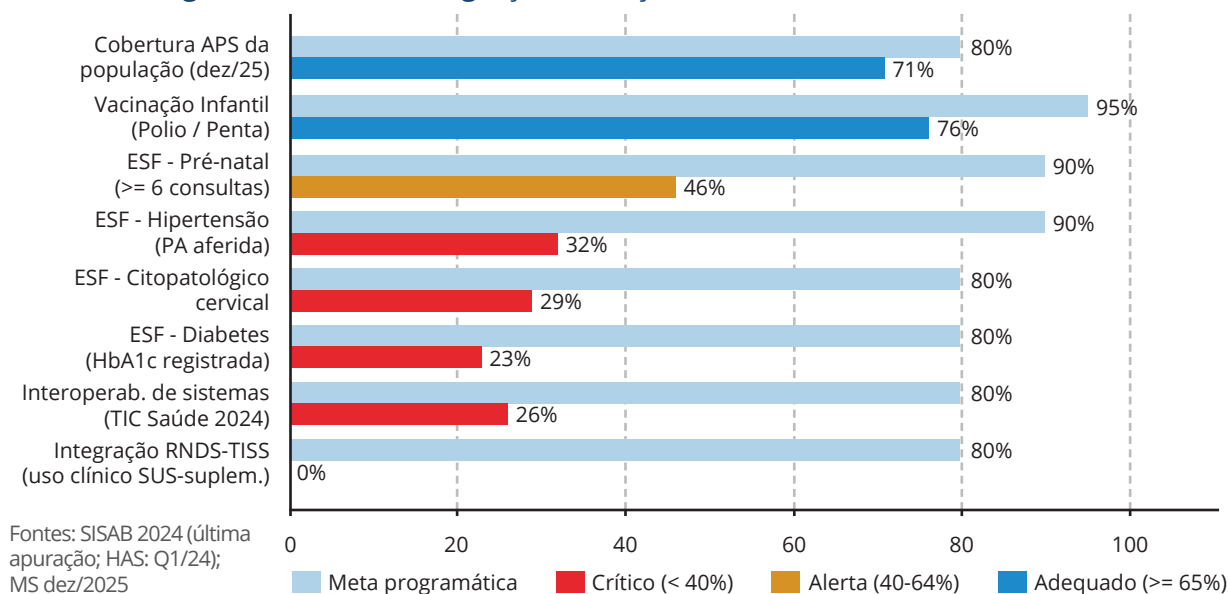
- *Identidade administrativa única:* mesmo cidadão e mesmo identificador em todas as bases.
- *Continuidade clínica:* histórico que acompanha a pessoa em sua jornada clínica.
- *Coordenação assistencial:* responsabilidade institucional clara, com articulação entre os diferentes níveis de atenção durante toda a trajetória longitudinal.

Paciente Único - A ESCOLHA CENTRAL

■ Reconhecer cada cidadão como sujeito longitudinal de cuidado: uma pessoa cuja identidade clínica - histórico, diagnósticos, medicamentos, alergias, exames - migra entre SUS e Saúde Suplementar sem perda e sem ruptura. A inexistência dessa identidade única faz com que dados não se conectem, não se planeje acesso, valor não se mensure e não se identifique desperdícios.

O problema em números

Gráfico: Longitudinalidade e integração: situação atual x metas



Para o sistema de saúde, o cidadão é um conjunto de cadastros parciais distribuídos entre o Cartão Nacional de Saúde, os registros individuais das operadoras, os prontuários de cada prestador de serviços de saúde, as bases das farmácias de alto custo do SUS, os sistemas de informação dos centros de especialidades, os registros das UBS e, mais recentemente, da Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS), que se encontra em maturação operacional^[2]. Cada instância opera como uma ilha informacional e a trajetória clínica não acompanha o cidadão.

A ausência de identidade única, além de gerar desperdício, representa um risco clínico real, principalmente para os que transitam regularmente entre o SUS e o setor de Saúde Suplementar – número estimado entre 20 milhões e 30 milhões

de brasileiros. O sistema trata a mesma pessoa como se fossem dois pacientes diferentes e, com frequência, examina, prescreve e gerencia como se realmente fossem. Em 2024, por exemplo, 4,06% das Autorizações de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade (APAC) do SUS foram direcionadas a beneficiários de planos de saúde.

Na Saúde Suplementar, o problema se manifesta com a rotatividade: 27,9% dos usuários trocam de operadora, perdem cobertura ou são admitidos como novos a cada ano (em 2025 foram registrados 15,7 milhões de adesões e 14,5 milhões de cancelamentos)^[13]. Isso significa que pouco mais de um em cada quatro beneficiários experimenta, anualmente, descontinuidade de histórico assistencial e transacional.



Um paciente com diabetes tipo 2 diagnosticada há oito anos que muda de operadora frequentemente inicia o acompanhamento na nova sem acesso ao seu histórico clínico, aos registros de internações anteriores ou à evolução da doença. Na prática, parte relevante de sua trajetória assistencial é perdida, como se os anos de cuidado previamente realizados não tivessem existido.

A Atenção Primária à Saúde (APS), que cobre 70,6% da população brasileira (dez/2025)^[20], também opera sem acompanhamento longitudinal de quem já está cadastrado. Indicadores do Sistema de Informação da Atenção Básica (SISAB) de 2024 - última apuração da série^[40] - documentam a consequência operacional direta disso, como mostra a TABELA 6.

TABELA 6 – Indicadores SISAB X Referências do Ministério da Saúde - 2024

Indicador	SISAB 2024	Metas ou referências do Ministério da Saúde
Hipertensão com aferição de pressão arterial	32%	90%
Diabetes com hemoglobina glicada (HbA1c)	23%	80%
Citopatologia para prevenção de CA de colo do útero	29%	80%
Pré-natal completo	46%	90%

Fontes: DataSUS Tabnet 2025; SISAB 2024

A inexistência de um registro clínico longitudinal tem consequências diretas também para a segurança do paciente. A avaliação nacional de práticas de segurança realizada pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) em hospitais com UTI^[45] identificou, nos 1.202 participantes com avaliação pareada 2024-2025, 8.687 não conformidades, ou seja, média superior a sete por hospital. Parte relevante dessas ocorrências está diretamente relacionada à ausência de informação clínica completa no momento da decisão terapêutica, pois o sistema não foi projetado para compartilhar essas informações de forma segura e contínua.

O problema tem raízes institucionais. O SUS e a Saúde Suplementar foram estruturados de forma independente, com reguladores distintos (Ministério da Saúde e ANS), padrões e sistemas de informação próprios (DataSUS e TISS) e modelos de financiamento diferentes, sem mecanismos efetivos de articulação para garantir a continuidade do cuidado ao paciente que transita entre eles. Superar essa fragmentação é condição

indispensável para um sistema de saúde verdadeiramente integrado. É hora de corrigir essas distorções.

O que se perde

A duplicação de exames é o custo mais visível da falta de identidade única. Estimativas conservadoras apontam que entre R\$ 15 bilhões e R\$ 25 bilhões são gastos anualmente com exames de imagem e laboratoriais realizados desnecessariamente em razão da ausência de compartilhamento de resultados entre o SUS e a Saúde Suplementar^[26]. Um paciente que realiza uma ressonância magnética na Saúde Suplementar, ou em clínica privada com pagamento direto, e repete o mesmo exame no SUS poucos meses depois, ilustra uma consequência previsível da fragmentação do sistema. Ao tratar o mesmo cidadão como pacientes distintos, o modelo favorece a duplicação desnecessária de procedimentos e gera um desperdício sistêmico que nenhum ator, isoladamente, tem incentivos para corrigir.

Os custos clínicos da fragmentação da informação são mais difíceis de mensurar, mas potencialmente muito mais graves. Uma parcela expressiva das mortes hospitalares evitáveis^[45] decorre de eventos adversos associados à indisponibilidade de informações essenciais para a tomada de decisão clínica. Erros de medicação por desconhecimento de interações medicamentosas, repetição de exames e procedimentos já realizados, ausência de alertas sobre alergias previamente registradas em prontuário e novas investigações diagnósticas para condições já esclarecidas são ocorrências frequentes nos serviços de saúde brasileiros. A literatura internacional documenta^[4,5,22,23] de forma consistente que sistemas baseados em identidade única do paciente e prontuário longitudinal interoperável reduzem a ocorrência de eventos adversos, diminuem complicações em doenças crônicas e melhoram a experiência do paciente. A fragmentação da identidade clínica, portanto, não representa apenas uma ineficiência administrativa: trata-se de um fator reconhecido de comprometimento da segurança e de mortalidade evitável.

Os maiores prejudicados são justamente os cidadãos que transitam entre o SUS e a Saúde Suplementar ao longo da vida. É o caso do trabalhador informal que utiliza predominantemente o SUS, mas acessa a Saúde Suplementar durante períodos de emprego formal; do trabalhador que perde o plano de saúde ao ficar desempregado e ingressa no SUS sem que seu histórico clínico o acompanhe; ou do idoso que alterna o atendimento entre a Unidade Básica de Saúde (UBS) de seu município e o hospital de referência regional, sem que as informações produzidas em um serviço estejam disponíveis para o outro. Em todos esses casos, o histórico clínico do paciente não o acompanha.

O custo demográfico é o mais urgente no horizonte. Em 2025, 16,6% da população brasileira tinha 60 anos ou mais. Em 2070, a projeção é de 37,8%^[12]. Cuidar de populações com múltiplas doenças crônicas em um mesmo indivíduo exige,

acima de tudo, coordenação longitudinal: médico que conhece o histórico do paciente, que consegue integrar as prescrições de outros especialistas, que previne interações medicamentosas e que detecta precocemente a deterioração de condições crônicas antes que se convertam em emergências. Sem identidade clínica única, esse cuidado é estruturalmente impossível em escala.

Há, ainda, um custo relevante para a pesquisa, a inovação e o desenvolvimento científico. O Brasil reúne um dos maiores e mais diversos banco de dados genético-epidemiológico do mundo, mas a ausência de padronização e a limitada longitudinalidade das informações impedem que esse potencial seja transformado em conhecimento clínico aplicado. Como consequência, estudos nacionais têm custo até três vezes maior quando comparado a países com registros integrados.

O risco de não agir

O decreto do CPF como chave única de identidade do paciente cria a condição sem a qual nenhum dos outros problemas pode ser resolvido de forma sistêmica. A RNDS e o Decreto nº 12.560/2025 existem porque houve investimento político e técnico considerável nos últimos anos^[2,18], mas esses ativos não são permanentes: sem uso mandatório e sem escala operacional, a RNDS pode se tornar uma infraestrutura ociosa - tecnicamente disponível, mas operacionalmente irrelevante.

O custo da inação também cresce com o tempo. O Brasil conta atualmente com cerca de 26% dos estabelecimentos de saúde com sistema eletrônico interoperável^[75]. Se uma parcela significativa dessas instituições renovar seus sistemas entre 2026 e 2030 sem a exigência de conformidade com o padrão FHIR, a interoperabilidade futura dependerá de adaptações complexas e muito mais onerosas do que a adoção de padrões comuns desde a origem.



Há também um custo demográfico crescente. O envelhecimento populacional^[12] aumentará a prevalência de pessoas com múltiplas condições crônicas, que dependem de acompanhamento longitudinal e de uma coordenação efetiva entre diferentes serviços de saúde. Sem os investimentos necessários nos próximos anos para estruturar essa capacidade, o país será obrigado a expandi-la em um contexto de maior pressão assistencial, com custos significativamente superiores aos de uma implantação planejada e gradual.

O cenário atual caracteriza-se por uma deterioração silenciosa, cumulativa e progressiva. Cada ano sem longitudinalidade efetiva na Atenção Primária à Saúde e na Estratégia Saúde da Família (ESF) aumenta o número de pessoas com hipertensão, diabetes e outras condições crônicas que evoluem para complicações potencialmente evitáveis. Paralelamente, a falta de interoperabilidade entre o SUS e a Saúde Suplementar faz crescer o contingente de cidadãos cuja história clínica permanece dispersa entre sistemas incapazes de compartilhar informações. Essa combinação amplia o desperdício de recursos, compromete a continuidade do cuidado e eleva os riscos para a segurança do paciente^[12].

Agenda 2027-2030

Para que este documento não seja apenas mais um diagnóstico dos problemas do sistema de saúde do Brasil, os **5 Inegociáveis da Saúde** trazem propostas em âmbitos federal e estadual para a implementação e viabilidade de cada um.

Para **Paciente Único**, essa agenda está fundamentada em seis eixos:

- **Eixo 1 - CPF como infraestrutura nacional de identidade clínica:** decreto federal que torne o CPF o identificador primário de saúde de todo cidadão brasileiro em qualquer encontro clínico do sistema – no SUS ou na Saúde Suplementar.

- **Eixo 2 - Equipe de APS com responsabilidade formal pela coordenação longitudinal:** revisão das metas do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) com vinculação ao Piso da Atenção Primária à Saúde (APS).

- **Eixo 3 - Registro Eletrônico de Saúde (RES) longitudinal integrado e acessível ao cidadão:** sistemas existentes no SUS e na Saúde Suplementar interoperáveis em padrão FHIR, com acesso direto do cidadão ao próprio histórico via aplicativo “Meu SUS Digital”.

- **Eixo 4 - Navegação clínica para condições complexas:** Em condições de alta complexidade, como oncologia, doenças raras, cuidados paliativos ou idosos com três ou mais condições crônicas, o paciente não consegue navegar sozinho entre o SUS e a Saúde Suplementar, entre especialidades e níveis de atenção. Nesse momento, a figura do navegador clínico – que pode ser um enfermeiro responsável por uma carteira de pessoas, agente comunitário de saúde ou outro profissional treinado – é a solução internacional consolidada para esse problema.

