
SAÚDE COMO DIREITO. CONFIANÇA COMO HORIZONTE.

Política Nacional de Garantia do Acesso à Saúde

Um SUS em que todos possam confiar

Estrutura em cada território.
Cuidado em todo o percurso.

NÉSIO FERNANDES

Documento-base para a agência de comunicação

Setembro de 2026 · Edição revista

Guia de leitura

A primeira parte apresenta a proposta completa. A segunda reúne textos e orientações para criação. As fontes encerram o documento.

PROPOSTA E FUNDAMENTOS

Poder confiar quando precisar	3
A experiência que se transforma em proposta	4
Universalidade é confiança no cotidiano	6
A estrutura essencial de cada território	7
Uma rede responsável, do bairro à referência regional	10
Financiar o cuidado, e não apenas a produção	11
Sete garantias para o percurso da pessoa	13
Uma política de Estado, com lei e orçamento	14
Implantação, financiamento e impacto da adesão plena	16
Como reconhecer a mudança na vida das pessoas	18
O compromisso do mandato federal	19

CONTEÚDOS PARA COMUNICAÇÃO

Conteúdos para a agência	21
Artigo — A confiança também é um direito	26
Perguntas difíceis, respostas claras	28

REFERÊNCIAS

Fontes de apoio e notas de precisão	31
---	----

Poder confiar quando precisar

Uma pessoa procura a unidade de saúde porque precisa de cuidado. Ela quer ser ouvida, entender o que está acontecendo e saber que, se precisar de um exame, de um especialista ou de uma cirurgia, não ficará sozinha procurando a próxima porta. Quer voltar para casa com uma orientação e com a segurança de que existe uma rede responsável por acompanhá-la.

Essa segurança deve fazer parte da vida de todos. De quem depende exclusivamente do SUS e de quem pode escolher outra forma de atendimento. De quem mora no centro de uma cidade grande e de quem vive longe de uma referência regional. De quem enfrenta uma urgência e de quem precisa de acompanhamento durante anos.

A Política Nacional de Garantia do Acesso à Saúde propõe transformar essa segurança em compromisso permanente do Estado brasileiro. A escolha é ligar três obrigações: **a estrutura que precisa existir, a rede que responde pelo tratamento e o orçamento que mantém o cuidado funcionando**. Uma lei nacional dará sustentação a esse compromisso entre governos.

Isso significa equipes de Saúde da Família com populações compatíveis com a capacidade de acompanhar; saúde bucal e equipes multiprofissionais próximas das pessoas; reabilitação articulada à vida no território; hospitais, radioterapia e serviços especializados dimensionados regionalmente. Significa também uma infraestrutura digital pública que conecte os profissionais, preserve a história da pessoa e acompanhe o tratamento.

A proposta muda também a pergunta feita ao dinheiro público. Quantas consultas foram pagas? E o que aconteceu com quem foi atendido? O financiamento deve sustentar a capacidade de diagnosticar, tratar e acompanhar, com compromissos de acesso, qualidade e desempenho. A espera por atendimento deixa de ser um problema que a família precisa resolver sozinha e passa a exigir uma resposta da rede.

Para quem precisa do SUS, essa organização se traduz em sete garantias: necessidade registrada, história preservada, prioridade clínica, rede responsável, informação compreensível, providência diante do atraso e continuidade depois do atendimento.

O aprendizado vem do Espírito Santo, onde a experiência de regionalização, contratualização e integração do cuidado mostrou a importância de aproximar hospitais, municípios, trabalhadores e instituições de ensino. A nova etapa é consolidar esse caminho em lei nacional, com orçamento e responsabilidades que atravessem governos.

No mandato federal, Nésio Fernandes defenderá a legislação, o financiamento e a cooperação necessários para realizar essa mudança. O gabinete não será uma porta privilegiada para conseguir atendimento. Seu compromisso será fazer com que a porta pública funcione.

**Estrutura em cada território. Cuidado em todo o percurso.
Confiança para todos.**

A experiência que se transforma em proposta

Uma demonstração que resume a mudança

Em 22 de junho de 2022, no Palácio Anchieta, em Vitória, duas médicas participaram de uma demonstração de teleinterconsulta. Uma profissional da atenção primária de Cariacica registrou as informações de um caso na plataforma **Acessa e Confia**. Do outro lado, a referência médica da autorregulação formativa discutiu a situação e a continuidade do tratamento. A simulação, acompanhada por Nésio Fernandes, mostrava o que a tecnologia deveria tornar possível: profissionais de diferentes pontos da rede decidindo juntos o próximo passo. [Registro do lançamento](#).

Naquele encontro estavam gestores municipais, dirigentes de hospitais, servidores e equipes do Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde — ICEPi. A agenda reunia acesso, regulação, contratualização e rede: decisões que precisavam conversar entre si para mudar a experiência de quem procura atendimento. [Seminário estadual](#).

A cena ajuda a compreender a escolha política. A unidade básica não deveria apenas emitir um encaminhamento; precisava encontrar um interlocutor. O especialista não deveria ser um destino distante e desconhecido; precisava participar de uma relação de cuidado. A vida atravessa serviços diferentes, mas não se divide entre eles.

A organização que dava sentido à tecnologia

Durante a gestão de Nésio Fernandes na Secretaria de Estado da Saúde, essa pergunta ganhou instrumentos de trabalho. A Rede de Atenção e Vigilância em Saúde, instituída em 2021, incorporou a autorregulação formativa territorial: aproximação entre profissionais, referências técnicas identificadas e cooperação entre atenção primária e serviços especializados. A proposta era dar direção ao encaminhamento e fazer da regulação também um processo de aprendizagem das equipes. [RAVS, 2021](#).

As referências uniprofissionais e uniinstitucionais davam nome a essa responsabilidade. A equipe precisava saber com qual profissional discutir uma necessidade e qual instituição deveria assumir a etapa seguinte. O cuidado compartilhado procurava substituir encaminhamentos sem interlocutor por uma relação de trabalho entre partes da rede.

A tecnologia a serviço dessa organização

Em parceria com o Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, o governo estadual desenvolveu a plataforma **Acessa e Confia**. Apresentada em 2022, a ferramenta foi concebida para integrar atenção primária e especializada, apoiar a telemedicina, acompanhar fluxos e ouvir a experiência do usuário. [LAIS/UFRN](#).

O valor da plataforma estava ligado ao modelo que ela apoiava: referências definidas, comunicação entre equipes e acompanhamento da experiência de quem utiliza o serviço. Esse é o

aprendizado que a proposta nacional pretende ampliar, com suporte público e continuidade tecnológica.

O financiamento também precisava conversar com o território

A Política Estadual de Contratualização de 2022 relacionou capacidade instalada, perfil assistencial, território e desempenho. Incluiu consultas de referência da autorregulação formativa na parcela pré-fixada e combinou essa base com pagamentos pós-fixados. O desenho aproximava o financiamento da capacidade de responder por uma população, preservando componentes distintos de remuneração. [Portaria Sesa nº 076-R/2022](#).

Municípios, servidores, ICEPi, hospitais, trabalhadores e instituições parceiras participaram dessa construção. A contribuição de Nésio foi de liderança política e institucional: formular uma direção, assumir decisões e mobilizar a cooperação necessária. O legado pertence também às equipes que o fizeram acontecer.

A continuidade se torna parte do aprendizado

Na avaliação de Nésio, a experiência não alcançou a consolidação necessária para preservar integralmente seu sentido depois de sua saída. A mudança da contratualização em 2023 oferece um exemplo concreto: consultas passaram a constar expressamente no componente pós-fixado por produção, enquanto permaneceram parcelas pré-fixadas e mecanismos de desempenho. [Portaria Sesa nº 042-R/2023](#).

O aprendizado político é que uma organização dessa complexidade precisa de sustentação para além de uma portaria, de uma plataforma ou de um ciclo de gestão. A mudança de governo pode renovar prioridades e aperfeiçoar a execução. Não deve obrigar a população a recomeçar o caminho para exercer o mesmo direito.

É dessa passagem que nasce a proposta nacional: transformar experiência, inclusive seus limites, em obrigação duradoura de planejar, financiar e cuidar.

Universalidade é confiança no cotidiano

Um SUS de todos, também na vida comum

A classe média precisa encontrar no SUS uma escolha confiável para o cuidado cotidiano. Quem melhora de vida deve poder continuar usando a rede pública com segurança, sabendo que encontrará uma equipe, terá resposta quando precisar e seguirá acompanhado durante o tratamento.

Se um padrão de atendimento não oferece segurança a quem pode escolher, esse padrão não deve ser considerado suficiente para quem depende exclusivamente do SUS. **O direito de quem tem menos alternativas não pode valer menos.** A universalidade precisa aparecer na vida: acesso oportuno, continuidade e respeito, sem distinção de renda e sem depender de favor político.

