

Newsletter #05 | Outubro de 2026 - Saúde nas eleições 2026, Clássicos das Ciências Sociais em Saúde e mais

Notícias, eventos e produções na Sociologia da Saúde



CP 23 - SOCIOLOGIA DA SAÚDE
OUT 23, 2026

Financiamento e Organização da Assistência do SUS em pauta nas eleições

Às vésperas do segundo turno das eleições presidenciais de 2026, o financiamento e a organização do Sistema Único de Saúde (SUS) ganham destaque no debate eleitoral. A redução das filas, a ampliação de consultas e exames especializados e o uso de novas tecnologias aparecem entre as promessas dos candidatos Luiz Inácio Lula da Silva (PT) e Flávio Bolsonaro (PL). Entretanto, para além das propostas de ampliação dos serviços, uma questão fundamental atravessa o debate: como financiar essas políticas e quais modelos de organização do sistema público de saúde estão em disputa?

Um levantamento do Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (IEPS), publicado em 30 de setembro, identificou que 95% das propostas de saúde apresentadas pelos presidentiáveis exigem recursos adicionais, sem indicação clara das fontes de financiamento. O estudo analisou 95 propostas de seis candidaturas e revelou também que 47% não detalham como seriam executadas e 83% dependem de articulação entre União, estados e municípios. Os resultados evidenciam a distância entre os compromissos eleitorais e os desafios institucionais e orçamentários necessários para sua implementação.

Obrigado por ler Newsletter CP 23
Sociologia da Saúde - Sociedade Brasileira de
Sociologia! Assine gratuitamente para
receber novos posts e apoiar meu trabalho.

✓ Inscrito

Nesse contexto, a regra de financiamento federal do SUS adquire especial relevância. Atualmente, a Constituição determina que a União destine pelo menos 15% de sua Receita Corrente Líquida (RCL) a ações e serviços públicos de saúde. Essa vinculação significa que o piso federal acompanha a arrecadação: quando as receitas aumentam, o valor mínimo destinado à saúde também cresce, podendo ampliar os recursos disponíveis para o sistema. Por outro lado, períodos de queda da arrecadação podem resultar em redução desse mínimo. Trata-se, portanto, de um mecanismo que associa parte do financiamento da saúde à capacidade de arrecadação do Estado, ainda que não garanta, por si só, recursos suficientes para atender às necessidades da população.

Uma alternativa a esse modelo é a correção do piso federal da saúde apenas pela inflação, regra que vigorou entre 2018 e 2023, durante o regime fiscal conhecido como Teto de Gastos. Nesse formato, o valor mínimo destinado ao setor era atualizado pela variação dos preços, independentemente do crescimento da arrecadação. Embora esse mecanismo possa proteger o piso contra perdas inflacionárias mesmo em períodos de queda das receitas, ele não permite que o mínimo obrigatório acompanhe automaticamente a expansão da economia. Isso representa um desafio para um sistema universal como o SUS, diante do envelhecimento populacional, do aumento da demanda por serviços especializados e da incorporação de novas tecnologias. Em outras palavras, preservar o poder de compra do orçamento não significa necessariamente ampliar a capacidade de atendimento do sistema de

saúde. Projeções indicam que, caso o modelo de ajuste pela inflação defendido por Flávio Bolsonaro fosse instaurado, o SUS poderia deixar de receber em média R\$30 bilhões de reais por ano.

Além da discussão sobre o volume de recursos, as eleições colocam em evidência diferentes estratégias de organização da assistência. Lula prioriza a expansão de serviços públicos e o fortalecimento de programas existentes, como o Mais Médicos e o Farmácia Popular, enquanto Flávio Bolsonaro enfatiza o aproveitamento da capacidade instalada de hospitais e clínicas privadas, a revisão dos valores pagos aos prestadores conveniados e a modernização da gestão. Embora ambos admitam parcerias com a iniciativa privada, suas propostas atribuem diferentes ênfases aos mecanismos de ampliação da oferta. O tema ganhou repercussão após o debate presidencial de 18 de outubro, quando Flávio defendeu um SUS com padrão de atendimento semelhante ao de hospitais privados de referência, enquanto Lula questionou se a proposta implicaria privatização do sistema.

Mais alarmante é o chamado “tesouração”, previsão de corte de R\$250 bilhões que tem sido peça central da plataforma do candidato da direita. Sem previsão de onde e como os cortes seriam feitos, a proposta é potencialmente ameaçadora ao funcionamento da rede pública de saúde, haja visto o já defasado financiamento. No centro dessa questão está o programa Farmácia Popular, que já sofreu durante o mandato de Jair Bolsonaro. Quando questionado, Flávio Bolsonaro não se posicionou sobre o tema.