- **Eixo 5 - Instrumentos de governança do cuidado:** adoção de instrumentos consolidados internacionalmente para a mensuração do resultado clínico e experiência do paciente. Exemplos: PROMs (*Patient Reported Outcome Measures*) e PREMs (*Patient Reported Experience Measures*).

- **Eixo 6 - Governança nacional permanente de Paciente Único:** criar a Câmara Técnica Nacional de Paciente Único, instância com mandato deliberativo e representação paritária entre Ministério da Saúde, ANS, Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), sociedades médicas, operadoras, prestadores e representação de pacientes.

O QUE O EXECUTIVO FEDERAL PODE FAZER - PACIENTE ÚNICO

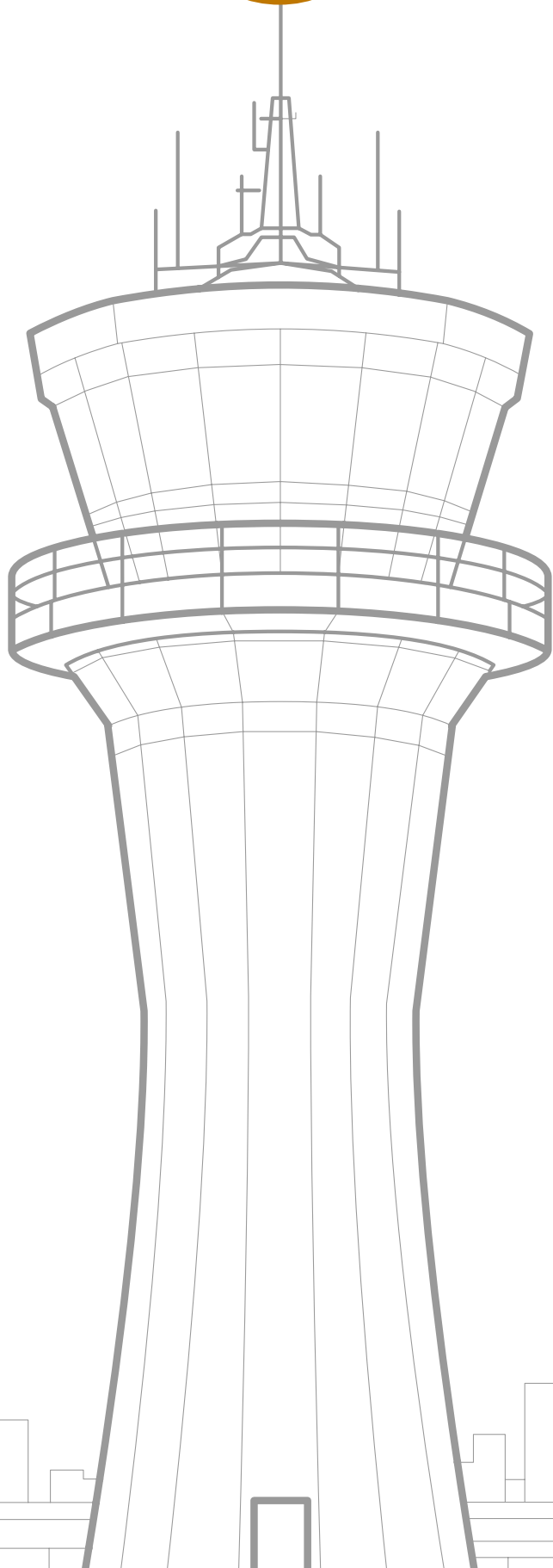
- Decreto presidencial: instituir o CPF como identificador único em saúde - medida regulatória de alta efetividade e baixo custo de implementação, com potencial de produzir impactos estruturantes em todo o sistema de saúde.
- Portaria do Ministério da Saúde: tornar obrigatória a integração à Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS) para priorizar modalidades previamente definidas nos hospitais que recebem recursos federais, com monitoramento mensal dos indicadores de conformidade e divulgação dos resultados por estabelecimento.
- Resolução da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS): estabelecer a integração à Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS), por meio do padrão FHIR, como requisito para a renovação da autorização de funcionamento das operadoras, com aplicação de sanções graduais em caso de descumprimento.
- Revisão do financiamento da Atenção Primária à Saúde (APS): condicionar cerca de 15% do repasse federal ao desempenho em indicadores de longitudinalidade do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), de modo a incentivar que os cadastros da Estratégia Saúde da Família (ESF) reflitam um acompanhamento clínico efetivo, e não apenas um registro administrativo.
- Decreto de constituição da Câmara Técnica Nacional de Paciente Único: com mandato deliberativo, agenda pública e relatório anual.
- Programa Meu SUS Digital: expansão para 50 milhões de usuários ativos, com meta de adesão sustentada por uma campanha nacional e pela oferta de benefícios clínicos concretos ao cidadão.

O QUE GOVERNADORES PODEM FAZER — PACIENTE ÚNICO

- Inclusão da conformidade com a RNDS como requisito para a renovação de todos os contratos de gestão firmados com Organizações Sociais de Saúde (OSS) nos âmbitos estadual e municipal, com monitoramento de adesão por meio de indicadores trimestrais.
- Criar Comitê Estadual de Identidade Clínica, com participação de prestadores de serviços, operadoras de saúde e municípios, com agenda pública e divulgação de relatório anual de atividades.
- Programa estadual de informatização das Unidades Básicas de Saúde (UBS) sem prontuário eletrônico, condicionado ao repasse do Piso da Atenção Primária à Saúde (APS) municipal, com prioridade para municípios com adesão à RNDS inferior a 50%.
- Plataforma estadual de painel de indicadores em tempo real do SISAB (*dashboard*), com divulgação por município e por equipe da ESF, permitindo o acompanhamento público dos indicadores de longitudinalidade por gestores e pela população.



Dados estruturados



O que é

São a pré-condição informacional de todos os demais **Inegociáveis**. São a infraestrutura que operacionaliza o reconhecimento do **Paciente Único** como sendo a mesma pessoa no SUS e na Saúde Suplementar. **Dados Estruturados** propõem uma mudança de paradigma: dados de saúde passam de ativo privado de cada instituição para bem público gerido com *accountability*, direitos do cidadão e padrões nacionais obrigatórios. Três atributos definem esse **Inegociável**:

- *Padronização nacional*: padrão FHIR e terminologias clínicas adotados em escala obrigatória.
- *Governança permanente*: instância que sobreviva a alternâncias de governo.
- *Direitos do cidadão*: acesso, portabilidade e controle sobre uso.

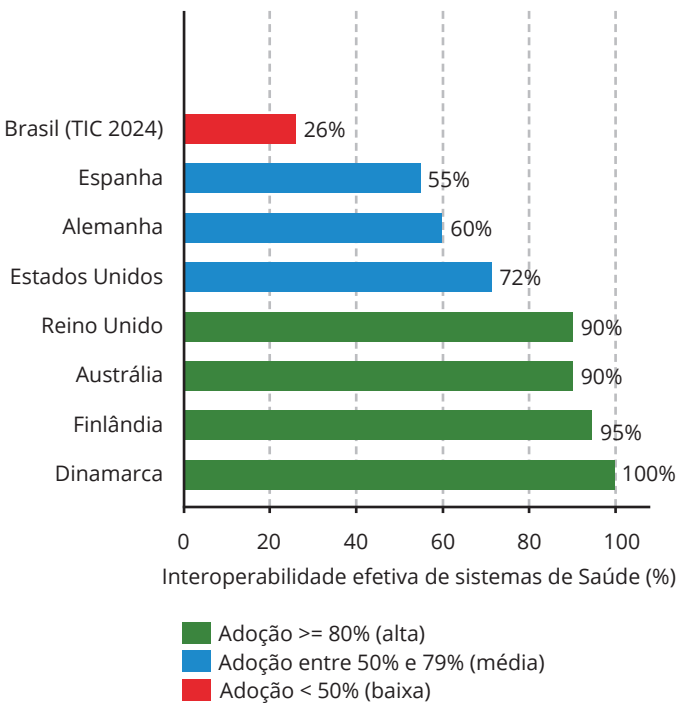


Dados Estruturados - A ESCOLHA CENTRAL

■ O Brasil deve tratar dados em saúde como infraestrutura crítica de Estado e não como ativo acessório de cada instituição prestadora ou pagadora. Sem padrões interoperáveis em escala obrigatória, sem governança permanente e sem direitos efetivos do cidadão sobre suas próprias informações clínicas todos os demais *Inegociáveis* operam no escuro.

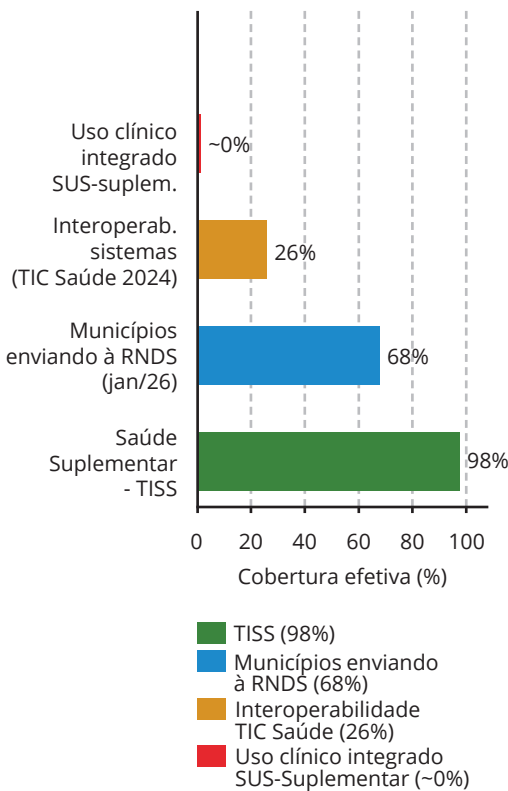
O problema em números

Interoperabilidade: Brasil x Países selecionados



Fontes: TIC Saúde 2024; ANS; MS/RNDS jan/2026 ; SEIDIGI (jan/26). Demais países: estimativas setoriais

Padrões no Brasil - Maturidade por sistema



Fontes: MS/RNDS [2]; ANS [3]; DATASUS [71]

O SUS opera com diferentes terminologias, codificações e sistemas, como, por exemplo, a Terminologia Unificada da Saúde Suplementar (TUSS), CID-10, Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) e o Sistema de Informações Hospitalares (SIH). Esses sistemas foram construídos ao longo de décadas com lógicas de codificação próprias. Em 2011, a Portaria nº 2.073 regulamentou o uso de padrões de interoperabilidade para sistemas de informação no âmbito do SUS, para os sistemas privados e o setor de saúde

suplementar, adotando o padrão HL7 (*Health Level 7*). Já a Portaria nº 1.434/2020, que instituiu a Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS), também adotou o HL7 - FHIR (*Fast Healthcare Interoperability Resources*) como padrão de interoperabilidade para troca de dados. O Ministério da Saúde, portanto, incorporou tais padrões, mas a RNDS é uma política de Estado ainda em processo de implementação, cujo sucesso depende da superação gradual de desafios técnicos, operacionais e de governança.



Existe uma diferença relevante de arquitetura, finalidade, granularidade e formato de representação dos dados entre o SIA, o SIH e o padrão HL7 – FHIR, mas essa integração, apesar de trabalhosa, é viável. Paralelamente, a Saúde Suplementar opera com o padrão TISS, regulamentado pela ANS, que cobre praticamente 100% das transações entre operadoras e prestadores. Sua arquitetura, entretanto, foi concebida de forma independente do DataSUS, exigindo adaptações que permitam a interoperabilidade entre os dois ambientes. Hospitais privados de alta complexidade e excelência, por sua vez, utilizam sistemas integrados de gestão (ERP – *Enterprise Resource Planning*) avançados, baseados em estruturas de dados próprias e interoperáveis. É fundamental, portanto, a definição do conjunto de dados a serem compartilhados e dos seus requisitos técnicos

A consequência mais grave da fragmentação de dados não é operacional: é estratégica. Sem dados comparáveis entre SUS e Saúde Suplementar, o Estado é fundamentalmente cego quanto à qualidade do sistema que financia e regula. Um regulador que não consegue comparar a qualidade do cuidado prestado regula apenas estrutura e processo. A RNDS é a infraestrutura nacional sobre a qual a transformação pode se ancorar. Integra progressivamente vacinação, exames laboratoriais, prescrições eletrônicas e o histórico acessível pelo cidadão via o app “Meu SUS Digital”. Porém, atualmente, sua adoção efetiva é estimada em menos de 15% dos sistemas hospitalares - e mesmo a interoperabilidade genérica alcança apenas 26% dos estabelecimentos com sistema eletrônico (TIC Saúde 2024)^[75].

A OCDE documenta^[26] que sistemas de saúde que adiaram a padronização de dados enfrentaram custos de integração entre três e cinco vezes superiores aos daqueles que adotaram padrões obrigatórios desde o início. O país que não controla os dados do seu sistema de saúde não consegue planejar com precisão epidemiológica, não detecta fraudes

com inteligência analítica, não identifica surtos emergentes antes de se tornarem crises e não aloca recursos com base em necessidades reais.

Dados constituem a espinha dorsal de qualquer sistema de saúde. No entanto, o Brasil opera hoje de forma fragmentada, com centenas de redes desconectadas que produzem registros parciais que nenhuma instância nacional ou estadual consegue integrar em tempo real.