O propósito é elevar o padrão comum de atendimento. Pessoas de diferentes condições sociais devem usar o mesmo sistema, reconhecer sua qualidade e participar da defesa de seu financiamento. A confiança virá da necessidade reconhecida, da prioridade clínica e da resposta da rede — uma segurança que deve existir para todos, sem portas especiais por renda ou influência.

Essa ambição reconhece o valor do SUS que já existe: de seus trabalhadores, de suas unidades e do cuidado realizado diariamente. Ela exige que o que funciona bem se torne referência de qualidade para o conjunto da rede e que as dificuldades deixem de ser tratadas como um destino aceitável para quem tem menos alternativas.

O que a pandemia tornou visível

A pandemia evidenciou a importância de uma capacidade pública que protege toda a sociedade. No Espírito Santo, o Relatório Anual de Gestão de 2021 registra que a rede SUS também respondeu ao esgotamento de leitos da rede privada em determinados momentos. Essa experiência reforça uma pergunta para o futuro: por que a segurança coletiva demonstrada numa crise não deve orientar também a organização do cuidado cotidiano? [Sesa, RAG 2021](#).

O legado a levar adiante é a defesa da ciência, das equipes e da capacidade permanente de cuidar. Uma crise sanitária exige resposta extraordinária. Uma política de Estado deve fazer desse aprendizado um compromisso para a vida comum: acompanhar uma condição crônica, esclarecer um diagnóstico, realizar uma cirurgia, oferecer reabilitação e apoiar uma família.

Confiança tem uma estrutura concreta

A pessoa precisa saber onde procurar ajuda, quem acompanha sua necessidade e o que acontecerá depois. Precisa ser avisada, ter canais acessíveis e encontrar uma resposta se a situação piorar. Precisa perceber que a informação acompanha seu tratamento e que a troca de prestador ou de governo não apaga sua história.

Por isso, confiança será uma finalidade explícita da política. O acompanhamento deverá ouvir tanto quem foi atendido quanto quem permanece aguardando. Será importante conhecer se as

peças entendem seu percurso, conseguem contato com a referência e reconhecem continuidade entre os serviços.

Quem melhora de vida deve poder continuar no SUS. Quem depende dele tem direito ao mesmo padrão de qualidade.

04

A estrutura essencial de cada território

O mínimo necessário precisa estar disponível

A Política Nacional de Garantia do Acesso estabelecerá um **padrão nacional vinculante de capacidade de atendimento**: serviços públicos essenciais cuja instalação, manutenção e oferta serão obrigações definidas em lei e sustentadas por financiamento federativo. População, necessidades de saúde, distâncias, características urbanas e rurais e papel regional orientarão o dimensionamento.

O padrão abrangerá instalações, equipes completas, equipamentos, insumos, manutenção, horários e capacidade de atendimento. Uma unidade construída precisa poder cuidar; um equipamento instalado precisa funcionar; uma referência anunciada precisa receber as pessoas pelas quais responde.

A capacidade mínima será a base a partir da qual a rede deverá responder integralmente às necessidades. O planejamento considerará tanto a demanda registrada quanto aquela que ainda não conseguiu chegar aos serviços. Uma fila pequena pode coexistir com uma barreira grande na porta de entrada.

Os parâmetros abaixo expressam o desenho defendido nesta proposta. A lei estabelecerá o dever de oferta e financiamento; a regulamentação técnica detalhará e atualizará sua aplicação territorial.

Saúde da Família próxima das pessoas

A proposta defende **uma equipe completa de Saúde da Família para até 2.000 pessoas nas áreas urbanas**. Nas áreas rurais e de difícil acesso, o padrão será de **uma equipe para 1.000 a 1.500 pessoas**, conforme dispersão, deslocamentos e necessidades de acompanhamento.

A distribuição será feita dentro de cada município. Um número municipal aparentemente suficiente não substitui o planejamento de bairros, comunidades e áreas rurais. As UBS terão instalações, jornadas e apoio compatíveis com as equipes e com sua população de referência.

Equipes multiprofissionais e especialidades territorializadas

As eMulti integrarão a capacidade regular dos territórios, com composição completa, jornadas e acesso às especialidades médicas dimensionados pela necessidade. Trabalharão com as equipes de Saúde da Família, compartilhando decisões, consultas, discussão de casos e acompanhamento presencial e remoto.

O objetivo é fazer com que fisioterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional, psicologia, nutrição e outros saberes necessários ao cuidado tenham presença organizada na rede. O especialista deverá conhecer as equipes e os territórios com os quais trabalha, dispondo de agenda para o cuidado compartilhado e para o atendimento indicado.

As regras federais da eMulti já contemplam diferentes categorias profissionais e especialidades médicas. A proposta é tornar sua oferta territorial uma responsabilidade nacional dimensionada, financiada e acompanhada. A relação de especialidades admitidas não equivale à presença obrigatória de todas elas em cada equipe. [Marco da eMulti atualizado em 2025](#).

Saúde bucal com equivalência de cobertura

A cobertura das **equipes de Saúde Bucal — eSB** deverá acompanhar a cobertura das **equipes de Saúde da Família — eSF**, com jornadas e capacidade compatíveis. A população de um território precisa encontrar acesso à atenção odontológica básica e um caminho definido para os cuidados especializados.

A proposta defenderá autorização e financiamento dos **Serviços de Especialidades em Saúde Bucal — SESB** em municípios pequenos e também em bairros ou conjuntos de bairros de cidades grandes. Os **Centros de Especialidades Odontológicas — CEO** integrarão as referências da rede, segundo seu perfil.

O planejamento intraurbano considerará população, deslocamentos e necessidade. Ter um serviço de referência em algum ponto da cidade não significa, por si só, que todos os bairros tenham acesso suficiente. A expansão dos SESB para essa escala territorial é uma mudança defendida pela proposta.

Reabilitação como caminho contínuo

A reabilitação começará na atenção primária e nas eMulti, conectada a referências municipais e regionais. O percurso reunirá cuidado funcional, acompanhamento, tecnologia assistiva e continuidade depois de uma internação ou de uma mudança na condição de saúde.

A proposta estabelece **centros públicos de referência em reabilitação em municípios com mais de 100 mil habitantes**, inspirados na função de referência do Crefes no Espírito Santo. Municípios menores terão serviços de menor porte e acesso a referências compartilhadas, conforme população e distâncias. O porte e a carteira serão adaptados às necessidades, sem reprodução mecânica de uma estrutura estadual. [Crefes](#).

Autismo, saúde e educação inclusiva

O cuidado das pessoas autistas em idade escolar será articulado a equipes multiprofissionais vinculadas ao **Programa Saúde na Escola**, à atenção primária e à rede de reabilitação. A proposta prevê acesso próximo da escola e, quando adequado, dentro dela, com estrutura, privacidade e cooperação entre saúde e educação.

O plano será individualizado e construído com a pessoa e sua família. O atendimento em saúde apoiará a participação e a autonomia, preservando as responsabilidades próprias da educação inclusiva. Pessoas fora da escola e adultos permanecerão incluídos nas referências do SUS. A articulação proposta aprofunda a base intersetorial do PSE. [Programa Saúde na Escola](#).

Leitos, radioterapia e alta complexidade

O dimensionamento hospitalar adotará como referência proposta **3,5 leitos por mil habitantes**, no planejamento das regiões e macrorregiões de saúde. O parâmetro será desdobrado por perfil assistencial, tipo de leito, localização, equipe e funcionamento, com identificação explícita da capacidade disponível ao SUS.

As duas escalas serão articuladas: o leito de uma região também integra sua macrorregião, sem dupla contagem. O planejamento distinguirá a resposta regional das referências de maior complexidade, considerando fluxos de outras localidades e a capacidade efetivamente utilizável.

Radioterapia e serviços terciários e quaternários seguirão a mesma lógica. A necessidade populacional, os percursos de tratamento, os deslocamentos e a capacidade operacional orientarão onde instalar, ampliar e organizar a oferta. Equipamento, equipe, manutenção e acesso regulado formarão um mesmo compromisso.

Síntese dos padrões propostos

Componente	Padrão e escala de organização
Saúde da Família urbana	Uma eSF completa para até 2.000 pessoas, por território.
Saúde da Família rural e difícil acesso	Uma eSF para 1.000 a 1.500 pessoas, conforme dispersão e necessidade.
eMulti e especialidades	Equipes completas, referência territorial, jornadas e carteira dimensionadas.
Saúde bucal	Equivalência de cobertura; SESB próximos dos bairros e municípios; referências em CEO.
Reabilitação	Atenção primária, serviços municipais e regionais; centros de referência acima de 100 mil habitantes.
Autismo em idade escolar	Cuidado multiprofissional articulado ao PSE e à educação inclusiva.
Atenção hospitalar	Referência de 3,5 leitos por mil habitantes no planejamento regional e macrorregional.
Alta complexidade	Radioterapia e demais referências dimensionadas por necessidade, escala e itinerário.

