

NÉSIO FERNANDES

LIVRO DO MANDATO / ELEIÇÕES 2026

Experiência para voltar a cuidar.

14 propostas para transformar experiência em direitos,
capacidade e futuro.

Do Terceiro Pacto Capixaba ao mandato federal



DR. NÉSIO FERNANDES

DEPUTADO FEDERAL · ESPÍRITO SANTO

6565

Sumário

Toque em um título para ir ao capítulo. O rodapé de cada página traz você de volta ao sumário.

Uma palavra ao leitor. Experiência não é troféu. É responsabilidade.	4
A tese do mandato. Fazer o Estado funcionar onde a vida acontece.	5
Mapa de leitura. Quatorze propostas, uma mesma responsabilidade pública.	7
Primeiro Movimento. Terra Do Cuidado Público.	9
01. Política Nacional de Garantia do Acesso à Saúde	10
02. Programa Nacional de Garantia do Cuidado	24
03. Atenção Primária que chega e resolve	32
04. Política Nacional de Contratualização do SUS	41
05. Estratégia Nacional de Valorização: formar, fixar e dar futuro a quem cuida	45
Segundo Movimento. Rio, Mar E Trabalho.	51
06. Rio Doce Tech	52
07. Tarifa Zero com qualidade	56
08. Nova industrialização capixaba - do interior para o mar	60
Terceiro Movimento. Conhecimento Que Permanece.	64
09. Universidade Capixaba	65
10. Rede Capixaba de Capacidades por Missão	69
Quarto Movimento. O Território Que Cuida Com Rede Completa.	73
11. Hospital Estadual da Região Sul	74
12. Centrais Sul e Norte de Regulação do SAMU 192	79

13. Rede Capixaba de Reabilitação e Saúde Funcional	83
14. Cultura, Convivência e Saúde	90
Como as propostas se conectam. Uma arquitetura, não uma coleção de promessas. . .	94
Sistema de indicadores. Da transição demográfica ao resultado na vida.	95

LIVRO DO MANDATO

Uma palavra ao leitor. Experiência não é troféu. É responsabilidade.

O Terceiro Pacto Capixaba foi escrito para organizar uma pergunta sobre o futuro: o que o Espírito Santo pode construir a partir da estabilidade que conquistou? Este livro parte dessa mesma pergunta, mas a desloca para uma tarefa mais concreta: o que um mandato federal pode fazer para transformar uma visão de Estado em direitos que funcionem na vida das pessoas?

Minha trajetória foi construída dentro do Sistema Único de Saúde. Aprendi, na gestão municipal, na Secretaria de Estado da Saúde, no Conass e no Ministério da Saúde, que a política pública só existe por inteiro quando alguém consegue usá-la. Uma lei pode reconhecer um direito. Um orçamento pode reservar recursos. Um prédio pode ser inaugurado. Mas o que muda a vida é a capacidade de fazer essas peças trabalharem juntas, com responsabilidade, continuidade e qualidade.

É por isso que as quatorze propostas reunidas aqui não formam uma lista de promessas. Elas compõem uma arquitetura. Na saúde, o compromisso é acompanhar o percurso da pessoa até o cuidado. No desenvolvimento, é fazer conhecimento, infraestrutura e investimento produzirem trabalho e capacidade dentro do território. Na mobilidade, na cultura, na educação e na reabilitação, a mesma pergunta retorna: o direito existe de verdade quando a pessoa consegue alcançá-lo?

Também faço uma escolha sobre o papel do mandato. O gabinete não deve ser uma porta particular para conseguir uma vaga, um exame ou um benefício que deveria estar garantido pela regra pública. Um deputado federal pode legislar, disputar orçamento, fiscalizar, convocar debate, articular governos e instituições e prestar contas. Não pode substituir o gestor que opera um hospital, organiza uma linha de ônibus ou administra uma universidade. Essa fronteira não diminui a política; ela torna o compromisso mais sério.

O que proponho é um mandato que transforme experiência em instrumento público. Que leve ao Congresso o que aprendemos no Espírito Santo, reconheça os limites do que já fizemos e organize novas capacidades para o futuro. Um mandato para ajudar a fazer a porta pública funcionar - e para que ninguém precise de uma porta particular na política.