O que se perde

O desperdício no processo de aquisição de bens e serviços (*procurement*) no setor da saúde, associado à ausência de dados integrados, é estimado entre R\$ 40 bilhões e R\$ 60 bilhões anuais^[26]. Esse montante decorre de ineficiências estruturais, como a compra excessiva de medicamentos pela falta de rastreamento do consumo real entre os setores público e privado; pelo desperdício de insumos em razão da incapacidade de prever a demanda com base em dados epidemiológicos atualizados; a alocação de leitos guiada por critérios históricos ou pela capacidade instalada, em vez de padrões objetivos de demanda; e a variação de preços que pode atingir até 300% para insumos hospitalares dentro de um mesmo estado. Em sistemas com dados integrados, tais distorções tenderiam a ser reduzidas por mecanismos automáticos de comparação de preços e demanda (*benchmarking*). Nesse contexto, cada silo de dados representa uma barreira mensurável à eficiência do sistema de saúde.

Já para a pesquisa e a inovação em saúde o custo é frequentemente subestimado. O potencial das bases de dados genético-epidemiológicos brasileiros não se converte plenamente em conhecimento aplicado devido à insuficiência de uma infraestrutura de dados padronizados e interoperáveis, capaz de permitir que pesquisadores, hospitais e empresas de tecnologia atuem de forma integrada, segura e regulada. Sistemas de saúde que não tratam dados como infraestrutura crítica perdem,

de forma progressiva, a capacidade de incorporar e desenvolver inovações dependentes de informação estruturada.

Esse conjunto inclui aplicações como Inteligência Artificial (IA) clínica para apoio à decisão médica; tecnologias de *ambient scribing*, que registram e estruturam automaticamente a interação clínica em tempo real; medicina de precisão baseada em fenótipos moleculares e clínicos; e algoritmos de diagnóstico por imagem treinados em grandes bases populacionais^[29]. Todos esses avanços dependem de dados clínicos longitudinais, padronizados e interoperáveis.

O Brasil dispõe de capacidade científica e tecnológica para participar dessa fronteira de inovação, mas, na ausência de governança adequada de dados em saúde, corre o risco de se consolidar apenas como consumidor de tecnologias desenvolvidas a partir de bases internacionais, enquanto sua própria riqueza epidemiológica permanece subutilizada.

Sem dados comparáveis entre o SUS e a Saúde Suplementar, regiões e segmentos populacionais, a desigualdade estrutural persiste, sem que o sistema de saúde disponha de instrumentos para identificá-la, dimensioná-la e endereçá-la. Não é possível exigir *accountability* de qualidade de um prestador que ninguém mede. A opacidade dos dados favorece, estruturalmente, a perpetuação de desigualdades que são evitáveis.

O risco de não agir

Sem mensuração sistemática de dados comparáveis entre o SUS e o setor de Saúde Suplementar, o Estado brasileiro gerencia um sistema de aproximadamente R\$ 1,2 trilhão por ano sem saber, com precisão, o que funciona, onde funciona e para quem funciona^[26,67]. As decisões de alocação de recursos - quais programas expandir, quais prestadores contratar, quais tecnologias incorporar - são tomadas com base em evidências fragmentadas, parciais e incomparáveis. Esse custo é estimado entre R\$ 40 bilhões e R\$ 60

bilhões anuais, cerca de 20% do total estimado do desperdício. Isso ocorre apenas na ineficiência existente nos processos de identificar, negociar e adquirir bens, serviços ou matérias-primas de fornecedores (*procurement*)^[26], mas o custo real, incluindo decisões políticas que poderiam ter sido mais eficientes com dados comparáveis, é substancialmente maior.

O risco de exclusão tecnológica se intensifica a cada ano de inação^[29]. A IA clínica vem se consolidando como um padrão em sistemas de saúde mais avançados. No entanto, sua adoção depende de forma crítica da disponibilidade de dados clínicos longitudinais, estruturados e interoperáveis. Em paralelo, a indústria farmacêutica e de dispositivos médicos mantém no Brasil um nível de investimento em pesquisa clínica inferior ao que a relevância epidemiológica do país sugere. Uma parcela importante dessa lacuna está associada à insuficiência de infraestrutura de dados clínicos estruturados, o que limita a viabilidade de estudos com o nível de qualidade e rastreabilidade exigido internacionalmente.

A fragmentação da governança entre o Ministério da Saúde e a ANS impõe um custo de eficiência regulatória que raramente é explicitado ou mensurado. A coexistência de normas, padrões e sistemas não plenamente coordenados gera inconsistências que se traduzem em duplicidade de exigências, retrabalho e elevados custos de adaptação e reconciliação de informações ao longo do sistema de saúde. Superar essa fragmentação exige a criação de um mecanismo efetivo de coordenação regulatória, capaz de harmonizar regras e reduzir redundâncias, de modo a diminuir custos sistêmicos que hoje se acumulam na casa de bilhões de reais.

Os 5 Inegociáveis da Saúde

NOSSAS
MOTIVAÇÕES

DIÁLOGOS
DA SAÚDE

PANORAMA

PALENTE
UNICO

DADOS
ESTRUTURADOS

ACESSO
QUALIFICADO

CUIDADO
PADRONIZADO

DESPERDÍCIO
CONTIDO

VISÃO DE
FUTURO

GLOSSÁRIO
DE SIGLAS

REFERÊNCIAS
BIBLIOGRÁFICAS



Dados Estruturados têm a propriedade de ser um bem público: os benefícios da padronização são maiores quanto maior for o número de atores que adotam o padrão. Os ganhos dependem da adoção coletiva. A adoção voluntária do padrão FHIR no Brasil, sugerida há 15 anos, fez com que apenas 15% dos hospitais o adotassem^[75]. O mandato regulatório é, neste caso, a única solução eficiente.

Agenda 2027-2030

As propostas em âmbitos federal e estadual para a implementação e viabilidade de **Dados Estruturados** estão fundamentadas em cinco eixos:

• **Eixo 1 – FHIR como padrão nacional obrigatório:** transformar o que hoje é recomendação em mandato regulatório.

• **Eixo 2 - Governança Nacional Permanente de Dados em Saúde:** criar instância permanente que sobreviva a alternâncias políticas, com mandato deliberativo e participações do Ministério

da Saúde, ANS, Agência Nacional de Proteção de Dados (ANPD), CONASS, CONASEMS, sociedades médicas, prestadores, operadoras e representantes da sociedade civil.

• **Eixo 3 - Conjunto mínimo de indicadores comparáveis entre SUS e Saúde Suplementar:** criar indicadores nacionais comparáveis em qualidade, eficiência, equidade e experiência do paciente.

• **Eixo 4 - Plataforma analítica nacional para apoio à decisão:** consolidar plataforma nacional articulando RNDS, TISS e DataSUS com regras claras de uso primário (assistencial), secundário (gestão e pesquisa) e de proteção da identidade do cidadão, conforme a LGPD e o Decreto nº 12.560/2025.

• **Eixo 5 - Direitos do cidadão:** dar acesso integral do cidadão ao próprio histórico clínico, a portabilidade real entre prestadores e controle sobre uso em gestão e pesquisas (secundário).

O QUE O EXECUTIVO FEDERAL PODE FAZER — DADOS ESTRUTURADOS

■ Instrução Normativa conjunta do Ministério da Saúde (MS) e da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS): estabelecer a obrigatoriedade do padrão FHIR, com previsão de sanções efetivas em caso de descumprimento e financiamento federal transitório para apoiar a adequação dos hospitais que prestam serviços ao SUS.

■ Decreto presidencial: instituir a Governança Nacional de Dados em Saúde, com caráter deliberativo, composição plural e agenda pública de atuação.

■ Portaria conjunta do Ministério da Saúde e da ANS: estabelecer um conjunto mínimo de indicadores comparáveis entre o SUS e a Saúde Suplementar, com divulgação pública anual dos resultados para fins de comparação e transparência.

■ Universalização do aplicativo “Meu SUS Digital”, com mecanismo de consentimento que permita ao usuário revogar ou restringir o uso de seus dados (*opt-out*): todos os cidadãos com CPF ativo no SUS seriam incluídos automaticamente, elevando a adesão de cerca de 14% da população (29 milhões de usuários ativos/mês) para um potencial superior a 80%.

■ Linha de crédito subsidiado via BNDES para hospitais que atendem pelo SUS na transição para o padrão FHIR.

O QUE GOVERNADORES PODEM FAZER — DADOS ESTRUTURADOS

- Incluir a conformidade com o padrão FHIR como requisito obrigatório para a renovação de todos os contratos de gestão firmados com Organizações Sociais de Saúde (OSS) e municípios, estabelecendo prazos de adequação para todos os prestadores como condição de continuidade contratual.
- Criar o Comitê Estadual de Dados em Saúde, com representação de prestadores, operadoras regionais e municípios e divulgação trimestral de um mapa estadual de integração dos sistemas de informação em saúde.
- Investir na capacitação de equipes hospitalares de Tecnologia da Informação (TI) para transição ao padrão FHIR - priorizar hospitais que atendem ao SUS e possuem menor capacidade técnica.
- Publicar anualmente o 'Atlas de Dados em Saúde do Estado', com indicadores de qualidade, eficiência e equidade por município e por prestador.

“
O país que não controla os dados do seu sistema de saúde não consegue planejar com precisão epidemiológica, não detecta fraudes com inteligência analítica, não identifica surtos emergentes antes de se tornarem crises e não aloca recursos com base em necessidades reais.
”

Os 5 Inegociáveis da Saúde

NOSSAS
MOTIVAÇÕES

DIÁLOGOS
DA SAÚDE

PANORAMA

PALENTE
UNICO

DADOS
ESTRUTURADOS

ACESSO
QUALIFICADO

CUIDADO
PADRONIZADO

DESPERDÍCIO
CONTIDO

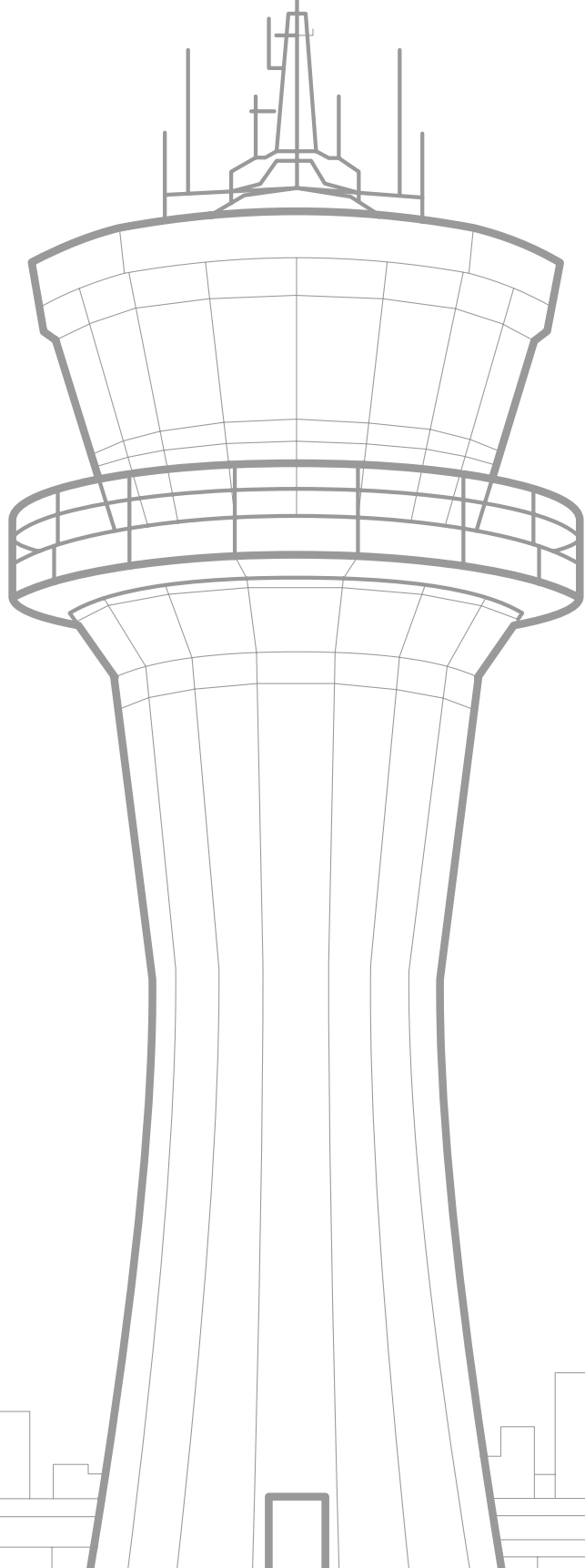
VISÃO DE
FUTURO

GLOSSÁRIO
DE SIGLAS

REFERÊNCIAS
BIBLIOGRÁFICAS



Acesso qualificado



O que é

É o cuidado certo, no tempo adequado, no lugar acessível, com continuidade garantida. É um conjunto de condições que devem ser simultâneas: Atenção Primária à Saúde (APS) como porta de entrada efetiva; planejamento territorial integrado entre níveis assistenciais e entre o SUS e a Saúde Suplementar; linhas de cuidado com fluxo organizado e monitorado; e estabilidade da cobertura que independa do vínculo de emprego formal.