Uma rede responsável, do bairro à referência regional

Cada serviço terá um território para chamar de seu

Um serviço precisa saber por quem responde. Essa responsabilidade será expressa numa população de referência, num perfil assistencial, numa capacidade financiada e numa relação de trabalho com os demais pontos da rede. A perfilização hospitalar significa justamente definir o papel de cada hospital nesse conjunto: quais necessidades deve atender e com quais serviços compartilha o cuidado.

A atenção primária será a referência preferencial de acompanhamento. A partir dela, a pessoa encontrará caminhos identificados para os cuidados que exige sua condição. Especialistas, centros de reabilitação, hospitais e referências de alta complexidade terão vínculos territoriais e compromissos de receber, cuidar e devolver informação.

Territorializar significa organizar a responsabilidade, preservando a universalidade. Urgências, deslocamentos de residência e necessidades fora da capacidade local exigirão fluxos próprios, cooperação e passagem de responsabilidade. O limite administrativo de um município não pode se transformar no limite do direito à saúde.

Referência profissional e institucional

Cada equipe precisa saber com quem discutir um caso. Cada instituição precisa conhecer o serviço que receberá a próxima etapa. As referências profissionais e institucionais permitirão combinar avaliação, teleconsultoria, atendimento compartilhado, consulta presencial e acompanhamento, conforme a necessidade.

A dimensão formativa será parte do trabalho: profissionais aprendem ao discutir situações e construir respostas juntos. A proposta prevê tempo protegido, formação em serviço e apoio técnico. Uma discussão pode apoiar o cuidado na própria unidade ou reconhecer a necessidade de atendimento especializado. Em ambos os casos, o pedido e sua história permanecem visíveis.

Infraestrutura digital pública nacional

A União deverá sustentar uma infraestrutura pública nacional de cuidado compartilhado, aproveitando e integrando componentes existentes, como e-SUS APS e Rede Nacional de Dados em Saúde. A finalidade é oferecer a municípios, estados e serviços uma base comum de trabalho, com suporte, conectividade, formação e manutenção. **e-SUS APS e cuidado compartilhado, RNDS.**

Essa infraestrutura conectará referências territoriais, encaminhamentos, agendas, resultados, planos de cuidado, telemedicina e acompanhamento. O profissional autorizado deverá encontrar as informações necessárias para cuidar; a pessoa deverá entender seu próximo passo.

Sistemas já utilizados poderão integrar-se por padrões públicos. Contratos de tecnologia precisarão preservar a continuidade dos dados, sua portabilidade e o funcionamento da rede. A organização pública não pode perder a história de um tratamento quando muda um fornecedor.

O objetivo é compartilhar capacidade técnica e reduzir a fragmentação. A União deverá oferecer uma solução pública de referência e condições de uso, para que cada prefeitura não precise resolver isoladamente os mesmos problemas. Sistemas locais poderão continuar integrados à arquitetura nacional; a informação e o cuidado deverão atravessar suas fronteiras.

O trajeto também integra o cuidado

Quando o atendimento precisar acontecer fora do município, o plano incluirá transporte sanitário e os apoios indicados ao percurso. Agendar uma vaga sem organizar as condições de chegada deixa parte da resposta incompleta.

Depois da consulta, do exame ou da internação, a informação voltará à equipe de referência. O plano indicará tratamento, medicamentos, reabilitação e seguimento quando necessários. O mesmo vale para necessidades de cuidado domiciliar, saúde mental e acompanhamento prolongado, em articulação com suas redes específicas.

A pessoa não deve carregar sozinha a tarefa de fazer os serviços conversarem.

06

Financiar o cuidado, e não apenas a produção

O que o modo de pagar estimula

Quando a receita depende de cada consulta, exame ou procedimento cobrado, realizar mais atos gera mais faturamento. Esse é o mecanismo do pagamento por produção, conhecido como *fee for service*. O volume realizado pode crescer sem que o contrato valorize, na mesma medida, o diagnóstico resolvido, a prevenção de complicações e a continuidade do tratamento.

A crítica desta proposta é a esse desalinhamento. Uma rede pode pagar uma consulta, depois um exame e depois outra consulta, enquanto a família continua responsável por conseguir a ligação entre as etapas. O trabalho que integra o cuidado precisa ter lugar no financiamento, assim como os atendimentos e retornos clinicamente necessários.

Métodos de pagamento combinados sem coerência podem produzir incentivos contraditórios. A escolha aqui é organizar essa combinação em torno da responsabilidade por uma população: sustentar capacidade e remunerar compromissos de acesso, qualidade e continuidade.

Organização Mundial da Saúde.

Orçamentação global com responsabilidade territorial

Orçamentação global significa programar antecipadamente os recursos necessários para manter a capacidade contratada, com população, perfil e responsabilidades definidos. A base financeira sustentará equipes, disponibilidade, insumos e funcionamento; os compromissos de desempenho acompanharão o cuidado entregue.

A avaliação reunirá acesso oportuno, segurança, continuidade e experiência das pessoas, considerando a complexidade dos casos. Quem cuida de necessidades mais exigentes precisa de condições compatíveis. Produção permanece uma informação de gestão; o resultado esperado é a realização do cuidado pelo qual o serviço responde.

Cada contrato deverá dizer, em linguagem pública, **quem será atendido, qual capacidade estará disponível, como os recursos serão pagos e como a resposta será acompanhada**. Mudanças relevantes de demanda terão critérios de revisão. Atrasos, recusas e interrupções deverão gerar providências, preservando os tratamentos necessários.

Emendas devem fortalecer a rede

O mandato precisa ir além de anunciar dinheiro para comprar mais consultas e exames. A pergunta que deve acompanhar cada investimento é: quem vai assumir o tratamento depois?

Quando o compromisso parlamentar termina na compra de um lote de consultas, ele deixa sem resposta uma parte decisiva do problema: quem financiará o diagnóstico, o tratamento e o acompanhamento? A oferta pontual pode ajudar quem espera hoje. Para mudar a vida do território, precisa se ligar à rede que continuará cuidando amanhã.

A proposta enfrenta duas dependências. A primeira é financeira: manter o serviço à espera da próxima transferência. A segunda é política: fazer a pessoa acreditar que precisa de um intermediário para exercer um direito. Recursos de emenda devem ampliar a capacidade pública; a escolha de quem será atendido seguirá a necessidade clínica, com regras comuns a toda a oferta financiada pelo SUS.

Consórcios, hospitais filantrópicos e outros prestadores complementares integrarão essa responsabilidade, conforme suas funções e os instrumentos legais de participação. Seus contratos deverão estar ligados aos planos regionais e ao percurso da pessoa, evitando que compras paralelas fragmentem agendas, prioridades e continuidade.

Se a promessa termina na compra da consulta, quem assume o tratamento depois?

Dinheiro recorrente para uma responsabilidade permanente

O funcionamento dos serviços essenciais deverá ser sustentado por financiamento regular da União, dos estados e dos municípios. Emendas poderão acrescentar capacidade e apoiar investimentos, conectadas à programação do SUS. Equipes, manutenção e continuidade precisam de uma base orçamentária previsível.

A escolha política é colocar o dinheiro público a serviço de uma rede que diminua a dependência de soluções ocasionais. O valor de um mandato se mede também pela capacidade de transformar recursos em instituições que continuem cuidando quando a eleição passar.

Sete garantias para o percurso da pessoa

A necessidade será registrada

A pessoa terá um registro identificável de sua necessidade, com a data do pedido e a equipe ou serviço de acompanhamento. Receberá informação sobre como acompanhar o percurso, inclusive presencialmente ou com apoio de um profissional.

Se faltarem informações clínicas, a rede acionará quem deve completá-las. A qualificação do pedido será uma etapa de cuidado, mantendo a necessidade visível e a pessoa acompanhada.

O tempo e a história serão preservados

O registro conservará a data original da solicitação e as datas das etapas seguintes. Completar uma informação, mudar de prestador ou migrar de sistema não apagará o caminho já percorrido.

Cada padrão de resposta explicitará seu marco de contagem. A gestão acompanhará tanto o tempo total vivido pela pessoa quanto o tempo de cada etapa, para localizar onde a resposta precisa melhorar.

A prioridade será clínica, pública e revisável

Risco, necessidade clínica, tempo de espera e critérios públicos de equidade orientarão a prioridade. Mudanças na condição de saúde poderão alterar a classificação, com motivo registrado e comunicação adequada.

Entre situações comparáveis, a ordem temporal será respeitada, assim como as prioridades legais. Pedidos políticos não poderão substituir a avaliação assistencial. A pessoa terá um caminho para informar agravamento e receber reavaliação.