Merece destaque também a reportagem da Piauí que expôs as relações de Flávio Bolsonaro com executivos da Precisa Medicamentos, produtora da vacina Covaxin, na época da pandemia COVID-19. No auge da pandemia, em julho de 2020, um jatinho saiu de São Paulo rumo a Brasília com dois empresários da Precisa Medicamentos, um agente de viagens e três garotas de programa. O objetivo era agradar Flávio Bolsonaro, então senador e hoje candidato à Presidência, que buscava se aproximar do governo para viabilizar a compra da Covaxin.

No dia seguinte, o grupo fez um churrasco em uma lancha no Lago Paranoá. Flávio compareceu com o amigo e sócio Alexandre Santini e, durante o passeio, desceu à cabine com ao menos uma das garotas. Ao fim do encontro, o empresário Danilo Trento presenteou o senador com um Rolex avaliado em cerca de 305 mil reais — que Flávio deixou no pulso. O contrato para compra das vacinas previa 80 reais por dose, enquanto a Pfizer oferecia cerca de 56 reais e a AstraZeneca, 18 reais. Flávio defendeu publicamente a Precisa durante a CPI, e o relatório final recomendou seu indiciamento, além dos dois empresários.

O financiamento público e as relações entre Estado e mercado influenciam a distribuição dos serviços, as condições de acesso e a capacidade das políticas de reduzir desigualdades sociais, raciais e territoriais. A vinculação dos recursos à arrecadação ou sua correção apenas pela inflação representa diferentes formas de organizar as obrigações fiscais do Estado, com possíveis consequências para a expansão do SUS. Da mesma forma, a participação do setor privado suscita questões sobre regulação, equidade e universalidade. Mais do que avaliar quantas consultas, hospitais ou procedimentos são prometidos, o debate eleitoral convida a perguntar quem terá acesso aos serviços, em quais territórios, sob quais condições e com que recursos públicos.

Aposentadoria das Agentes Comunitárias em Saúde

O Congresso Nacional promulgou, em 16 de outubro de 2026, a **Emenda Constitucional nº 140/2026**, que estabelece regras especiais de aposentadoria para agentes comunitários de saúde (ACS) e agentes de combate às endemias (ACE), estendidas também aos agentes indígenas de saúde e de saneamento. Com a mudança, esses profissionais poderão se aposentar cinco anos antes da idade mínima prevista na regra geral da Previdência: aos 57 anos, no caso das mulheres, e aos 60 anos, no caso dos homens, desde que comprovem 25 anos de contribuição e de exercício na atividade. A medida

representa o resultado de uma mobilização iniciada há décadas pelas categorias, que reivindicam maior reconhecimento e proteção diante das condições específicas de seu trabalho.

A conquista também chama atenção para as desigualdades que atravessam a organização do trabalho em saúde no Brasil. Em reportagem publicada pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), em 21 de outubro, a pesquisadora Isabella Koster, da Fiocruz, destaca que os agentes comunitários constituem o maior contingente profissional da Atenção Primária à Saúde, reunindo cerca de 278 mil trabalhadores. Trata-se de uma força de trabalho formada majoritariamente por mulheres negras, de baixa renda e moradoras de periferias, que frequentemente acumulam as atividades profissionais com responsabilidades domésticas e de cuidado familiar. Além disso, o cotidiano de trabalho envolve exposição ao sol, à chuva, a agentes biológicos e à violência urbana, especialmente em territórios socialmente vulnerabilizados.

Outro aspecto central é a dificuldade de estabelecer limites entre o trabalho remunerado e as relações comunitárias. Por residirem nos mesmos territórios em que atuam, agentes de saúde frequentemente são procurados pela população fora do horário de expediente, prolongando suas jornadas de trabalho. Essa sobreposição entre trabalho profissional, vínculos comunitários e responsabilidades familiares evidencia como as atividades de cuidado podem produzir sobrecarga física e emocional, particularmente entre mulheres negras. Nesse contexto, a aposentadoria especial representa não apenas um direito previdenciário, mas também o reconhecimento institucional dos riscos ocupacionais e do desgaste associado ao exercício dessas funções.

A emenda constitucional também avança na proteção dos vínculos de trabalho ao proibir contratações temporárias ou terceirizadas, salvo em situações de emergência em saúde pública, e estabelecer medidas para a regularização dos vínculos precários existentes. Estados e municípios

terão até 31 de dezembro de 2028 para realizar as adequações previstas. Para a pesquisadora entrevistada pela Abrasco, a estabilidade profissional pode ampliar a segurança dos trabalhadores para denunciar situações de assédio e condições inadequadas de trabalho, além de fortalecer o reconhecimento dos saberes produzidos no cotidiano dos territórios.