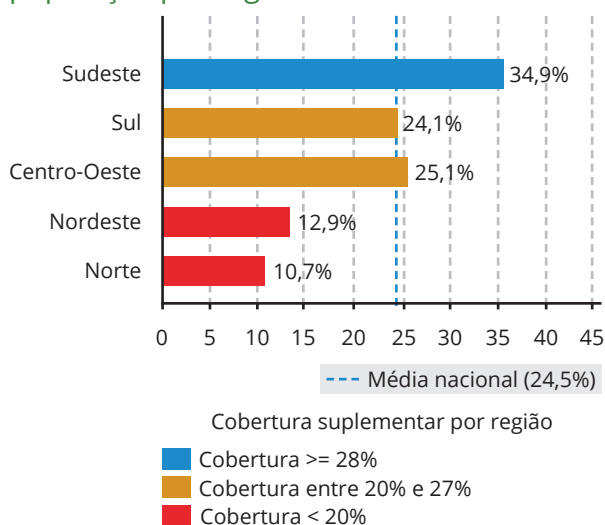


Acesso Qualificado – A ESCOLHA CENTRAL

■ O Brasil precisa colocar no centro da agenda a distinção entre cobertura e acesso. Ter direito formal ao cuidado não é o mesmo que conseguir, de fato, o cuidado adequado, no tempo oportuno e em local apropriado. O acesso é a dimensão concreta onde o cidadão percebe - ou não - a efetividade do sistema de saúde.

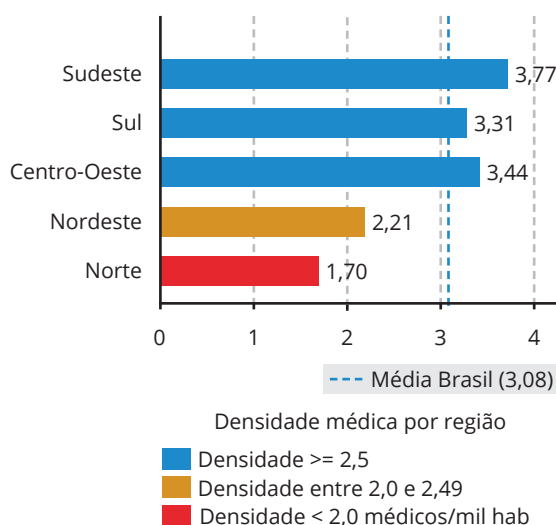
O problema em números

Cobertura Saúde Suplementar - % da população por região



Fonte: ANS/dez 2025

Densidade médica - registros por mil habitantes



Fonte: Demografia Médica 2025

O paradoxo estrutural do acesso à saúde no Brasil pode ser resumido através dos seguintes dados e situações:

- 100% da população tem direito constitucional ao SUS^[33,39].
- 70,6% da população tem cobertura da Atenção Primária à Saúde (APS)^[20].
- 24,5% dos brasileiros têm cobertura da Saúde Suplementar^[14].
- As filas para especialidades são longas, os vazios assistenciais em regiões são estruturais e os indicadores de longitudinalidade da Atenção Primária à Saúde (APS) estão sistematicamente aquém das metas.

Esses quatro dados ou situações coexistem porque a agenda brasileira de saúde tratou acesso como cobertura, expandindo o direito legal sem adequar a oferta e a organização do sistema para viabilizar esse direito. A desigualdade territorial é a manifestação mais documentada e mais grave do problema. As densidades médicas regionais reveladas pela Associação Médica Brasileira (AMB)^[34,35] configuram, na prática, sistemas de saúde distintos em um único país: o Sudeste opera com 3,8 médicos por mil habitantes, infraestrutura hospitalar densa e cobertura suplementar de 34,9%; o Norte, por sua vez, opera com 1,7 médico por mil habitantes, infraestrutura hospitalar escassa e cobertura suplementar de apenas 10,7%.



Como já sinalizado neste documento, a APS, apesar de cobrir 70,6% da população, apresenta longitudinalidade aquém do potencial, como mostram os indicadores de 2024 do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) aqui já citados. A instabilidade da cobertura suplementar é outro aspecto relevante. A rotatividade de 27,9% registrada em 2025^[13] é a consequência de um modelo que vincula o acesso ao vínculo de emprego formal. Em ciclos econômicos adversos, quando o desemprego sobe, um contingente significativo de beneficiários perde subitamente a cobertura suplementar e migra para o SUS, que não esperava por esse volume adicional de demanda. Isso ocorre sem coordenação, sem histórico clínico transferido e sem a garantia de continuidade assistencial. Trata-se de uma oscilação de demanda incompatível com um sistema de saúde bem organizado.

O sistema brasileiro ainda opera com um modelo de acesso fortemente centrado em procedimentos e episódios. A consequência prática disso é que o cidadão com condição crônica, mas sem urgência imediata, geralmente não é atendido quando a intervenção seria mais eficaz e menos onerosa. Esse indivíduo aparece no pronto-socorro - ou na UTI - quando seu estado de saúde evoluiu para uma complicação que um seguimento longitudinal teria evitado.

O que se perde

O custo do acesso precário ou inadequado é documentado e calculável. Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) - hospitalizações que seriam evitadas com APS efetiva no seguimento de condições crônicas e preventivas - representam proporção significativa das internações hospitalares do SUS, com custo estimado em torno de R\$ 8 bilhões anuais^[71]. O valor de uma internação hospitalar por diabetes descompensada é de 15 a 20 vezes maior do que o de uma consulta ambulatorial com seguimento adequado. Hospitalizações por crises hipertensivas

evitáveis, pneumonias preveníveis por vacinação ou complicações de condições crônicas mal controladas são, simultaneamente, fracassos clínicos e desperdícios fiscais.

Cada ano sem uma coordenação longitudinal efetiva na Estratégia Saúde da Família (ESF) representa uma oportunidade perdida de prevenir complicações evitáveis em milhares de pessoas com hipertensão, diabetes e Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC). Sem acompanhamento contínuo e qualificado, esses pacientes têm maior probabilidade de evoluir para eventos graves que demandam internações hospitalares, reabilitação e cuidados de longa duração. O custo de um Acidente Vascular Cerebral (AVC) em um hipertenso mal controlado - somando UTI, reabilitação e eventual assistência domiciliar - pode ser entre 20 e 50 vezes superior ao investimento necessário para garantir dois anos de seguimento adequado na ESF^[71].

A dimensão macroeconômica do custo da produtividade também é frequentemente ignorada. Populações com acesso precário ao cuidado preventivo e sem manejo adequado de condições crônicas apresentam maior absenteísmo, menor capacidade produtiva ao longo da vida e maior dependência de benefícios por incapacidade^[22]. O Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) gasta proporcionalmente mais com afastamentos por doença e incapacidade do que sistemas comparáveis com APS de qualidade, e parte dessa diferença é atribuída ao acesso tardio ao cuidado, que transforma condições tratáveis em incapacidades permanentes.

O custo humano da fila - invisível para os indicadores macroeconômicos - é medido em desfechos que poderiam ter sido melhores^[71] e torna-se visível na mortalidade prematura evitável. É a mulher em região sem ginecologista que aguarda seis meses para realizar um citopatológico, o idoso com insuficiência cardíaca em progressão que espera 90 dias por um cardiologista ou o bebê que nasce com problemas por falta de pré-

natal adequado. Há, ainda, uma perda política difícil de ser calculada: o acesso desigual corrói a confiança do cidadão nas instituições públicas.

O risco de não agir

A desigualdade de acesso afeta sistematicamente os cidadãos do Norte e Nordeste, os trabalhadores informais que não têm cobertura suplementar, os idosos em regiões com baixa densidade médica, as gestantes que não conseguem realizar todo o pré-natal. A inação em **Acesso Qualificado** reproduz e amplifica desigualdades que o direito constitucional ao SUS deveria corrigir. Além disso, a transição demográfica aprofunda essa desigualdade de acesso. A combinação de população que envelhece a passos largos com densidade médica insuficiente nas regiões mais pobres cria uma trajetória de deterioração progressiva: mais idosos com múltiplas condições crônicas em regiões com poucos médicos, menos especialistas e menor capacidade de coordenação longitudinal^[12,34].

Paralelamente, em economias com grande participação do trabalho informal, como a brasileira, torna-se uma armadilha perigosa a instabilidade da cobertura suplementar vinculada ao emprego formal. A tendência estrutural do mercado de trabalho brasileiro - e de economias comparáveis - aponta para maior formalização do trabalho por conta própria, maior participação de plataformas digitais e menor estabilidade do vínculo empregatício tradicional^[13]. Se a cobertura suplementar continuar atrelada ao vínculo formal de trabalho, a parcela da população que depende dela ficará progressivamente mais exposta à descontinuidade, com aumento súbito de migração para o SUS, sem previsibilidade e sem coordenação do cuidado.

Os picos de demanda que sobrecarregam Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), Unidades Básicas de Saúde (UBSs) e hospitais durante períodos de desemprego são apenas a manifestação mais visível de uma fragilidade estrutural.

O sistema de saúde tornou-se o único colchão social capaz de absorver, sem qualquer planejamento prévio ou reforço orçamentário, o impacto que as crises econômicas exercem sobre a demanda por cuidados. É neste **Inegociável - Acesso Qualificado** - que a transformação do sistema de saúde irá se materializar para o cidadão.

“ O acesso desigual corrói a confiança do cidadão nas instituições públicas. ”

Os 5 Inegociáveis da Saúde

NOSSAS
MOTIVAÇÕES

DIÁLOGOS
DA SAÚDE

PANORAMA

PALENTE
UNICO

DADOS
ESTRUTURADOS

ACESSO
QUALIFICADO

CUIDADO
PADRONIZADO

DESPERDÍCIO
CONTIDO

VISÃO DE
FUTURO

GLOSSÁRIO
DE SIGLAS

REFERÊNCIAS
BIBLIOGRÁFICAS



Agenda 2027-2030

Em âmbitos federal e estadual, as propostas para implementação e efetivação de **Acesso Qualificado** estão embasadas em quatro eixos:

• **Eixo 1 - APS como porta de entrada efetiva com indicadores de longitudinalidade:** transformar o modelo de financiamento da Atenção Primária à Saúde (APS), substituindo o repasse incondicional por um sistema de condicionalidades atreladas a resultados, de modo a alinhar os incentivos financeiros à efetividade do cuidado longitudinal. Com isso, passa a ser economicamente mais vantajoso para os municípios investir na qualidade e na continuidade do acompanhamento dos usuários, e não apenas na ampliação de cadastros.

• **Eixo 2 - Planejamento territorial integrado entre SUS e Saúde Suplementar:** articular o planejamento da assistência à saúde no âmbito das Regiões de Saúde (RS), integrando as redes pública e privada para que a oferta de serviços seja dimensionada de acordo com as reais necessidades da população, e não apenas pela distribuição histórica da capacidade instalada.

• **Eixo 3 - Linhas de cuidado prioritárias com fluxo organizado e monitorado:** implantar linhas de cuidado nacionais para cinco condições prioritárias - oncologia, doenças cardiovasculares, diabetes, saúde materna e urgências - assegurando fluxos assistenciais integrados entre os níveis de atenção, acompanhamento transparente dos tempos de espera e definição clara das responsabilidades institucionais em cada etapa do cuidado.

• **Eixo 4 - Estabilidade da cobertura suplementar frente ao ciclo econômico:** desvincular progressivamente o acesso à Saúde Suplementar do emprego formal, por meio da ampliação da portabilidade e da criação de modelos de cobertura adaptados às necessidades de trabalhadores informais, autônomos e demais pessoas sem vínculo empregatício.

“

O valor de uma internação hospitalar por diabetes descompensada é de 15 a 20 vezes maior do que o de uma consulta ambulatorial com seguimento adequado. Hospitalizações por crises hipertensivas evitáveis, pneumonias preveníveis por vacinação ou complicações de condições crônicas mal controladas são, simultaneamente, fracassos clínicos e desperdícios fiscais.

”

O QUE O EXECUTIVO FEDERAL PODE FAZER — ACESSO QUALIFICADO

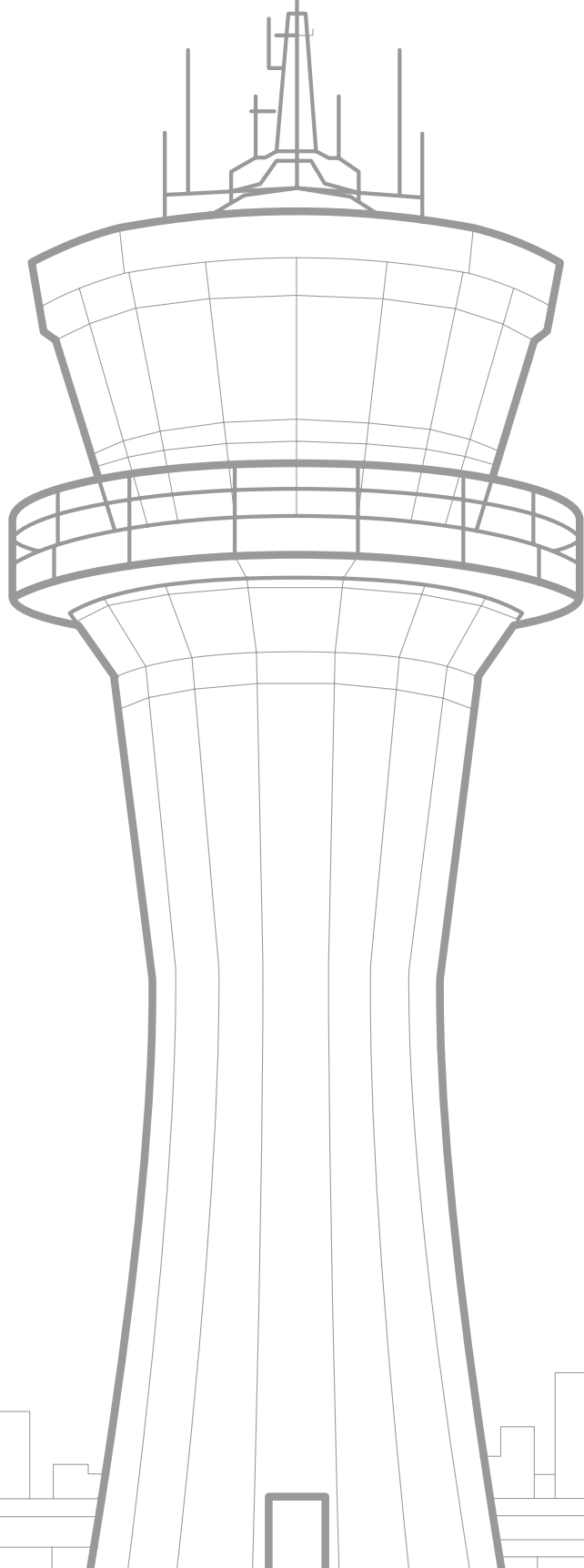
- Revisão do Piso da Atenção Primária à Saúde (APS): vincular cerca de 15% do repasse federal a indicadores de longitudinalidade do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), de modo a qualificar o cadastro da Estratégia Saúde da Família (ESF) como clinicamente ativo, e não apenas como registro administrativo.
- Meta nacional da ESF: estabelecer meta de 80% de cobertura populacional até 2030, com dotação adicional para as regiões Norte e Nordeste.
- Resolução da ANS: instituir portabilidade de carência simplificada e produtos de Atenção Primária à Saúde (APS) simplificados para trabalhadores informais e autônomos, com o objetivo de reduzir o risco de descontinuidade da cobertura assistencial.
- Publicação anual do Mapa Nacional de Vazios Assistenciais por Região de Saúde, tornando a desigualdade territorial visível.
- Ampliação do Mais Médicos e do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB) com foco exclusivo em Regiões de Saúde com baixa densidade médica, com bônus de permanência de três anos ou mais.