Uma rede assumirá a resposta

Desde o registro, haverá uma referência de acompanhamento e uma instância responsável por organizar o fluxo. O planejamento regional definirá quais serviços devem atender cada necessidade e como ocorrerão as passagens entre eles.

Uma mudança de referência exigirá transferência documentada da responsabilidade. Divergências administrativas serão resolvidas entre instituições, mantendo o acompanhamento da pessoa.

A informação será compreensível

A pessoa poderá conhecer sua situação, a referência responsável, a providência pendente e o próximo passo. Uma estimativa de atendimento será identificada como estimativa; um agendamento confirmado será comunicado como tal.

Unidades de saúde, telefone, atendimento assistido e meios digitais formarão canais complementares. Acesso à informação e ao cuidado não dependerá de possuir um celular ou saber usar um aplicativo.

O atraso exigirá providência

Os padrões de resposta serão definidos por linha de cuidado e risco. A aproximação do limite gerará alerta; sua ultrapassagem exigirá ação assistencial registrada, com responsável e acompanhamento.

A rede poderá reavaliar a condição clínica, buscar capacidade regional, ampliar oferta, acionar outra referência e organizar deslocamentos. Essas providências poderão ocorrer em paralelo. Situações urgentes seguirão imediatamente seus fluxos próprios.

O atendimento terá continuidade

O serviço registrará o cuidado realizado e o plano seguinte. Resultados, orientações e necessidades de seguimento retornarão à equipe de referência.

Uma consulta pode concluir uma necessidade ou abrir uma nova etapa. Uma cirurgia pode exigir acompanhamento e reabilitação. A rede será responsável por reconhecer essa diferença e organizar o caminho até onde o cuidado exigir.

Necessidade reconhecida rede responsável atendimento continuidade.

08

Uma política de Estado, com lei e orçamento

A garantia não pode recomeçar a cada governo

O Brasil não pode depender de convencer, a cada eleição, prefeito por prefeito e governador por governador a reconstruir a mesma organização. Uma política de Estado reúne conhecimento, responsabilidades e instrumentos que apoiam quem assume a gestão e preservam os direitos de quem precisa do serviço.

A proposta defenderá uma **lei nacional de garantia do acesso**, articulada à Lei Orgânica da Saúde e aos demais marcos do SUS. Seu núcleo será estabelecer direitos do percurso, padrões nacionais de capacidade essencial, responsabilidades federativas, dever de financiamento e continuidade entre governos.

Normas técnicas atualizarão parâmetros assistenciais. Planos municipais, regionais e macrorregionais organizarão a execução, com responsabilidades pactuadas nas instâncias do SUS. A lei sustentará a obrigação de garantir o acesso; as pactuações definirão como cumpri-la em cada território. [Constituição Federal, Lei nº 8.080/1990.](#)

O SUS já oferece referências institucionais

O Sistema Nacional de Transplantes demonstra a importância de regras públicas de inscrição e seleção, responsabilidades definidas e organização que ultrapassa municípios. A referência para esta proposta é a impessoalidade dos critérios e a coordenação institucional do acesso. [Ministério da Saúde — lista de transplantes](#).

O SAMU 192 mostra outra dimensão: uma porta conhecida, regulação médica e referências para organizar a resposta. A chamada é avaliada segundo a necessidade de urgência. O mecanismo de vaga zero pertence a esse contexto assistencial, sob decisão regulatória, e expressa a responsabilidade de organizar a recepção de situações graves. [SAMU 192, Manual de regulação médica das urgências](#).

Essas experiências têm limites e desafios, mas demonstram que protocolos, referências e deveres podem estruturar o funcionamento de uma política pública. O aprendizado para a garantia do acesso é ampliar a segurança institucional, com regras adequadas a cada modalidade de cuidado.

Integração das políticas nacionais

A nova lei deverá conectar atenção primária, atenção especializada, regulação, contratualização, investimentos e redução da espera. Uma nova iniciativa federal precisará conversar com o plano regional: qual necessidade atenderá, como entrará na regulação, qual referência assumirá o seguimento e como será sustentada a resposta depois da ação inicial.

A Política Nacional de Atenção Especializada, o Agora Tem Especialistas e a Política Nacional de Regulação em Saúde compõem o marco com o qual a proposta dialogará. A iniciativa legislativa deverá aproveitar os dispositivos existentes e consolidar as garantias adicionais de capacidade, financiamento e continuidade. [PNAES](#), [Lei nº 15.233/2025](#), [PNR-SUS](#).

Responsabilidades federativas

União: sustentar os padrões nacionais, o financiamento redistributivo, a infraestrutura digital pública, o apoio técnico e a formação; acompanhar implantação e resultados.

Estados: organizar as redes regionais e macrorregionais, cofinanciar a capacidade, articular referências, transporte e respostas intermunicipais; apoiar a execução local.

Municípios: organizar os territórios da atenção primária, os serviços sob sua gestão, a comunicação e o acompanhamento das pessoas; participar da rede regional e do financiamento conforme suas atribuições.

Prestadores e equipes: cumprir responsabilidades de oferta, cuidado, informação, continuidade e qualidade, com contratos e condições de trabalho compatíveis.

Essas atribuições terão expressão nos planos de saúde, no Plano Plurianual, na Lei de Diretrizes Orçamentárias e na Lei Orçamentária Anual. O padrão de capacidade deverá produzir programação de implantação e custeio, com responsabilidades financeiras definidas.

Participação e controle público

Conselhos de saúde, trabalhadores, usuários, instituições de ensino e sociedade civil organizada participarão da construção e do acompanhamento da política. Ouvidorias e avaliação da experiência das pessoas ajudarão a reconhecer problemas e melhorar o atendimento.

O debate deverá envolver também órgãos de controle, como TCU e Ministério Público Federal, no âmbito de suas competências e com preservação de sua independência. A gestão do cuidado continuará com as autoridades sanitárias e as equipes responsáveis.

Painéis públicos apresentarão informações agregadas sobre capacidade, espera, atendimento, continuidade e orçamento. Dados individuais de saúde permanecerão protegidos, acessíveis à pessoa e aos agentes autorizados segundo a finalidade legítima de uso. Transparência da política e privacidade do paciente devem caminhar juntas. [Lei Geral de Proteção de Dados](#).

09

Implantação, financiamento e impacto da adesão plena

Um plano que avance sem interromper o cuidado

A implantação será organizada em quatro movimentos articulados. Os serviços continuarão atendendo durante a transição, e as garantias de registro, informação e acompanhamento poderão avançar junto da expansão da capacidade.

Definir a necessidade e a responsabilidade. Delimitar territórios, aplicar parâmetros, identificar capacidade em funcionamento e estimar necessidades ainda sem acesso. Cada plano mostrará o que deve existir, onde, com qual perfil e sob responsabilidade de quem.

Financiar e preparar a rede. Programar investimento e custeio; organizar equipes, contratos, formação, integração digital e transporte. A divisão de responsabilidades federativas acompanhará os recursos necessários à execução.

Expandir e atender a necessidade acumulada. Ampliar a capacidade permanente e organizar ações para o estoque de espera, considerando também os novos pedidos. A redução do estoque será reconhecida pelo atendimento e pela resolução adequada das necessidades.

Consolidar e aperfeiçoar. Publicar resultados, ouvir usuários e trabalhadores e atualizar parâmetros e planos. As gestões terão acompanhamento contínuo, sínteses públicas trimestrais e revisão anual da programação.

O orçamento precisa mostrar três coisas diferentes

O **investimento de implantação** reunirá obras e adequações, equipamentos, integração tecnológica e preparação inicial. O **custeio total da rede** mostrará o necessário para manter equipes, serviços, insumos, manutenção e apoio ao percurso. O **acréscimo financeiro** mostrará quanto deve ser adicionado aos recursos já destinados à mesma capacidade.

Essa separação permite reconhecer serviços existentes que precisam de equipe, manutenção ou integração, além das situações que exigem novas estruturas. O planejamento deve sustentar o conjunto da oferta e explicitar a parcela de expansão.

Adesão plena às políticas vigentes

Para cada município, a simulação de adesão plena identificará o teto permitido pelas normas federais vigentes e calculará o financiamento correspondente ao uso completo desse teto. A pergunta é objetiva: quanto o município pode receber se aderir integralmente às modalidades e aos incentivos a que faz jus?

A conta abrangerá todas as modalidades aplicáveis da atenção primária e seus componentes: equipes, saúde bucal, eMulti, provimento, atenção domiciliar, ações escolares e outros incentivos previstos, conforme regras de elegibilidade, acumulação e repasse de cada política.