A medida suscita uma reflexão sobre a **distribuição desigual dos custos sociais do cuidado**. Embora agentes comunitários sejam fundamentais para a implementação da Estratégia Saúde da Família e para a aproximação entre o SUS e populações historicamente afastadas dos serviços de saúde, suas condições de trabalho nem sempre refletem essa importância institucional. A nova legislação evidencia a relação entre gênero, raça, classe social e divisão do trabalho em saúde, ao mesmo tempo que recoloca a proteção dos trabalhadores como dimensão fundamental da sustentação de um sistema universal.

Clássicos das Ciências Sociais em Saúde

Dando continuidade à série “Clássicos das Ciências Sociais em Saúde”, na qual apresentamos obras fundamentais para a formação e o desenvolvimento do campo, recomendamos nesta edição o livro **Saúde e Sociedade**, de **Maria Cecília Ferro Donnangelo**, publicado originalmente em 1976. A obra, que teve origem em sua tese de livre-docência, apresenta uma análise das relações entre medicina, estrutura social e organização dos serviços de saúde, tomando a prática médica não apenas como uma atividade técnica, mas como uma prática social historicamente constituída.

Maria Cecília Donnangelo (1940–1983) foi uma das principais responsáveis pela constituição das Ciências Sociais em Saúde e da Saúde Coletiva no Brasil. Formada em Pedagogia, com pós-graduação em Sociologia, desenvolveu sua trajetória acadêmica na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP), onde contribuiu para a

consolidação de uma perspectiva sociológica crítica sobre a medicina. Seus trabalhos foram pioneiros ao deslocar a análise da prática médica de seus aspectos estritamente profissionais e técnicos para as relações que estabelece com o Estado, a economia e as classes sociais. Sua produção influenciou gerações de pesquisadores e permanece como referência para compreender a organização social da assistência à saúde.

No livro em questão, Donnangelo parte da compreensão de que a medicina não pode ser explicada exclusivamente por seus conhecimentos científicos ou por sua capacidade de tratar doenças. Embora possua uma dimensão técnica específica, a prática médica está inserida em relações econômicas, políticas e ideológicas que condicionam suas formas de organização e atuação. A autora argumenta que a medicina participa dos processos de reprodução das sociedades capitalistas, tanto por sua relação com a manutenção e a recuperação da força de trabalho quanto por sua participação na organização e no controle da vida social.

Um dos conceitos centrais da obra é o de *medicalização da sociedade*, entendido a partir de duas dimensões relacionadas: a ampliação do acesso aos serviços médicos e a extensão da normatividade médica para diferentes esferas da vida social. A medicina passa, assim, a interferir não apenas no tratamento das enfermidades, mas também na definição de comportamentos, hábitos e condições consideradas saudáveis. Donnangelo destaca, contudo, que a expansão da assistência não ocorre de maneira homogênea. As diferenças de classe continuam a determinar as possibilidades de acesso aos serviços, as formas de atendimento e a incorporação de tecnologias, revelando que a ampliação da medicina pode coexistir com a reprodução de desigualdades sociais.

Na segunda parte do livro, a autora se dedica à análise da Medicina Comunitária, que ganhou espaço nos Estados Unidos a partir dos anos 1960 como proposta de reorganização dos serviços e de ampliação da

assistência às populações socialmente excluídas. Essas iniciativas buscavam superar limitações da medicina especializada e hospitalocêntrica por meio de ações preventivas, da integração dos serviços e da participação das comunidades. Entretanto, Donnangelo problematiza os limites políticos dessas propostas, argumentando que a participação comunitária e a ampliação do atendimento não representam, necessariamente, uma transformação das estruturas sociais que produzem desigualdades. Ao contrário, dependendo de sua organização, essas estratégias também poderiam funcionar como mecanismos de administração da pobreza e de integração de populações marginalizadas à ordem social existente.

A contribuição de Donnangelo está justamente em demonstrar que as transformações da assistência médica não podem ser compreendidas de maneira isolada das relações de classe, das políticas estatais e das disputas em torno da organização da sociedade. Sua análise evidencia que a expansão dos serviços de saúde, mesmo quando orientada por propostas de universalização e participação, deve ser examinada à luz das condições históricas e dos interesses sociais que orientam sua implementação.

Quase cinco décadas depois, **Saúde e Sociedade** permanece uma leitura fundamental para a Sociologia da Saúde. Suas reflexões ajudam a compreender debates contemporâneos sobre a medicalização da vida cotidiana, as desigualdades no acesso à assistência, as relações entre os setores público e privado e os limites e possibilidades da participação comunitária nas políticas de saúde. Donnangelo nos convida a investigar como a própria organização do cuidado expressa, reproduz e pode transformar as relações sociais.

Obrigado por ler Newsletter CP 23
Sociologia da Saúde - Sociedade Brasileira de
Sociologia! Assine gratuitamente para
receber novos posts e apoiar meu trabalho.

✓ Inscrito