O QUE GOVERNADORES PODEM FAZER — ACESSO QUALIFICADO

- Implantar um plano estadual de redução de vazios assistenciais por Região de Saúde, com metas bianuais e financiamento estadual diferenciado para municípios com baixa densidade médica.
- Estruturar linhas de cuidado estaduais em três condições prioritárias regionais (a definir), com fluxo organizado, tempo de espera publicado e responsabilidade institucional clara.
- Criar programa estadual de telemedicina para municípios remotos, oferecendo consultas em especialidades a serem definidas.
- Acordar com operadoras regionais a participação no planejamento territorial integrado por Região de Saúde, articulando a oferta do SUS e da Saúde Suplementar no mesmo mapa de necessidade.



Cuidado padronizado



O que é

É a agenda que materializa a equidade técnica do sistema. O objetivo é alcançar uma uniformidade clínica que também possa ser adaptada ao contexto de cada paciente, à preferência informada e à particularidade epidemiológica regional. É o que garante que os recursos investidos em **Paciente Único, Dados Estruturados e Acesso Qualificado** resultem em valor clínico real para o cidadão. **Cuidado Padronizado** articula quatro dimensões indissociáveis:

- *Adoção em escala de diretrizes clínicas baseadas em evidência:* protocolos funcionando como referência operacional, e não como mero documento decorativo.
- *Redução de variação clínica injustificada:* diferenças de conduta diante do mesmo quadro clínico que não se justificam por características do paciente.
- *Padrões homogêneos de qualidade técnica e segurança:* instrumentos de acreditação, certificação e mensuração comparáveis entre prestadores e regiões.
- *Mensuração sistemática de desfecho:* PROMs (*Patient Reported Outcome Measures*), PREMs (*Patient Reported Experience Measures*), indicadores de mortalidade evitável e de eventos adversos como linguagem comum do sistema.

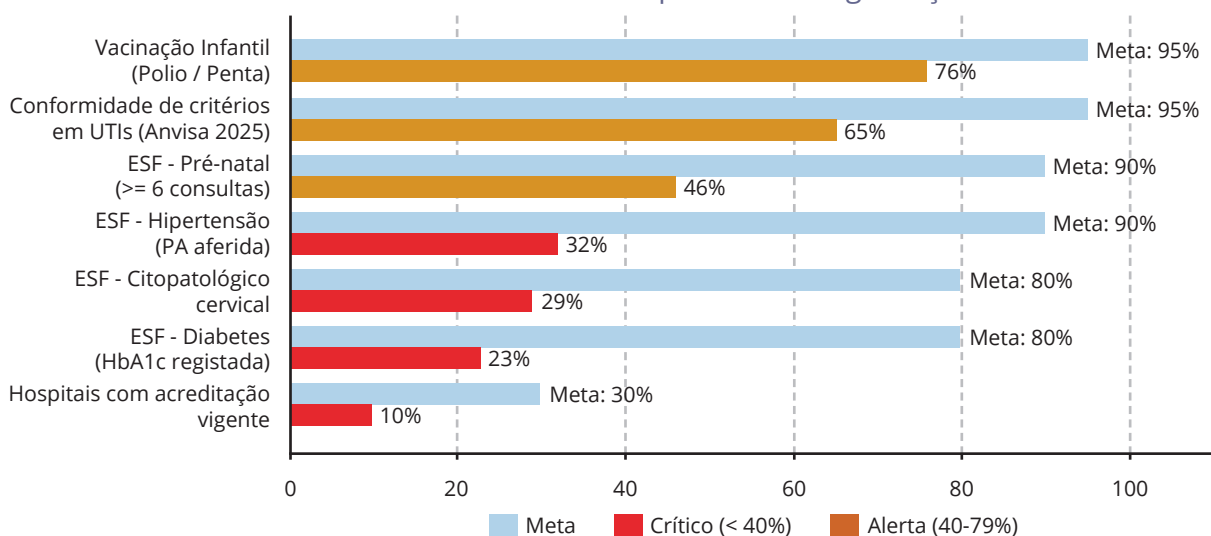


Cuidado Padronizado - A ESCOLHA CENTRAL

■ O Brasil precisa homogeneizar progressivamente o padrão técnico-científico do cuidado ao longo de toda a cadeia, entre o SUS e a Saúde Suplementar, regiões, prestadores e profissionais. O cidadão atendido na Região Norte deve poder esperar o mesmo padrão técnico do cidadão atendido no Sudeste. Variação clínica injustificada é desigualdade.

O problema em números

Gráfico 4 — Cuidado Padronizado: lacunas de qualidade e segurança X metas



Fontes: .SISAB 2024; Anvisa 2025; ONA; Notivisa

O Brasil não tem déficit de produção de diretrizes clínicas. Os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) do Ministério da Saúde^[42] são produzidos pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec)^[55], com processo rigoroso de avaliação técnico-científica, revisão sistemática das evidências e consultas públicas. As sociedades médicas brasileiras produzem *guidelines* de qualidade comparáveis ao padrão de suas congêneres internacionais. O Conselho Federal de Medicina (CFM) e os Conselhos estaduais mantêm Resoluções que orientam a prática clínica. O Brasil tem o aparato técnico de produção de padrão clínico. O que não tem é uma adoção em escala, monitoramento sistemático e correção de divergências.

A avaliação da Anvisa de hospitais com Unidades de Terapia Intensiva (UTI)^[45] é a evidência mais direta disponível sobre a

magnitude do problema: 8.687 não conformidades identificadas nos 1.202 hospitais com avaliação pareada 2024-2025, ou uma média superior a sete por estabelecimento. Os participantes pertencem ao conjunto de estabelecimentos de maior complexidade assistencial do país. O resultado evidencia uma conformidade heterogênea em relação aos padrões de segurança.

A variação clínica injustificada é o componente mais grave e menos visível, porque não é sistematicamente medida. O Brasil não tem programa nacional similar ao GIRFT (*Getting It Right First Time*) britânico^[44] nem ao *Atlas of Variation* americano para documentar, por especialidade, a variação entre prestadores que não podem ser explicadas pelas características dos pacientes. Mas alguns dados nacionais sugerem achados relevantes e preocupantes: taxas de



cesárea que variam de 25% a 85% entre unidades da Federação; internações por condições sensíveis à APS que oscilam entre 5% e 25% do total de internações entre municípios do mesmo estado; e taxas de uso de antibióticos de amplo espectro que apresentam variações que vão de três a cinco vezes entre hospitais do mesmo perfil (SISAB 2024)^[15]. Essas variações existem e não são medidas ou gerenciadas. E o que não se mede, não se corrige.

Embora a acreditação em saúde esteja presente no Brasil há mais de 25 anos, através da Organização Nacional de Acreditação (ONA) e outros modelos internacionais, a adesão dos prestadores ainda é limitada^[57]. Em novembro de 2025, apenas cerca de 9% dos hospitais brasileiros possuíam acreditação vigente (667). A grande maioria dos hospitais, laboratórios e clínicas ainda opera sem avaliação externa periódica de conformidade dos padrões de qualidade e segurança. Nesse contexto, cidadãos, gestores e reguladores dispõem de poucos parâmetros objetivos para diferenciar prestadores com níveis distintos de desempenho assistencial. Ampliar a adoção de processos de avaliação externa e criar políticas que estimulem a melhoria contínua da qualidade são medidas essenciais para fortalecer a confiança no sistema de saúde, promover maior transparência e elevar o padrão da assistência prestada.

O que se perde

O custo sanitário da heterogeneidade é o mais direto e inaceitável. Portadores de doenças crônicas que evoluem para condições graves ou incapacitantes por falta de monitorização e acompanhamento e eventos adversos por não conformidades que colocam em risco a segurança assistencial são prejuízos concretos e evitáveis. Em regiões e municípios com menor infraestrutura, a ausência de homogeneidade técnica também amplifica as desigualdades^[22,23].

Eventos adversos evitáveis geram reinternações, prolongamento de

internações, complicações que exigem procedimentos adicionais e sequelas que demandam reabilitação, além de perdas de funcionalidade e óbitos. Condutas clínicas de baixo valor, como procedimentos sem evidência suficiente de eficácia, exames desnecessários e internações que poderiam ser ambulatoriais, consomem recursos que poderiam financiar intervenções efetivas^[26,61]. Esse custo fiscal é significativo. É a parcela atribuível ao desperdício clínico.

Também é necessário concentrar esforços na promoção da transparência dos indicadores de qualidade e segurança dos prestadores de serviços de saúde. Quando esses indicadores não são publicados, o cidadão não consegue distinguir qualidade^[47]. A opacidade favorece a perpetuação de padrões heterogêneos, pois prestadores que operam sem pressão do mercado e sem pressão regulatória por qualidade não têm incentivo para melhorar. A publicação sistemática de indicadores por prestador e região - como fazem Reino Unido, Holanda e Austrália - é condição para que o mercado e órgãos de regulação operem com foco em qualidade, não apenas com base no preço e na disponibilidade.

Há, ainda, o risco de regressão de doenças que estavam sob controle. O declínio das coberturas vacinais^[40] é resultado de um padrão de cuidado em atenção primária que ficou aquém das metas por tempo suficiente para criar vulnerabilidade imunológica coletiva. Quando o padrão de cuidado cai abaixo do limiar de proteção coletiva, doenças que estavam controladas ameaçam retornar.

O risco de não agir

Sem homogeneidade técnica, o cidadão que chega ao sistema, que tem histórico longitudinal disponível e cujo acesso foi facilitado, ainda pode receber cuidado aquém do padrão. **Cuidado Padronizado** é a última camada de garantia de que o sistema entrega o que promete: não apenas acesso, mas acesso ao cuidado tecnicamente adequado.

À medida que a medicina se torna mais complexa, cresce também o risco de variações injustificadas na forma como o cuidado é prestado. Cada nova terapia, tecnologia diagnóstica ou diretriz clínica amplia as possibilidades de diferenças entre serviços e profissionais, nem sempre justificadas pelas necessidades dos pacientes. Na ausência de iniciativas para promover a adoção consistente das melhores práticas, as inovações tendem a se difundir de forma desigual. Como consequência, os pacientes atendidos em centros mais estruturados incorporam rapidamente os avanços disponíveis, enquanto grande parte da população passa a ter acesso tardio ou incompleto a esses benefícios, aprofundando desigualdades na qualidade da assistência^[44,47].

Também é essencial enfrentar a subnotificação de eventos adversos, condição indispensável para que o sistema de saúde aprenda com suas próprias falhas e reduza sua recorrência. Quando erros deixam de ser identificados, analisados e compartilhados, oportunidades de melhoria são perdidas e os mesmos problemas tendem a se repetir. Para isso, é fundamental substituir abordagens predominantemente punitivas por uma cultura de aprendizado, na qual profissionais e instituições possam relatar eventos com segurança e responsabilidade. Da mesma forma, a divulgação sistemática de indicadores de qualidade e segurança deve ser ampliada, pois a transparência é um requisito para o monitoramento do desempenho, a prestação de contas e o aprimoramento contínuo da assistência^[49,59].

A falta de **Cuidado Padronizado** ainda representa um obstáculo crescente à incorporação da Inteligência Artificial (IA) na prática clínica. Algoritmos de apoio ao diagnóstico, sistemas de suporte à decisão e modelos preditivos dependem de dados produzidos em processos assistenciais consistentes para gerar recomendações confiáveis. Quanto maior a variabilidade na forma como pacientes semelhantes são avaliados e tratados, menor tende a

ser a precisão dessas ferramentas e maior o risco de resultados inconsistentes. A IA é capaz de potencializar boas práticas, mas não substitui processos clínicos bem estruturados. Por isso, o **Cuidado Padronizado** deve ser compreendido não apenas como uma estratégia para elevar a qualidade e a segurança da assistência, mas como a base necessária para que o país adote e desenvolva soluções inovadoras com efetividade e segurança^[29].