O cálculo separará o potencial mensal recorrente, seu equivalente anual, os incentivos de implantação e as transferências eventuais. Componentes condicionados à qualidade ou ao desempenho serão calculados no patamar máximo previsto para o cenário de adesão plena, com essa condição identificada.

Também serão distinguidos os recursos transferidos ao fundo municipal, o custeio realizado diretamente pela União — como ocorre em modalidades de provimento — e os investimentos. A presença de um profissional financiado federalmente representa apoio ao território, mas não deve ser apresentada como dinheiro depositado no caixa da prefeitura. O impacto total e a transferência financeira terão demonstrativos próprios.

O cenário aplicará integralmente a norma e os tetos. A adesão não será reduzida por uma avaliação de conveniência política ou de viabilidade local. Modalidades alternativas formarão cenários separados; benefícios acumuláveis serão somados conforme suas regras.

Potencial normativo: quantidade máxima elegível × valor aplicável, por componente e periodicidade.

Acréscimo potencial: potencial de adesão plena - financiamento atual comparável, discriminado por componente.

O novo padrão nacional terá uma conta própria

A expansão defendida nesta proposta é mais ampla que a simples adesão às regras atuais. A conta da nova política aplicará os parâmetros territoriais propostos e os custos completos de implantação e funcionamento. Recursos federais existentes serão identificados como parte do financiamento, sem presumir que já cubram integralmente o novo padrão.

Para a Saúde da Família, o número necessário será calculado por território, dividindo a população pelo parâmetro correspondente e arredondando para cima. Para equipes multiprofissionais, saúde bucal e reabilitação, o cálculo reunirá cobertura, carteira, jornada e capacidade. Na rede hospitalar, o parâmetro populacional será desdobrado em perfis e escalas de referência.

A capacidade adicional considerará também os atendimentos novos e a necessidade acumulada a resolver durante o plano. Cada linha usará uma unidade consistente: percurso, atendimento ou procedimento. Componentes já incluídos no custo de um percurso não serão somados novamente.

O resultado será uma conta por município, região, estado e país: investimento de implantação, custeio da capacidade total, financiamento já existente e acréscimo necessário. Esses

demonstrativos orientarão a disputa do orçamento. A estimativa nacional em reais será apresentada após o dimensionamento dos territórios e dos serviços.

10

Como reconhecer a mudança na vida das pessoas

O atendimento precisa ser percebido e acompanhado

O acompanhamento da política deverá mostrar se a estrutura existe, se funciona e se o cuidado chega às pessoas. A informação será organizada por território de residência e por local de atendimento, respeitando o papel regional dos serviços.

Capacidade essencial: equipes completas, jornadas, serviços, leitos operacionais e referências disponíveis em relação ao padrão territorial. O registro de uma estrutura será distinguido de seu funcionamento.

Tempo de resposta: tempo entre o pedido original e o atendimento, por linha e risco, incluindo quem continua aguardando. A mediana e o tempo dos casos de espera mais prolongada ajudarão a reconhecer diferenças que a média esconde.

Responsabilidade: necessidades com referência e rede definidas; atrasos com providência; passagens de responsabilidade entre serviços. O horizonte é que toda necessidade reconhecida tenha acompanhamento.

Continuidade e qualidade: retorno de informações, planos de seguimento, realização das etapas necessárias e medidas de segurança e resultado adequadas a cada linha de cuidado.

Experiência e confiança: compreensão do próximo passo, facilidade de contato, respeito, continuidade e percepção de segurança no atendimento. A escuta incluirá pessoas atendidas e pessoas em espera.

Equidade e orçamento: diferenças de acesso entre territórios, financiamento programado e executado e contribuição dos recursos à capacidade e ao cuidado. A prioridade clínica e as necessidades orientarão as comparações.

O acompanhamento de faltas, cancelamentos e encerramentos administrativos permitirá identificar barreiras e retomar o contato quando indicado. A retirada de um registro da lista não será confundida com atendimento realizado. Painéis e relatórios deverão apresentar a situação de quem entrou, de quem foi atendido e de quem continua esperando, com períodos e necessidades comparáveis.

A consequência concreta para o Espírito Santo

O Espírito Santo poderá aplicar os padrões por bairros, áreas rurais e regiões de saúde, conectando equipes locais a referências especializadas. O objetivo é reduzir desigualdades de capacidade e tornar o percurso mais previsível, aproveitando as instituições e os profissionais já presentes.

Um contraste ajuda a compreender o problema. Na estimativa populacional de 2025, Atílio Vivácqua tem 11.046 habitantes e Cariacica, 376.200. No recorte do CNES de julho de 2026 reaproveitado nesta análise, aparecem seis eSF ativas em Atílio Vivácqua e 62 em Cariacica. A razão é de **1.841 habitantes por eSF** no primeiro município e **aproximadamente 6.068** no segundo. [IBGE](#), [CNES](#).

Essa razão cadastral compara população e equipes de Saúde da Família; não mede quantas pessoas estão efetivamente vinculadas ou atendidas, nem inclui equipes de outra modalidade. Sua contribuição é mostrar por que o planejamento precisa discutir padrões de capacidade e observar a distribuição dentro de cada cidade.

Em Cachoeiro do Itapemirim, a aplicação terá de reconhecer o papel de polo do Sul, com serviços que recebem pessoas de outros municípios. No interior, as distâncias e as referências compartilhadas serão decisivas. Na região metropolitana, o planejamento precisará enxergar bairros, deslocamentos e integração entre agendas. O padrão nacional é comum; a organização acompanha cada território.

Conexão com as demais agendas

A garantia do acesso articula o fortalecimento da atenção primária, a valorização de quem cuida, a formação em serviço, a contratualização, a reabilitação e o cuidado continuado. Também dá direção aos investimentos hospitalares, à saúde digital, ao SAMU e ao transporte sanitário.

Cada uma dessas políticas conserva sua função. A contribuição desta proposta é fazer com que sejam partes de um mesmo compromisso: uma rede com capacidade, responsabilidade e continuidade, sustentada no orçamento.

11

O compromisso do mandato federal

Legislar para dar permanência

Nésio Fernandes defenderá uma lei nacional que organize a garantia do acesso, os padrões de capacidade essencial e a responsabilidade pelo percurso. A construção legislativa reunirá experiência de gestão, assessoria técnica, trabalhadores, usuários e instituições do SUS.

O mandato buscará apoio parlamentar, promoverá audiências e trabalhará nas comissões para transformar a proposta em compromisso nacional. O texto legal deverá preservar os princípios do SUS, detalhar as obrigações necessárias e permitir atualização técnica dos padrões.

Disputar orçamento para fazer funcionar

O trabalho parlamentar defenderá recursos para equipes, instalações, equipamentos, manutenção, formação, integração digital, transporte e capacidade regional. Emendas serão vinculadas a planos de saúde e à responsabilidade pelo cuidado, com prestação de contas sobre sua contribuição à rede.

O compromisso será ampliar o financiamento regular dos serviços essenciais e acompanhar a participação de cada esfera de governo. A população precisa reconhecer o que será instalado e também como continuará funcionando.

Fiscalizar resultados e cobrar resposta

Requerimentos de informação, audiências, comissões e articulação institucional serão usados para acompanhar capacidade, espera, continuidade e execução financeira. A fiscalização deverá produzir cobrança pública e caminhos de solução para as falhas identificadas.

O mandato prestará contas de iniciativas legislativas, recursos, compromissos firmados e resultados acompanhados. O contato com a população servirá para conhecer barreiras e orientar aos canais públicos, preservando os critérios assistenciais.

Articular uma construção nacional a partir do Espírito Santo

A experiência capixaba será levada ao diálogo com outros estados, municípios, universidades, hospitais e organizações da sociedade. O objetivo é construir padrões que respondam à diversidade brasileira e fortaleçam a cooperação entre as esferas do SUS.

O papel de um deputado federal é apresentar, defender, negociar, fiscalizar e acompanhar essa construção. A execução dos serviços cabe aos gestores e às equipes responsáveis. Esse limite institucional dá sentido ao compromisso: usar o mandato para que o direito funcione pela regra pública, todos os dias.

Um mandato deve fortalecer a porta pública, para que ninguém precise de uma porta particular na política.

Conteúdos para a agência

A ideia que deve permanecer em todos os formatos

Conceito central: um SUS em que todos possam confiar.

Expressão estrutural: estrutura em cada território, cuidado em todo o percurso.

Expressão de direito: o direito não é entrar na fila; é chegar ao cuidado.

Expressão de independência: o acesso deve depender da necessidade de saúde, não de um favor político.

A comunicação deve tornar visível a passagem da procura solitária por atendimento para uma rede que acompanha. Três ideias sustentam a mensagem: **o território precisa ter capacidade; o serviço precisa assumir responsabilidade; o orçamento precisa manter o cuidado funcionando.** A confiança é o resultado que se pretende construir.