“
Cuidado
Padronizado é a
última camada de
garantia de que o
sistema entrega o
que promete: não
apenas acesso,
mas acesso
ao cuidado
tecnicamente
adequado.
”



Agenda 2027-2030

A agenda em âmbitos federal e estadual para **Cuidado Padronizado** está estruturada em seis eixos:

• **Eixo 1 - Governança nacional permanente do padrão de cuidado:** criar instância nacional de governança do padrão de cuidado articulando Ministério da Saúde (MS), ANS, Conitec, Anvisa, CFM, Associação Médica Brasileira (AMB), sociedades médicas e representação de pacientes, com mandato definido e poder de monitoramento e correção.

• **Eixo 2 - Programa Brasileiro de Redução de Variação Clínica:** lançar programa nacional de redução de variação clínica injustificada, com revisões por especialidade conduzidas por profissionais e sociedades médicas em parceria com o Ministério da Saúde e a ANS.

• **Eixo 3 - Choosing Wisely Brasil^[50,51]:** instituir, em parceria com as sociedades médicas, iniciativa nacional de identificação e redução do cuidado clínico de baixo valor, com listas por especialidade e divulgação pública. O *Choosing Wisely* é uma iniciativa internacional, presente em cerca de 30 países, voltada à redução de exames, procedimentos e tratamentos desnecessários, promovendo um cuidado em saúde mais seguro, baseado em evidências e centrado no paciente.

• **Eixo 4 - Cultura sistêmica de segurança:** substituir o modelo investigativo-punitivo de eventos adversos por arquitetura de aprendizado sistêmico. Um bom modelo a ser seguido é o do *Patient Safety Incident Response Framework (PSIRF)*^[49] britânico que, ao reduzir o medo da punição, multiplicou a notificação de eventos e acelerou o aprendizado organizacional.

• **Eixo 5 - Incentivo à acreditação:** estruturar programa nacional de incentivo à acreditação para hospitais, clínicas, laboratórios e demais estabelecimentos de saúde, com metas preestabelecidas.

• **Eixo 6 - Medidas nacionais de desfechos reportados pelo paciente:** instituir conjunto nacional de indicadores de desfecho clínico comparáveis entre SUS e Saúde Suplementar.

“

Alguns dados nacionais sugerem achados preocupantes: taxas de cesárea que variam de 25% a 85% entre unidades da Federação; internações por condições sensíveis à APS que oscilam entre 5% e 25% do total entre municípios do mesmo estado; e taxas de uso de antibióticos de amplo espectro que apresentam variações que vão de três a cinco vezes entre hospitais do mesmo perfil.

”

O QUE O EXECUTIVO FEDERAL PODE FAZER — CUIDADO PADRONIZADO

- Portaria conjunta do Ministério da Saúde (MS) e da ANS lançando o Programa Brasileiro de Redução da Variação Clínica: com participação obrigatória do CFM e da AMB, iniciando com um projeto-piloto em cinco especialidades a serem definidas e previsão de publicação de relatório no primeiro ano.
- Linha de financiamento federal para acreditação de hospitais e outros estabelecimentos estratégicos que prestam serviços ao SUS.
- Portaria do Ministério da Saúde e da ANS estabelecendo Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) com validade simultânea no SUS e na Saúde Suplementar, eliminando a duplicação de diretrizes que permitem práticas divergentes entre ambos.
- Acordo público do governo com o CFM e a AMB para redução de cuidados de baixo valor: com comprometimento formal das sociedades médicas e comunicação pública das listas.
- Portaria MS e ANS instituindo o Conjunto Nacional de Medidas de Desfecho Relatadas pelo Paciente: piloto com indicadores comparáveis de desfecho clínico a serem definidos.

O QUE GOVERNADORES PODEM FAZER — CUIDADO PADRONIZADO

- Iniciar programa estadual de acreditação progressiva: financiamento para os hospitais estaduais e outros estabelecimentos de saúde estratégicos para o SUS.
- Publicar mensalmente indicadores de qualidade e segurança por hospital da rede estadual, tornando o desempenho comparável e público.
- Incluir metas de qualidade (indicadores SISAB, conformidade Anvisa) nos contratos de gestão com as Organizações Sociais de Saúde (OSS), com bônus por superação de meta.
- Criar programa estadual de residência médica em Atenção Primária à Saúde (APS) para municípios com baixa densidade de médicos.

Os 5 Inegociáveis da Saúde

NOSSAS
MOTIVAÇÕES

DIÁLOGOS
DA SAÚDE

PANORAMA

PALENTE
UNICO

DADOS
ESTRUTURADOS

ACESSO
QUALIFICADO

CUIDADO
PADRONIZADO

DESPERDÍCIO
CONTIDO

VISÃO DE
FUTURO

GLOSSÁRIO
DE SIGLAS

REFERÊNCIAS
BIBLIOGRÁFICAS



Desperdício contido

O que é

É passar a ter controle sobre o uso inadequado ou excessivo de recursos que se perdem ou não geram valor em saúde. É o **Inegociável** mais complexo conceitualmente e o mais poderoso politicamente. Complexo porque o desperdício em saúde é invisível dentro de linhas de cuidado aparentemente legítimas. Poderoso porque representa a maior oportunidade de redistribuição de recursos sem aumento de carga tributária. A OCDE organiza o desperdício em saúde em três categorias^[26]:

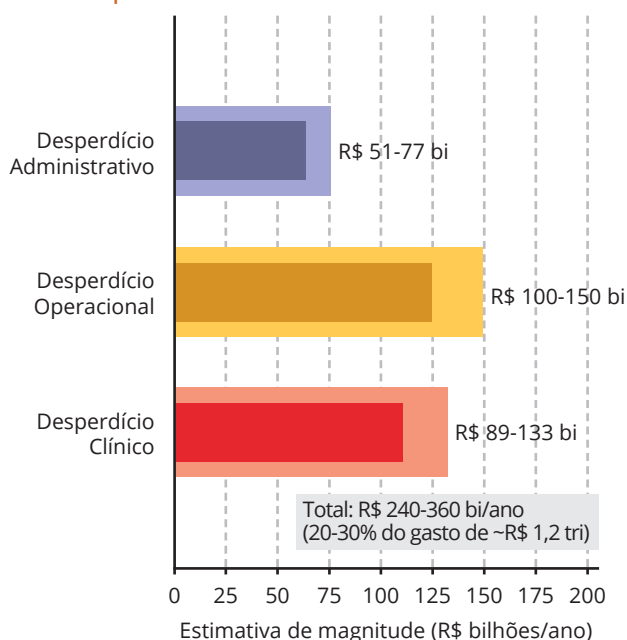
- **Clínico:** Cuidados de baixo valor; procedimentos realizados rotineiramente sem evidência suficiente de eficácia; repetição desnecessária de exames e intervenções, decorrente da fragmentação da informação clínica e da ausência de dados integrados; eventos adversos evitáveis, associados à heterogeneidade dos padrões assistenciais e à insuficiência dos sistemas de segurança; e variação clínica injustificada.
- **Operacional:** ineficiência em processos assistenciais e administrativos, subutilização da capacidade instalada e das tecnologias disponíveis, prescrições de maior custo sem benefício clínico adicional e falhas nos processos de obtenção de bens e serviços de terceiros (*procurement*), comprometendo a eficiência das aquisições e da gestão de insumos e serviços.
- **Administrativo:** fraudes, corrupção, judicialização evitável, abusos documentados e excesso de burocracia nas transações entre operadoras e prestadores.

Desperdício Contido - A ESCOLHA CENTRAL

■ O Brasil deve encarar o desperdício estrutural - **estimado pela OCDE em R\$ 240 bilhões a R\$ 360 bilhões anuais** - como agenda simultaneamente fiscal, distributiva e ética. Cada real consumido em práticas de baixo valor é um real que não financia acesso, qualidade e equidade. A agenda não é de corte de gastos: é de redistribuição.

O problema em números

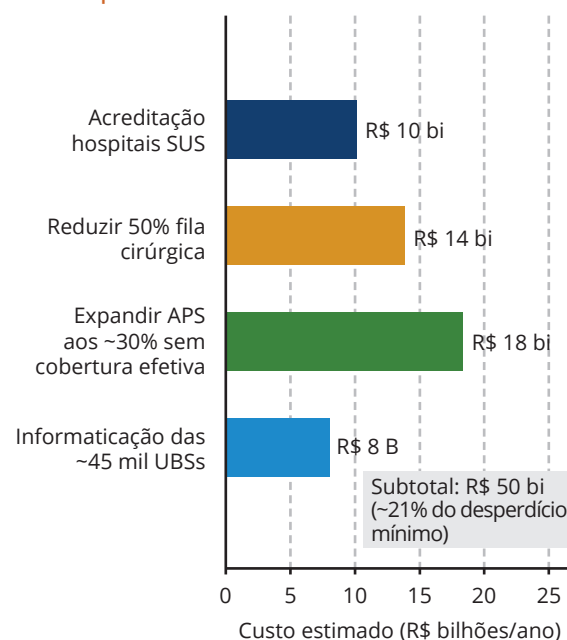
Desperdício por categoria - Framework OCDE aplicado ao Brasil



Fontes gráficos: OCDE - Tackling Wasteful Spending of Health (2017); estimativas ELOSS Advisors

A magnitude do desperdício estrutural brasileiro é documentada. A publicação *'Tackling Wasteful Spending on Health'*, da OCDE^[26] consolidou, a partir de análise de múltiplos países, a estimativa de 20% a 30% do gasto total em saúde mobilizado em práticas que não produzem valor. Aplicada ao Brasil, essa estimativa corresponde a um montante de R\$ 240 bilhões a R\$ 360 bilhões anuais. O problema central está na invisibilidade. O Brasil não possui, atualmente, mensuração sistemática nacional do desperdício clínico, operacional ou administrativo em escala comparável entre o SUS e a Saúde Suplementar. Sem medir, não é possível priorizar intervenções, avaliar resultados, comunicar o problema ao público e mobilizar politicamente para a transformação.

O que R\$ 50 bilhões financiariam - 20% do desperdício mínimo estimado



As pressões fiscais convergentes sobre o sistema de saúde tornam essa agenda urgente^[67,68]. O gasto público com saúde é de aproximadamente 4,3% do PIB, percentual inferior ao de sistemas universais comparáveis, como Reino Unido (9%), Canadá (7,9%) e Austrália (7,7%). Na Saúde Suplementar, a sinistralidade atingiu 81,7% em 2025^[14], refletindo um equilíbrio econômico cada vez mais pressionado. Paralelamente, o envelhecimento da população e o aumento das doenças crônicas elevam, ano após ano, a demanda e o custo do cuidado. Nesse contexto, a eliminação do desperdício estrutural deixa de ser apenas uma medida de eficiência: torna-se pré-condição para ampliar o financiamento com sustentabilidade e transformar recursos em melhores resultados para a população.



Reduzir as longas filas para procedimentos muitas vezes urgentes, combater os vazios assistenciais estruturais nas regiões mais pobres do país e melhorar os indicadores da atenção primária são ações que contribuem diretamente para atacar a dimensão ética do desperdício. Propor mecanismos de reinvestimento que torne o combate ao desperdício politicamente legítimo é parte essencial desta agenda.

O que se perde

Sistemas de saúde que não reduzem progressivamente seu desperdício estrutural enfrentam a transição demográfica com recursos crescentemente insuficientes: a pressão da demanda aumenta exatamente quando a capacidade fiscal de expansão é mais limitada. O único caminho sustentável para financiar o cuidado de uma população que envelhece sem elevar dramaticamente a carga tributária é reorganizar o que já existe - e isso passa, necessariamente, por endereçar o desperdício.

Esse endereçamento precisa ser realizado de forma transparente, com publicação anual do Atlas do Desperdício, comunicação clara sobre o que está sendo corrigido e evidência do reinvestimento dos recursos liberados. Na prática, isso promove, simultaneamente, uma reforma técnica, restauração da confiança nas instituições públicas e fortalecimento da legitimidade do sistema de saúde como projeto coletivo.

No setor de Saúde Suplementar, o predomínio do modelo de remuneração por *fee-for-service* perpetua estruturalmente o desperdício ao vincular a remuneração ao volume de procedimentos, e não aos resultados em saúde. Com incentivos orientados para produzir mais, e não necessariamente melhor, o modelo favorece a realização de intervenções de baixo valor e a utilização excessiva de recursos. Sem uma transição para formas de pagamento baseadas em valor - ou, ao menos, a adoção gradual de mecanismos que corrijam esses incentivos

- o desperdício clínico permanecerá incorporado ao funcionamento do sistema.

A judicialização da saúde é outro componente que demanda atenção. Os gastos públicos decorrentes de decisões judiciais cresceram significativamente na última década^[62], gerando impacto fiscal relevante e expondo importantes desafios distributivos, uma vez que o acesso à Justiça e aos mecanismos de litigância tende a favorecer grupos socioeconomicamente mais privilegiados. Ao mesmo tempo, a judicialização é, em grande medida, um sintoma das falhas do próprio sistema: quando há demora excessiva no acesso, negativas de cobertura sem critérios transparentes ou ausência de protocolos assistenciais amplamente reconhecidos, recorrer ao Judiciário torna-se a alternativa para obter o cuidado não disponibilizado pelas vias regulares. Reduzir o desperdício sistêmico, ampliar o acesso oportuno e fortalecer a organização da assistência tende a diminuir a judicialização evitável. Esse esforço, contudo, deve ser acompanhado de maior transparência sobre as coberturas oferecidas, os critérios que orientam sua definição e as razões técnicas e econômicas que fundamentam essas escolhas.