Origem, autoridade e voz

Nésio fala a partir de uma experiência de liderança de gestão e de uma reflexão sobre seus limites. Sua contribuição autoral está em ligar regionalização, capacidade, modo de pagar, lei e confiança. A narrativa deve mostrar decisões e aprendizado, reconhecendo o trabalho de servidores, municípios, hospitais, universidades e usuários.

O público de referência é a sociedade em geral, com versões institucionais para o debate público. A profundidade pode variar conforme o formato: explicar a vida cotidiana numa fala breve, desenvolver o modo de financiar numa entrevista e detalhar a organização federativa num debate institucional. O compromisso de universalidade e os fatos permanecem os mesmos.

As falas abaixo são redações para uso comunicacional, e não transcrições de declarações históricas. O tom é firme, humano e explicativo: uma escolha política com consequência concreta, contada por quem conhece o trabalho de organizar uma rede.

Quatro caminhos para contar a proposta

Pela vida cotidiana. Começar pela pergunta que a pessoa faz depois de receber um encaminhamento: quem vai acompanhar o que acontece agora? Mostrar como as sete garantias organizam essa resposta.

Pelo território. Explicar por que o direito depende de equipe, estrutura e referência. Traduzir o padrão nacional em proximidade e capacidade de atendimento, preservando a diferença entre norma vigente e proposta de expansão.

Pelo dinheiro público. Usar a pergunta: se a promessa termina na compra da consulta, quem assume o tratamento depois? Desenvolver a relação entre orçamento permanente, contratualização e continuidade.

Pela experiência. Contar a construção capixaba e seu aprendizado: integrar serviços exige decisões coletivas; fazer a mudança durar exige uma política de Estado. A cena de 2022 funciona

como origem documental, sem ser apresentada como prova de que todos os problemas foram resolvidos.

O que deve permanecer em qualquer adaptação

O título institucional, os parâmetros, as atribuições federativas e a distinção entre legado e proposta são referências comuns. A agência pode mudar extensão, ritmo e linguagem; os fatos, os números e o alcance dos compromissos devem permanecer coerentes com este documento.

Nas peças com números, a fonte, o período e a unidade acompanham a informação. Nas peças em primeira pessoa, a voz expressa experiência e compromisso, preservando a autoria coletiva das realizações. A chamada geral pode convidar a conhecer a proposta, participar do debate e acompanhar o compromisso público.

Mensagem de 30 palavras

Proponho um SUS em que todos possam confiar: equipes próximas, serviços regionais, financiamento permanente e uma rede responsável pelo tratamento, com prioridade clínica e acesso sem depender de favor político.

Mensagem de 100 palavras

Quem procura o SUS precisa ter segurança de que será cuidado. A Política Nacional de Garantia do Acesso propõe equipes próximas das pessoas, serviços dimensionados para cada território e uma rede responsável pelo tratamento inteiro. O financiamento deve sustentar capacidade, qualidade e continuidade, além de consultas isoladas. A prioridade será clínica, com informação clara e providências quando houver atraso. A experiência de gestão no Espírito Santo inspira uma lei nacional, com orçamento e responsabilidades permanentes. No Congresso, defenderei essa construção para todos: quem depende exclusivamente do SUS e quem deve encontrar nele uma escolha confiável para cuidar de sua saúde.

Mensagem de 300 palavras

Quando uma pessoa procura o SUS, ela precisa encontrar mais que uma porta aberta. Precisa saber quem vai acompanhá-la, onde será atendida e o que acontecerá depois. Essa segurança deve existir para todos, independentemente da renda ou do município.

A Política Nacional de Garantia do Acesso à Saúde propõe transformar essa confiança em compromisso permanente do Estado. Cada território terá parâmetros de equipes, infraestrutura e serviços essenciais. A atenção primária será fortalecida, com saúde bucal, equipes multiprofissionais, reabilitação e referências especializadas. Hospitais e serviços de alta complexidade serão organizados regionalmente, segundo necessidades da população.

Cada serviço terá um território pelo qual responder. Uma infraestrutura digital pública conectará profissionais, informações e planos de cuidado. A pessoa terá sua necessidade registrada, sua história preservada, prioridade clínica, uma referência responsável e informação compreensível. O atraso exigirá providências. O atendimento terá continuidade.

O financiamento precisa acompanhar essa mudança. Comprar consultas pode ajudar numa necessidade imediata, mas o compromisso público deve alcançar o tratamento. A proposta defende recursos regulares para manter a capacidade e contratos orientados por acesso, qualidade e responsabilidade territorial. Emendas devem fortalecer essa rede.

No Espírito Santo, a experiência de regionalização, contratualização e integração dos serviços mostrou a importância de organizar o cuidado. Ensinou que uma transformação precisa durar além de uma gestão. Por isso, defenderei uma lei nacional, com responsabilidades e orçamento.

O SUS deve oferecer um padrão de qualidade em que a classe média confie. Quem melhora de vida deve poder continuar usando a rede pública com segurança. Quem depende dela merece o mesmo respeito e a mesma qualidade.

No Congresso, meu trabalho será legislar, disputar recursos, fiscalizar e construir cooperação. A prioridade de atendimento pertence à avaliação clínica. A política deve garantir direitos, para que ninguém precise procurar um favor quando o que está pedindo é cuidado e dignidade.

Abertura de discurso

Eu quero falar de uma segurança que toda família deveria ter: saber que, quando precisar de cuidado, encontrará uma equipe, uma resposta e um caminho. Essa segurança não pode depender do dinheiro que a pessoa tem, da cidade onde mora ou de conhecer alguém na política. O SUS precisa estar à altura dessa confiança. É por isso que defendo uma Política Nacional de Garantia do Acesso à Saúde.

Encerramento de discurso

Um serviço precisa de equipe. Uma equipe precisa de condições de trabalho. Um tratamento precisa de continuidade. E tudo isso precisa de responsabilidade e orçamento. Quero levar a experiência do Espírito Santo para essa construção nacional: um SUS que as pessoas reconheçam como seu, usem com segurança e possam cobrar pela regra pública. Estrutura em cada território. Cuidado em todo o percurso. Confiança para todos.

Roteiro breve — cerca de 30 segundos

Quando você precisa do SUS, não deveria ter de procurar um favor político. Deveria encontrar uma equipe, informação e uma rede responsável pelo tratamento. Minha proposta é uma lei nacional de garantia do acesso: estrutura em cada território, serviços regionais e financiamento permanente. Comprar uma consulta pode ajudar hoje. Nosso compromisso precisa alcançar o cuidado inteiro, com prioridade clínica e continuidade.

Roteiro explicativo — cerca de um minuto

O que dá segurança a uma família quando alguém adoece? Saber que existe uma equipe para acompanhar, um serviço para atender e uma resposta quando o tratamento precisa continuar.

É isso que proponho com a Política Nacional de Garantia do Acesso. Definir a estrutura que cada território precisa ter, financiar seu funcionamento e organizar uma rede responsável por todo o percurso. Saúde da Família próxima das pessoas, equipes multiprofissionais, saúde bucal, reabilitação e referências hospitalares e especializadas.

O dinheiro público precisa sustentar essa capacidade. Comprar consultas, sem organizar o que vem depois, deixa o problema incompleto. Emendas devem fortalecer uma rede permanente.

No Espírito Santo, aprendemos a importância de conectar serviços, municípios e trabalhadores. Quero levar esse aprendizado ao Congresso, defendendo lei e orçamento. O SUS precisa ser uma escolha confiável para todos. E o acesso deve depender da necessidade de saúde, nunca de um favor político.

Roteiro de aprofundamento — cerca de três minutos

Imagine o que muda na vida de uma família quando ela sabe que pode confiar no SUS. A pessoa procura a unidade, encontra uma equipe que a acompanha e entende seu caminho. Se precisar de especialista, exame ou hospital, existe uma referência. Depois do atendimento, o tratamento continua organizado.

Essa confiança exige estrutura. Por isso, defendo padrões nacionais de capacidade em cada território: uma equipe de Saúde da Família para até duas mil pessoas nas áreas urbanas e para mil a mil e quinhentas nas áreas rurais e de difícil acesso. Junto dela, saúde bucal, equipes multiprofissionais, reabilitação e acesso às especialidades.

Hospitais e serviços de alta complexidade precisam ser planejados regionalmente. Cada serviço deve ter uma população pela qual responde. A atenção primária precisa saber com quem conversar. O especialista precisa conhecer sua referência. Uma infraestrutura digital pública deve ajudar esses profissionais a trabalhar juntos e preservar a história da pessoa.

Também precisamos mudar a relação entre o dinheiro e o cuidado. Consultas e exames são necessários, mas pagar cada ato isoladamente não resolve toda a organização do tratamento. O financiamento deve manter capacidade, equipes e responsabilidades, acompanhando acesso, qualidade e continuidade.