O custo de não medir é, paradoxalmente, um dos maiores componentes do desperdício. Sistemas de saúde que não mensuram desperdício sistematicamente não identificam as intervenções que funcionam, não reconhecem os prestadores que inovam em eficiência e não conseguem encontrar soluções eficazes.

O risco de não agir

A magnitude do desperdício estrutural não é estática, ela cresce com a complexidade do sistema^[26,61]. Cada prestador que entra na rede sem qualidade e eficiência comprovadas, tecnologias incorporadas sem avaliação de custo-efetividade rigorosa ou segmentos populacionais que passam a ter acesso sem que a oferta seja reorganizada para ser eficiente, ampliam o potencial de desperdício. Sem mensuração sistemática e sem programa estruturado de redução, a trajetória é de crescimento gradual do desperdício como proporção do gasto.

A soma de baixo investimento público em saúde, abaixo do mínimo que a literatura aponta como necessário para um sistema universal de qualidade (6,5% a 7,5% do PIB)^[67,68], a alta sinistralidade do setor suplementar (81,7% em 2025) e a rápida transição demográfica indicam que, sem ação corretiva, o sistema enfrentará crise de financiamento. Isso torna a agenda deste **Inegociável** urgente.

Desperdício Contido é o **Inegociável** que fecha o círculo sistêmico da agenda. É o único que depende diretamente de todos os quatro anteriores para ser operacionalizado - e que, por sua vez, retroalimenta todos eles com os recursos necessários para avançar. Sem **Paciente Único**, o desperdício de duplicação de exames e procedimentos desnecessários persiste. Sem **Dados Estruturados**, o desperdício não é dimensionável. Sem **Acesso Qualificado**, internações evitáveis inflam o custo de cuidados que deveriam ter sido prevenidos. Sem **Cuidado Padronizado**, eventos adversos e variação clínica injustificada continuam consumindo recursos sem produzir valor proporcional.

A agenda de **Desperdício Contido** possui uma característica singular: concilia objetivos que, em geral, aparecem em tensão nas políticas públicas. Ao eliminar gastos que não geram valor, promove maior eficiência fiscal; ao direcionar os recursos economizados para ampliar o acesso e qualificar a assistência, fortalece

a equidade; e, ao concentrar a redução sobre intervenções ineficazes ou de baixo valor, preserva - e potencialmente melhora - a qualidade do cuidado. Essa convergência entre sustentabilidade fiscal, justiça distributiva e qualidade assistencial é incomum e confere elevada legitimidade política à agenda^[26,72,73].

“ A eliminação do desperdício é pré-condição para ampliar o financiamento com sustentabilidade e transformar recursos em melhores resultados para a população. ”



Agenda 2027-2030

Para a União e o Governo do Estado, a agenda de **Desperdício Contido** está sustentada por seis eixos:

• **Eixo 1 - Atlas do Desperdício em Saúde no Brasil:** criar a primeira mensuração sistemática nacional do desperdício nas três categorias identificadas pela OCDE – clínica, operacional e administrativa. Essa publicação deve ser anual e servir como instrumento de transparência e priorização política.

• **Eixo 2 - Choosing Wisely Brasil^[50,51]:** adotar essa iniciativa, presente em cerca de 30 países e que busca reduzir desperdícios e o uso ineficiente de recursos, em parceria com as sociedades médicas e com o compromisso político de que o que for identificado como cuidado de baixo valor por uma especialidade não será mais financiado pelo SUS nem pela Saúde Suplementar sem critério clínico justificado.

• **Eixo 3 - Aplicar princípios de otimização de fluxos e eliminação de desperdícios (Lean Healthcare) em redes assistenciais:** consolidar, em redes hospitalares públicas e privadas, programas estruturados de eficiência operacional com participação direta dos profissionais e mensuração contínua de resultado.

• **Eixo 4 - Redução do desperdício administrativo:** simplificar progressivamente as transações operacionais entre prestadores e pagadores - automação, interoperabilidade, padronização de documentos - reduzindo o custo administrativo do sistema.

• **Eixo 5 - Combate a fraudes com tecnologia analítica:** fortalecer o programa da ANS de combate a fraudes e ampliá-lo para articulação com o Ministério da Saúde, com uso de IA para identificação de padrões anômalos.

• **Eixo 6 - Reinvestimento explícito dos recursos liberados:** criar mecanismo institucional que torne visível e mensurável o reinvestimento, transformando a agenda de eficiência em agenda de redistribuição.

“Reduzir as filas para procedimentos muitas vezes urgentes, combater os vazios assistenciais estruturais nas regiões mais pobres do país e melhorar os indicadores da atenção primária são ações que contribuem diretamente para atacar a dimensão ética do desperdício”.

O QUE O EXECUTIVO FEDERAL PODE FAZER — DESPERDÍCIO CONTIDO

- Decreto: lançar o Atlas do Desperdício em Saúde – publicação anual com mensuração por categoria, região e por âmbito de atendimento (SUS e Saúde Suplementar). Estabelecer a Secretaria de Ciência e Tecnologia do Ministério da Saúde (MS) como responsável técnica.
- Portaria MS e ANS: lançamento do Programa de Redução de Cuidado de Baixo Valor, nos moldes do *Choosing Wisely*, utilizado atualmente por cerca de 30 países, com compromisso público das sociedades médicas e prazo definido de publicação das primeiras listas.
- Linha BNDES: crédito subsidiado para programas de otimização de fluxos e eliminação de desperdícios (*Lean Healthcare*) em redes hospitalares que prestam serviços ao SUS, condicionado à publicação dos resultados.
- Resolução ANS: produtos de Atenção Primária à Saúde (APS) simplificados para trabalhadores informais e autônomos, reduzindo a carga assistencial do SUS por demanda desprotegida.
- Ampliar o programa da ANS de combate a fraudes com aporte de IA analítica e cooperação com a Polícia Federal para casos de maior magnitude.
- Decreto: criar mecanismo de reinvestimento explícito, com publicação trimestral do relatório vinculando recursos liberados do desperdício à expansão concreta de serviços.

O QUE GOVERNADORES PODEM FAZER — DESPERDÍCIO CONTIDO

- Publicar anualmente, por hospital da rede estadual, indicadores de eficiência operacional (tempo de internação, taxa de readmissão, conformidade de protocolos), tornando pública a comparação entre pares.
- Incluir metas de eficiência operacional, com otimização de fluxos e eliminação de desperdícios (*Lean Healthcare*) nos contratos de gestão com as Organizações Sociais de Saúde (OSS), com cláusula de publicação de resultados e bônus por superação de meta.
- Articular com o Ministério Público (MP) estadual programa de combate a fraudes no SUS, em cooperação com a ANS para a rede suplementar.
- Criar grupo técnico estadual de redução de desperdício com participação de entidades representativas dos prestadores de serviços em âmbito estadual, Conselho Regional de Medicina (CRM) e representação de gestores municipais, com agenda anual pública.

Os 5 Inegociáveis da Saúde

NOSSAS
MOTIVAÇÕES

DIÁLOGOS
DA SAÚDE

PANORAMA

PALENTE
UNICO

DADOS
ESTRUTURADOS

ACESSO
QUALIFICADO

CUIDADO
PADRONIZADO

DESPERDÍCIO
CONTIDO

VISÃO DE
FUTURO

GLOSSÁRIO
DE SIGLAS

REFERÊNCIAS
BIBLIOGRÁFICAS

Visão de futuro

O Brasil tem um bom caminho percorrido para a implementação da agenda dos **5 Inegociáveis da Saúde**. Ao longo de quase quatro décadas de consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), foi construído um robusto arcabouço regulatório que já provê os instrumentos necessários para praticamente todas as ações propostas neste documento^[17,18,19]. Além disso, possui uma ampla estrutura institucional composta pelo Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), Conselho Nacional de Saúde (CNS), Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e diversas entidades representativas, científicas e profissionais. O desafio, portanto, não é o de criar leis, mas mobilizar de forma coordenada e estratégica os mecanismos já existentes por meio de decretos presidenciais, portarias ministeriais, resoluções regulatórias, acordos interfederativos e normas conjuntas.

A experiência internacional demonstra que as transformações mais relevantes nos sistemas de saúde raramente decorreram de reformas legislativas amplas. Países como Reino Unido, Austrália, Holanda, Dinamarca e Estônia avançaram principalmente por meio da definição de padrões nacionais, fortalecimento da governança, incentivos regulatórios, transparência de resultados e uso intensivo de dados para apoiar decisões clínicas e gerenciais. Em comum, essas experiências revelam que liderança política consistente, continuidade administrativa e mecanismos permanentes de monitoramento produzem impactos mais duradouros do que sucessivas mudanças na legislação^[30,31,44].

No Brasil, a coexistência entre o SUS e a Saúde Suplementar representa um desafio, mas também uma oportunidade. Embora operem sob estruturas regulatórias

distintas, ambos atendem milhões de cidadãos que transitam entre os dois sistemas ao longo da vida^[2,3]. A construção de padrões nacionais compartilhados para identificação do paciente, interoperabilidade de dados, indicadores de qualidade, segurança assistencial e monitoramento do desperdício não exige a criação de uma nova instituição. Requer, sobretudo, maior coordenação entre Ministério da Saúde e ANS, com produção de normas convergentes e instrumentos regulatórios harmonizados.

Essa convergência produziria benefícios concretos para pacientes, gestores e prestadores de serviços. O histórico clínico passaria a acompanhar o cidadão independentemente da porta de entrada utilizada; duplicidades de exames e procedimentos seriam reduzidas; aumentaria a capacidade de identificação de fraudes e inconsistências; seria possível aprimorar o acompanhamento longitudinal das doenças crônicas; e a judicialização tenderia a diminuir à medida que decisões clínicas passassem a ser sustentadas por informações completas, protocolos assistenciais e maior transparência dos processos.

Toda agenda de transformação, porém, enfrenta resistências. Elas poderão decorrer da necessidade de investimentos em interoperabilidade e adequação tecnológica por parte de prestadores e operadoras, principalmente para integração à RNDs^[26,29]; de preocupações legítimas dos profissionais de saúde quanto à preservação da autonomia clínica; das diferentes capacidades administrativas entre estados e municípios; e da resistência de segmentos menos comprometidos com transparência, avaliação de desempenho e *accountability*^[62,71]. Nenhum desses obstáculos, entretanto, é inédito. Todos foram enfrentados, em maior ou menor grau, pelos países que hoje figuram entre os sistemas de saúde mais eficientes e seguros do mundo.

Reformas sistêmicas fracassam, em geral, por duas razões: deficiência na implementação ou ausência de uma narrativa pública capaz de sustentar as mudanças ao longo do tempo. Transformações dessa magnitude precisam ser percebidas pela sociedade não como projetos administrativos, mas como melhorias concretas na vida das pessoas. Quando o cidadão acessa seu histórico de saúde pelo celular; quando deixa de repetir exames desnecessários; quando encontra padrões assistenciais mais homogêneos; quando indicadores de qualidade dos prestadores tornam-se públicos; quando desperdícios passam a ser identificados e corrigidos; e quando o sistema passa a gerar mais valor, a transformação deixa de ser abstrata e torna-se parte da experiência cotidiana da população.

A sustentabilidade dessa agenda dependerá igualmente da capacidade de medir resultados^[1,30,44]. As experiências internacionais mais bem-sucedidas mostram que reformas acompanhadas por painéis públicos de indicadores, metas transparentes e avaliações periódicas apresentam taxas significativamente maiores de implementação do que aquelas monitoradas apenas por mecanismos internos e relatórios anuais discretos. Transparência, prestação de contas e avaliação contínua são instrumentos de gestão, mas também mecanismos de fortalecimento da confiança da sociedade nas políticas públicas.

Os 5 Inegociáveis da Saúde - Paciente Único, Dados Estruturados, Acesso Qualificado, Padrão de Cuidado e Desperdício Contido - constituem uma agenda integrada. Cada um potencializa os demais e todos convergem para um mesmo objetivo: construir um sistema de saúde mais seguro, eficiente, sustentável e centrado nas pessoas. Não representam uma ruptura com o modelo brasileiro de saúde, mas sua evolução natural diante das transformações demográficas, epidemiológicas, tecnológicas e fiscais que o país enfrenta.

A janela 2027-2030 oferece uma oportunidade rara de reposicionar o sistema de saúde brasileiro entre os mais modernos do mundo. Os instrumentos existem, o conhecimento técnico está disponível, a tecnologia tornou-se acessível e as experiências internacionais oferecem caminhos amplamente testados e que podem ser adaptados à realidade brasileira. O que fará a diferença será a capacidade de transformar esse patrimônio em ação, com liderança, coordenação, compromisso e visão de longo prazo.

Mais do que inaugurar uma nova agenda, o próximo ciclo de governo tem a oportunidade de deixar um legado. Um legado de decisões que aproximem o Brasil de um sistema de saúde mais justo, sustentável, inovador e preparado para os desafios das próximas décadas. Porque, ao final, toda política pública em saúde se traduz em algo muito maior do que indicadores, normas ou estruturas: ela se traduz em vidas protegidas, sofrimento evitado, esperança renovada e na confiança de milhões de brasileiros de que, quando mais precisarem, encontrarão um sistema capaz de cuidar deles com qualidade e dignidade. Esse é o futuro que o Brasil pode construir. E este é o momento de começar.