Quando um mandato anuncia recursos, a pergunta deve ser: que cuidado isso vai garantir? Se a promessa termina na compra da consulta, quem assume o tratamento depois? As emendas precisam contribuir para uma rede que continue funcionando, com acesso definido por critérios clínicos.

No Espírito Santo, a experiência de regionalização e contratualização, construída com trabalhadores, municípios e instituições, mostrou a força dessa organização. Também trouxe um aprendizado sobre continuidade: uma política dessa dimensão precisa durar além de um governo. É por isso que proponho uma lei nacional, com responsabilidades e orçamento.

A população terá direito a um pedido registrado, à preservação de sua história, à prioridade clínica, a uma rede responsável, à informação clara, à providência diante do atraso e à continuidade do atendimento.

Essa segurança deve alcançar todos. A classe média precisa encontrar no SUS uma escolha confiável. Quem melhora de vida deve poder continuar usando a rede pública. Quem depende exclusivamente dela tem direito à mesma qualidade.

Meu compromisso no Congresso é trabalhar pela lei, pelo financiamento, pela fiscalização e pela cooperação. O gabinete não deve ser a porta necessária para conseguir cuidado. A porta pública precisa funcionar. É essa mudança que quero ajudar a construir.

Texto para site e apresentação institucional

Um SUS em que todos possam confiar. A proposta de Nésio Fernandes para uma Política Nacional de Garantia do Acesso à Saúde liga três responsabilidades: a estrutura que precisa existir em cada território, a rede que acompanha o tratamento e o financiamento que sustenta o cuidado.

A iniciativa defende padrões nacionais para equipes e serviços essenciais, organização regional da atenção especializada e hospitalar, infraestrutura digital pública e contratos orientados por capacidade, acesso, qualidade e continuidade. A pessoa terá informação, prioridade clínica e uma referência responsável por seu percurso.

O aprendizado da gestão no Espírito Santo inspira uma lei nacional para dar permanência a essas garantias. No mandato federal, o trabalho será legislar, defender orçamento, fiscalizar e articular União, estados e municípios. O horizonte é uma rede pública confiável para todos, sem depender de intermediação política para chegar ao cuidado.

Carrossel — sete quadros

1. **Quando precisar, você deve poder confiar no SUS.** Uma rede que acompanhe sua necessidade até o cuidado acontecer.
2. **O bairro precisa ter estrutura.** Equipes próximas, saúde bucal e cuidado multiprofissional, com capacidade para a população.
3. **Cada serviço precisa saber por quem responde.** Do atendimento na unidade às referências regionais, o caminho será organizado.
4. **O dinheiro deve sustentar o tratamento.** Capacidade, qualidade e continuidade precisam orientar o financiamento.
5. **A prioridade é clínica.** Informação clara, história preservada e providência quando o atendimento atrasa.
6. **Uma garantia que dure entre governos.** Lei nacional, orçamento e responsabilidades permanentes.

7. Confiança para todos. Quem depende do SUS e quem pode escolher têm direito ao mesmo padrão de qualidade.

Legenda de apoio

Uma consulta faz parte do cuidado. O compromisso público precisa alcançar o que vem antes e depois dela: equipe, diagnóstico, tratamento e continuidade. A Política Nacional de Garantia do Acesso propõe estrutura em cada território, uma rede responsável e financiamento permanente. Para que o SUS seja uma escolha confiável para todos — e ninguém precise de favor político para exercer um direito.

Caminho visual para a criação

A representação central é o percurso acompanhado: unidade de saúde, diálogo entre profissionais, referência regional e retorno ao território. Mostrar trabalho coletivo e situações cotidianas ajuda a explicar como uma rede funciona. Pessoas e depoimentos reais exigem autorização e contexto; cenas ilustrativas devem ser apresentadas como ilustração.

O contraste narrativo é entre a responsabilidade interrompida e a responsabilidade contínua. A comunicação deve mostrar o que muda para a pessoa, sem transformar procedimentos em pessoas atendidas, proposta em entrega concluída ou uma equipe em realização individual.

13

Artigo — A confiança também é um direito

Quando alguém sai de uma unidade de saúde com um encaminhamento, leva uma pergunta para casa: o que vai acontecer agora? Até receber uma resposta, pode precisar reorganizar o trabalho, buscar informação e encontrar ajuda para chegar ao atendimento. O SUS precisa assumir esse caminho com a pessoa.

Defendo uma Política Nacional de Garantia do Acesso à Saúde para ligar três obrigações: a estrutura que cada território precisa ter, a rede que acompanha o tratamento e o orçamento que mantém o cuidado funcionando. A fila importa, mas o problema começa antes dela e continua depois do agendamento.

Uma equipe precisa de condições para conhecer sua população. Um especialista precisa de interlocução com a atenção primária. Um hospital precisa saber por quais necessidades e territórios responde. Por isso, a proposta estabelece padrões nacionais de capacidade: Saúde da Família próxima das pessoas, saúde bucal, cuidado multiprofissional, reabilitação e referências especializadas. A maior complexidade será organizada regionalmente.

A infraestrutura digital pública deve apoiar essa relação. Informação, resultados e planos de cuidado precisam acompanhar a pessoa. A troca de sistema de uma prefeitura ou de fornecedor de um hospital não pode obrigá-la a recomençar sua história. Tecnologia deve aproximar profissionais e facilitar a continuidade.

O modo de financiar também faz parte da mudança. Quando a remuneração se concentra em atos isolados, o contrato pode pagar o volume sem assumir o percurso. Consultas, exames e retornos necessários devem ser realizados, mas a rede precisa responder pelo que eles tornam possível: diagnóstico, tratamento e acompanhamento.

É nessa direção que defendo orçamentação global com responsabilidade territorial e desempenho. Financiar antecipadamente a capacidade necessária, contratar compromissos de acesso e acompanhar qualidade e continuidade. O dinheiro público deve apoiar o trabalho de cuidar de uma população.

O mandato parlamentar tem uma escolha a fazer. Uma emenda pode ampliar a oferta e ajudar quem espera. Mas, se a promessa termina na compra da consulta, quem assume o tratamento depois? O compromisso precisa alcançar o serviço que continuará funcionando, com acesso pela necessidade clínica. Dinheiro de emenda não deve criar uma porta particular na política.

A experiência no Espírito Santo ensinou a importância dessa organização. Regionalização, contratualização e integração dos serviços exigiram cooperação entre municípios, trabalhadores, hospitais e instituições. Também mostraram que uma transformação precisa de sustentação para durar além de uma gestão. É por isso que proponho uma lei nacional, com responsabilidades e orçamento.

Não podemos reconstruir a garantia do acesso a cada eleição. Governos devem aperfeiçoar a execução, enquanto a população conserva sua referência, seu histórico e seu direito ao cuidado. A lei deve sustentar o compromisso; os planos territoriais devem organizar sua realização.

O horizonte dessa proposta é um SUS em que todos possam confiar. A classe média precisa encontrar na rede pública uma escolha segura para o cotidiano. Quem melhora de vida deve poder continuar usando o SUS. E um padrão que não oferece segurança a quem pode escolher não pode ser considerado suficiente para quem depende exclusivamente dele.

O direito de quem tem menos alternativas não vale menos. A prioridade muda conforme a necessidade clínica; a qualidade devida a cada pessoa deve ser a mesma. No Congresso, quero trabalhar pela lei, pelo financiamento e pela cooperação que aproximem essa segurança da vida. Estrutura em cada território, cuidado em todo o percurso e confiança para todos.

Perguntas difíceis, respostas claras

O que essa proposta muda, em uma frase?

Ela liga a estrutura que cada território precisa ter ao financiamento e à responsabilidade pelo tratamento completo, para que a pessoa encontre uma rede confiável e um acesso definido por critérios públicos.

O SUS já não é universal?

É. A proposta parte desse direito e busca torná-lo mais seguro na experiência cotidiana. Equipes, serviços, informação e continuidade devem permitir que a universalidade seja reconhecida na vida, em todos os territórios.

Por que falar da classe média?

Porque o padrão público de qualidade deve ser bom para todos. Quem pode escolher precisa encontrar no SUS uma opção confiável, e quem depende exclusivamente dele merece o mesmo respeito e a mesma qualidade. A prioridade continuará sendo clínica, nunca de renda.

Isso significa que o SUS não presta bons serviços hoje?

O SUS realiza cuidado essencial todos os dias. A proposta reconhece seus trabalhadores e suas instituições e quer tornar mais consistente a experiência de acesso. O que funciona bem deve ajudar a elevar o padrão de toda a rede.

Por que outra lei, se o direito já está na Constituição?

Para consolidar obrigações específicas de capacidade, financiamento, acompanhamento e continuidade. A lei nacional dará sustentação ao padrão de acesso; normas técnicas e planos territoriais organizarão sua execução e atualização.

Cada cidade terá de construir todos os serviços?

O cuidado cotidiano precisa estar próximo. Serviços que exigem escala, equipes e tecnologia mais complexa serão organizados regionalmente. Cada município terá sua estrutura essencial e referências definidas, com transporte e acompanhamento quando necessários.

Os parâmetros de equipes e leitos já são regras vigentes?

Os números apresentados como padrões desta proposta são compromissos de desenho da nova política. A legislação atual orienta a conta de adesão plena aos incentivos existentes; os novos parâmetros orientam a expansão que será defendida.

Por que uma equipe de Saúde da Família para duas mil pessoas?

É o padrão defendido para aproximar a equipe da população urbana e ampliar sua capacidade de acompanhar. Nas áreas rurais e de difícil acesso, a proposta reduz a população por equipe, reconhecendo dispersão e deslocamentos. O planejamento será feito por território.

A eMulti vai ter todas as especialidades em cada unidade?

O objetivo é assegurar acesso territorial organizado às especialidades necessárias, com equipes completas, jornadas e cuidado compartilhado. Isso pode combinar atendimento local, referência e telemedicina assistida. A composição será dimensionada, sem confundir a lista de especialidades admitidas com presença obrigatória de todas em cada equipe.

Atendimento de autismo dentro da escola substitui a rede de saúde?

A proposta aproxima saúde, escola e educação inclusiva, preservando suas funções. O cuidado terá plano individualizado e ligação com a atenção primária e as referências de saúde. Pessoas fora da escola e adultos continuarão incluídos no SUS.

Comprar consultas e exames é errado?

Consultas e exames necessários devem ser realizados. A crítica é à compra isolada como resposta permanente e suficiente. A proposta conecta a oferta ao diagnóstico, ao tratamento e à continuidade, com responsabilidade pelo que acontece depois.

A proposta é contra emendas, consórcios ou hospitais filantrópicos?

É a favor de que todos os recursos e instrumentos fortaleçam uma rede responsável. Emendas podem ampliar capacidade. Consórcios podem organizar cooperação. Hospitais filantrópicos podem cumprir referências regionais. O ponto comum será o compromisso com acesso, qualidade e continuidade.

Orçamento global pode reduzir atendimento?

O modelo proposto associa o financiamento da capacidade a obrigações de oferta, qualidade e acesso. Acompanhamento das necessidades, dos atrasos, das recusas e da complexidade orientará os ajustes. O contrato deverá sustentar o cuidado necessário e responder a mudanças relevantes da demanda.

A fila será organizada apenas por ordem de chegada?

Risco, necessidade clínica, tempo e critérios de equidade orientarão a prioridade, respeitadas as prioridades legais. Entre situações comparáveis, a ordem temporal será preservada. Mudanças de prioridade terão fundamento assistencial e registro.

O que acontece se a condição de saúde piorar?

A pessoa terá um caminho para informar a mudança e receber reavaliação. Situações urgentes seguirão seus fluxos próprios, sem esperar pelo atendimento programado. A rede de acompanhamento deverá permanecer identificada.

Em quantos dias o atendimento será garantido?

O padrão depende da linha de cuidado e do risco. A proposta exige que esse padrão seja definido, acompanhado e comunicado, e que o atraso provoque uma providência. Não há um único prazo adequado a todas as necessidades.

E quando não houver vaga?

A rede deverá organizar a resposta: reavaliar a necessidade, buscar capacidade, ampliar oferta ou acionar outra referência, com os apoios indicados ao percurso. A obrigação de resposta estará ligada ao planejamento e ao financiamento da capacidade.

Uma plataforma nacional resolverá tudo?

A tecnologia apoiará a rede. Ela precisa vir acompanhada de equipes, agendas, referências e orçamento. Sua função será preservar informação, facilitar o trabalho compartilhado e dar transparência ao caminho, com canais também presenciais e assistidos.

Quanto custará?

A conta distinguirá investimento, custeio total e acréscimo necessário. Haverá uma simulação de adesão plena aos incentivos vigentes e uma conta específica para os novos padrões. Transferências ao município, custeio federal direto e investimentos serão apresentados separadamente. O valor nacional dependerá do dimensionamento territorial, sem presumir que os incentivos atuais financiem toda a expansão.

A União vai transferir a responsabilidade financeira aos municípios?

A proposta prevê deveres das três esferas, com financiamento federal redistributivo e cofinanciamento estadual e municipal. A atribuição de uma responsabilidade deverá vir acompanhada de programação, recursos e apoio à execução.

O que foi descontinuado no Espírito Santo?

Nésio avalia que a integração construída não foi preservada em toda a sua amplitude. A comparação normativa registra mudança na remuneração das consultas em 2023, com manutenção de componentes pré-fixados e de desempenho. A proposta nacional traduz esse aprendizado em defesa de continuidade legal e orçamentária.

O que um deputado federal pode realmente entregar?

Pode apresentar e defender a lei, disputar orçamento, articular apoio, fiscalizar e prestar contas. A execução exige as instituições do SUS. O compromisso do mandato será construir as condições permanentes do acesso, preservando a decisão clínica sobre o atendimento de cada pessoa.

Fontes de apoio e notas de precisão

Experiência capixaba

Cena de origem. Sesa, lançamento do Acessa e Confia e seminário estadual de junho de 2022. A teleinterconsulta descrita foi uma simulação de demonstração. [Lançamento](#), [seminário](#).

Rede de Atenção e Vigilância em Saúde. Portaria Sesa nº 102-R, de 20 de maio de 2021. Referência para a organização territorial e formativa do cuidado. [Documento](#).

Acessa e Confia. LAIS/UFRN, 24 de junho de 2022. Parceria, desenho da plataforma e experiência do usuário. [Publicação](#).

Contratualização. Portarias Sesa nº 076-R/2022 e nº 042-R/2023, especialmente seus dispositivos de composição do financiamento. [Norma de 2022](#), [atualização de 2023](#).

Pandemia e capacidade da rede. Relatório Anual de Gestão da Sesa de 2021, seção de análises gerais. [Relatório](#).

População e equipes. IBGE, estimativa municipal de 2025; CNES, recorte de equipes ativas de julho de 2026, em agregados já processados. Razões apresentadas: $11.046 \div 6 = 1.841$; $376.200 \div 62 = 6.068$ habitantes por eSF. Não medem adscrição, cobertura efetiva ou carga individual de trabalho. [IBGE](#), [CNES](#).

Políticas e instrumentos nacionais

Organização e participação no SUS. Constituição Federal, arts. 196 a 200; Leis nº 8.080/1990 e nº 8.142/1990. Constituição, Lei Orgânica, participação social.

Atenção especializada e regulação. Portaria GM/MS nº 1.604/2023; Lei nº 15.233/2025; Portaria GM/MS nº 9.262/2025. PNAES, Agora Tem Especialistas, PNR-SUS.

eMulti e saúde bucal. Portarias GM/MS nº 9.584/2025 e nº 6.748/2025. A expansão de SESB por bairros de cidades grandes integra a proposta; não é apresentada como autorização já vigente. [eMulti](#), [SESB](#).

Escola, reabilitação e integração digital. Referências institucionais do PSE, Crefes, e-SUS APS e RNDS. [PSE](#), [Crefes](#), [cuidado compartilhado](#), [RNDS](#).

Referências de coordenação pública. Sistema Nacional de Transplantes e SAMU 192. Cada um possui finalidade e regras próprias; a proposta utiliza seus aprendizados institucionais. [Transplantes](#), [SAMU](#), [regulação das urgências](#).

Financiamento e privacidade. OMS, guia sobre sistemas mistos de pagamento a prestadores, 2019; Lei nº 13.709/2018. [Guia da OMS](#), [LGPD](#).

Precisões para uso público

Os parâmetros de 2.000 pessoas por eSF urbana, 1.000 a 1.500 por eSF rural, centros de reabilitação acima de 100 mil habitantes e referência de 3,5 leitos por mil são propostas de política pública. O detalhamento hospitalar deverá explicitar o universo do indicador, a oferta disponível ao SUS e a composição dos leitos antes de produzir estimativas numéricas de expansão e custo.

A avaliação de perda de continuidade no Espírito Santo é apresentada como interpretação de Nésio, acompanhada da mudança contratual documentada. O texto não afirma extinção integral dos mecanismos de desempenho nem encerramento comprovado da plataforma. A experiência da pandemia não é usada como medição de utilização do SUS por classe de renda.

Fontes históricas e normativas consultadas para esta edição em 14 de setembro de 2026. Os links permitem aprofundamento; os parâmetros propostos e as peças de comunicação expressam a formulação programática apresentada neste documento.