Glossário de siglas

- AMB - Associação Médica Brasileira
- ANPD - Agência Nacional de Proteção de Dados
- ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar
- Anvisa - Agência Nacional de Vigilância Sanitária
- APAC - Autorização de Procedimento de Alta Complexidade
- APS - Atenção Primária à Saúde
- AVC - Acidente Vascular Cerebral
- BIS - Boletim Infográficos Saúde
- BNDES - Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social
- CFM - Conselho Federal de Medicina
- CID - Classificação Internacional de Doenças
- CMB - Confederação das Misericórdias do Brasil
- CONASEMS - Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
- CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde
- CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
- Conitec - Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde
- CNS - Conselho Nacional de Saúde
- CPF - Cadastro de Pessoa Física
- CRM - Conselho Regional de Medicina
- DPOC - Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
- ERP - *Enterprise Resource Planning* (sistema que integra os processos de negócios de uma empresa)
- ESF - Programa Estratégia Saúde da Família
- FESAÚDE - Federação dos Hospitais, Clínicas, Laboratórios e Estabelecimentos de Saúde do Estado de São Paulo
- FHIR - *Fast Healthcare Interoperability Resources* (padrão internacional criado para facilitar a troca de dados entre diferentes sistemas de saúde)
- GIRFT - *Getting It Right First Time* (princípio de gestão que busca fazer certo da primeira vez, eliminando erros, defeitos e a necessidade de retrabalho)
- HAS - Hipertensão Arterial Sistêmica
- HL7 - *Health Level Seven* (conjunto de padrões internacionais para a troca, integração e compartilhamento de dados eletrônicos de saúde)
- IA - Inteligência Artificial
- IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- ICSAP - Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária
- INSS - Instituto Nacional do Seguro Social
- LGPD - Lei Geral de Proteção de Dados
- MS - Ministério da Saúde
- NHS - *National Health Service* (sistema público de saúde do Reino Unido)
- OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico
- OMS - Organização Mundial da Saúde
- ONA - Organização Nacional de Acreditação
- OSS - Organização Social de Saúde
- PA - Pressão Arterial
- PAB - Piso da Atenção Básica
- PCDT - Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas
- PIB - Produto Interno Bruto
- PPC - Paridade do Poder de Compra
- PREM - *Patient Reported Experience Measures* (ferramentas usadas para coletar a percepção do paciente sobre o que aconteceu durante um atendimento de saúde)

- PROM - *Patient Reported Outcome Measures* (questionários usados para coletar informações diretas dos pacientes sobre sua saúde, dor, sintomas e qualidade de vida)
- PROVAB - Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica
- PSIRF - *Patient Safety Incident Response Framework* (diretrizes do NHS que definem como as organizações de saúde devem responder a incidentes de segurança do paciente)
- RES - Registro Eletrônico de Saúde
- RNDS - Rede Nacional de Dados em Saúde
- RS - Regiões de Saúde
- SADT - Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico
- SIA - Sistema de Informações Ambulatoriais
- SIH - Sistema de Informações Hospitalares
- SindHosp - Sindicato de Hospitais, Clínicas, Laboratórios e Estabelecimentos de Saúde no Estado de São Paulo
- SISAB - Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica
- SUS - Sistema Único de Saúde
- TI - Tecnologia da Informação
- TISS - Troca de Informações em Saúde Suplementar
- TUSS - Terminologia Unificada da Saúde Suplementar
- UBS - Unidade Básica de Saúde
- UPA - Unidade de Pronto Atendimento
- UTI - Unidade de Terapia Intensiva

Os 5 Inegociáveis da Saúde

NOSSAS
MOTIVAÇÕES

DIÁLOGOS
DA SAÚDE

PANORAMA

PALENTE
UNICO

DADOS
ESTRUTURADOS

ACESSO
QUALIFICADO

CUIDADO
PADRONIZADO

DESPERDÍCIO
CONTIDO

VISÃO DE
FUTURO

GLOSSÁRIO
DE SIGLAS

REFERÊNCIAS
BIBLIOGRÁFICAS

Referências bibliográficas

Referências numeradas em padrão Vancouver adaptado.

- [1] World Health Organization. Framework on integrated, people-centred health services. Geneva: WHO; 2016.
- [2] Ministério da Saúde (BR). Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS): arquitetura, padrões e operacionalização. Portaria GM/MS nº 1.434, de 28 de maio de 2020. Brasília: MS; 2024.
- [3] Agência Nacional de Saúde Suplementar. Padrão TISS - Troca de Informação em Saúde Suplementar. Rio de Janeiro: ANS; 2024.
- [4] e-Estonia. e-Health Records — National Digital Health Infrastructure. Tallinn: e-Estonia; 2023.
- [5] Tiik M, Ross P. Patient opportunities in the Estonian Electronic Health Record System. *Stud Health Technol Inform*. 2010; 156:171-177.
- [6] NHS England. Universal Personalised Care - Implementing the Comprehensive Model. London: NHS; 2019.
- [7] NHS England. Patient Experience Improvement Framework. London: NHS; 2023.
- [8] NHS England. Shared Decision Making - A Consensus Statement. London: NHS; 2021.
- [9] Rosen B, Waitzberg R. Israel's health system 2022. *Int J Health Syst Health Policy*. 2022.
- [10] De Bakker DH et al. Primary care in the Netherlands. *Int J Integr Care*. 2012.
- [11] Sundhedsdatastyrelsen. The Danish Health Data Authority - Strategy and Architecture. Copenhagen: SDST; 2022.
- [12] IBGE. Projeções da população do Brasil e das Unidades da Federação. Rio de Janeiro: IBGE; 2024.
- [13] Agência Nacional de Saúde Suplementar. Sala de Situação e Dados Gerais - Indicadores do Setor de Saúde Suplementar (dados dez/2025). Rio de Janeiro: ANS; 2026.
- [14] Agência Nacional de Saúde Suplementar. Beneficiários de planos privados de saúde - Tabnet/Caderno de Informação da Saúde Suplementar (competência dez/2025). Rio de Janeiro: ANS; 2026.
- [15] Ministério da Saúde (BR). SISAB - Indicadores do 1º quadrimestre de 2024. Brasília: MS; 2024.
- [16] Ministério da Saúde (BR). Portaria GM/MS nº 1.434/2020. Brasília; 2020.
- [17] Brasil. Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018. Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD). Brasília; 2018.
- [18] Brasil. Decreto nº 12.560, de 2025. Regulamenta o tratamento de dados de saúde no âmbito da RNDS. Brasília; 2025.
- [19] Agência Nacional de Saúde Suplementar. Resolução Normativa RN nº 623, de 2024. Rio de Janeiro: ANS; 2024.
- [20] Ministério da Saúde (BR). DAB - Cobertura histórica da ESF. Brasília: MS; 2024.
- [21] WHO; UNICEF. Operational Framework for Primary Health Care. Geneva: WHO; 2020.
- [22] Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems. *Milbank Q*. 2005;83(3):457-502.
- [23] van den Berg MJ et al. Unfulfilled potential: primary care reforms in Europe. *Health Policy*. 2016;120(7):831-839.
- [24] Devlin NJ, Appleby J. Getting the most out of PROMs. London: King's Fund; 2010.
- [25] IBGE. Pesquisa Nacional de Saúde 2019. Rio de Janeiro: IBGE; 2020.
- [26] OECD. Tackling Wasteful Spending on Health. Paris: OECD Publishing; 2017.
- [27] Shortliffe EH, Cimino JJ, eds. Biomedical Informatics. 4th ed. London: Springer; 2014.
- [28] Coiera E. Guide to Health Informatics. 3rd ed. Boca Raton: CRC Press; 2015.
- [29] World Health Organization. Global Strategy on Digital Health 2020-2025. Geneva: WHO; 2021.
- [30] NHS England. NHS Long Term Plan. London: NHS; 2019.

[31] NHS England. Fit for the Future: 10 Year Health Plan for England. London: NHS; 2025.

[32] Kanta. The Finnish Patient Data Repository. Helsinki: Kela; 2022.

[33] Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Art. 196. Brasília; 1988.

[34] Scheffer M, et al. Demografia Médica no Brasil 2025. São Paulo: FMUSP/AMB; Brasília: MS; 2025 (dados de 31/12/2024).

[35] Scheffer M, et al. Demografia Médica no Brasil 2025 - Relatório Técnico. São Paulo: FMUSP/AMB; 2025.

[36] NHS England. Integrated Care Systems: Design Framework. London: NHS; 2021.

[37] Marmot M et al. Fair Society, Healthy Lives (The Marmot Review). London; 2010.

[38] NHS England. Population Health Management - Evidence and Toolkit. London: NHS; 2022.

[39] Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Brasília; 1990.

[40] Ministério da Saúde (BR). SISAB - Indicadores de Desempenho da APS 2024 (última apuração da série Previnde Brasil; Dados Abertos do SUS). Brasília: MS; 2025.

[41] ANS. Resolução Normativa RN nº 465/2021. Rio de Janeiro: ANS; 2021.

[42] Ministério da Saúde (BR). Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT). Brasília: MS; 2024.

[43] Ministério da Saúde (BR). CONITEC - Relatório Anual 2024. Brasília: MS; 2024.

[44] Getting It Right First Time (GIRFT). National Programme - Key Findings 2023-2024. London: NHS England; 2024.

[45] Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Relatório da Avaliação Nacional das Práticas de Segurança do Paciente: Hospitais com UTI - 2025 (Ano X). Brasília: ANVISA; 2026.

[46] World Health Organization. Quality of Care: a process for making strategic choices. Geneva: WHO; 2006.

[47] National Institute for Health and Care Excellence. NICE Process and Methods Guides. London: NICE; 2022.

[48] NHS England. NHS Right Care: Methodology. London: NHS; 2022.

[49] NHS England. Patient Safety Incident Response Framework (PSIRF). London: NHS; 2022.

[50] American Board of Internal Medicine Foundation. Choosing Wisely. Philadelphia: ABIM Foundation; 2012.

[51] Levinson W et al. Choosing Wisely: a growing international campaign. BMJ Qual Saf. 2015;24(2):167-174.

[52] Joint Commission International. JCI Accreditation Standards for Hospitals. 7th ed. Oak Brook: JCI; 2020.

[53] ISQua. International Standards for External Evaluation. Dublin: ISQua; 2021.

[54] ICHOM. ICHOM Standard Sets. Cambridge MA: ICHOM; 2023.

[55] Ministério da Saúde (BR). CONITEC - estrutura e funcionamento. Brasília: MS; 2024.

[56] Ministério da Saúde (BR). Portaria GM/MS nº 529/2013. Política Nacional de Segurança do Paciente. Brasília; 2013.

[57] Organização Nacional de Acreditação. Padrões de Acreditação ONA - Versão 4. São Paulo: ONA; 2022.

[58] Agência Nacional de Saúde Suplementar. Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS) 2024. Rio de Janeiro: ANS; 2024.

[59] Marchon SG et al. Eventos adversos na atenção primária. Cad Saúde Pública. 2015;31(11):2313-2330.

[60] ANS. Padrão TISS 4.0 - Manual de Orientação. Rio de Janeiro: ANS; 2024.

[61] Berwick DM, Hackbarth AD. Eliminating waste in US health care. JAMA. 2012; 307(14):1513-1516.

[62] Ministério da Saúde (BR). Panorama da Judicialização em Saúde no Brasil. Brasília: MS; 2024.

[63] Toussaint JS, Berry LL. The promise of Lean in health care. Mayo Clin Proc. 2013;88(1):74-82.

[64] Womack JP, Jones DT. Lean Thinking. 2nd ed. New York: Free Press; 2003.

[65] FBI. Health Care Fraud. Washington, DC: FBI; 2023.

- [66] ANS. Programa de Combate às Fraudes. Rio de Janeiro: ANS; 2024.
- [67] IBGE. Conta-Satélite de Saúde - Brasil 2010-2021 (dato oficial mais recente). Rio de Janeiro: IBGE; 2024; OMS — Global Health Expenditure Database (2023); IBGE - Contas Nacionais Trimestrais 4T/2025 (PIB 2025: R\$ 12,7 tri).
- [68] Ministério da Saúde (BR). Gasto público federal em saúde: Relatório Técnico 2024. Brasília: MS; 2024.
- [69] Anahp. Observatório Anahp 2025. São Paulo: Anahp; 2025.
- [70] Instituto de Estudos de Saúde Suplementar. Dados de Desempenho da Saúde Suplementar 2024. São Paulo: IESS; 2024.
- [71] Ministério da Saúde (BR). DATASUS - Produção ambulatorial e hospitalar do SUS. Brasília: MS; 2024.
- [72] Porter ME, Teisberg EO. Redefining Health Care. Boston: HBS Press; 2006.
- [74] Senado Federal. Instituição Fiscal Independente. Cenários de longo prazo para a necessidade de financiamento da saúde 2025. Cenários de longo prazo para a necessidade de financiamento da saúde.
- [75] TIC Saúde - Infraestrutura e a disponibilidade de sistemas e aplicações baseadas em tecnologias de informação e comunicação (TIC) nos estabelecimentos de saúde no Brasil. Disponível em: <https://cetic.br/pt/pesquisa/saude/>
- [76] Anuário Brasileiro de Segurança Pública 2025. Disponível em: <https://ovm.alesc.sc.gov.br/wp-content/uploads/sites/3/2025/07/anuario-2025.pdf>. Consulta em 29/07/2026.
- [77] Ministério da Saúde. Relatório de Gestão Integrada 2025. Disponível em www.gov.br. Acesso em 24 ago 2026.



Realização

Apoio Institucional