**Direito que funciona. Capacidade que permanece.
Desenvolvimento que chega ao território.**

LIVRO DO MANDATO

A tese do mandato. Fazer o Estado funcionar onde a vida acontece.

As quatorze propostas nascem de uma ideia simples: reconhecer direitos é indispensável, mas não suficiente. O Estado precisa ter capacidade para realizá-los, e essa capacidade precisa chegar ao território. Sem equipe, orçamento, tecnologia, instituições e responsabilidade, a promessa não vira serviço. Sem ligação com os bairros, as cidades, o campo e as regiões, a capacidade fica distante das pessoas.

A experiência capixaba oferece uma base concreta para essa formulação. O Estado reconstruiu instituições, atravessou a pandemia com coordenação pública, ampliou redes e produziu soluções em saúde, formação e gestão. O aprendizado não é que tudo tenha sido resolvido. É que decisões coletivas, quando ganham instituições, financiamento e método, podem continuar produzindo resultados depois do momento em que foram criadas.

TRÊS MOVIMENTOS

- Cuidado e direitos - fazer a rede pública acompanhar as pessoas com continuidade, dignidade e confiança.
- Capacidade e conhecimento - transformar ciência, formação, instituições e tecnologia em capacidade pública que permanece.

- Território, trabalho e desenvolvimento - ligar mobilidade, produção, infraestrutura e oportunidades às pessoas e às regiões.

Esses movimentos não formam gavetas. O Hospital Estadual da Região Sul é uma proposta de saúde e, ao mesmo tempo, uma escolha territorial de desenvolvimento. A Universidade Capixaba é educação, ciência e interiorização. A Tarifa Zero é mobilidade, mas também é acesso ao trabalho, à saúde, à cultura e ao cuidado. A cultura tem valor próprio e, quando dialoga com saúde e convivência, amplia possibilidades de autonomia sem perder sua liberdade.

COMO AS PROPOSTAS SE ORGANIZAM

- Proposta-mãe: P01 - Política Nacional de Garantia do Acesso à Saúde.
- Políticas estruturantes: P02, P03, P04, P05, P07, P13 e P14.
- Capacidades de desenvolvimento: P06, P08, P09 e P10.
- Compromissos territoriais: P11 e P12.

Direito sem capacidade vira promessa. Capacidade sem território não alcança as pessoas.

LIVRO DO MANDATO

Mapa de leitura. Quatorze propostas, uma mesma responsabilidade pública.

01 Garantia do Acesso à Saúde - a rede assume o percurso até o cuidado.

02 Garantia do Cuidado - quem cuida também precisa de cuidado.

03 Atenção Primária que chega e resolve - equipe suficiente e especialista apoiando o território.

04 Contratualização do SUS - cada serviço com responsabilidade, capacidade e resultado.

05 Valorização de quem cuida - formar, fixar e construir futuro para os trabalhadores do SUS.

06 Rio Doce Tech - ciência, reparação, produção e trabalho qualificado.

07 Tarifa Zero com qualidade - gratuidade acompanhada de oferta, integração e transparência.

08 Nova industrialização capixaba - mais valor e trabalho do interior para o mar.

09 Universidade Capixaba - formação e pesquisa perto dos desafios do Estado.

10 Capacidades por Missão - primeiro o problema; depois o arranjo institucional.

11 Hospital Estadual da Região Sul - capacidade pública hospitalar integrada à rede regional.

12 Centrais Sul e Norte do SAMU 192 - um só 192, regulação mais perto e rede mais resiliente.

13 Reabilitação e Saúde Funcional - autonomia para viver, estudar, trabalhar e participar.

14 Cultura, Convivência e Saúde - criar, conviver e pertencer como direitos no território.

O MANDATO USA QUATRO INSTRUMENTOS

Legislação para dar permanência a direitos e responsabilidades. Orçamento para financiar capacidade e não somente anúncios. Fiscalização para comparar o que foi pactuado com o que chegou à população. Articulação para reunir União, Estado, municípios, universidades, trabalhadores, setor produtivo e sociedade em torno de objetivos públicos.

COMO ESTE LIVRO SE ORGANIZA

Cada capítulo abre com um quadro de síntese. Ele explicita quatro perguntas que o livro precisa responder sem rodeios: **qual problema concreto machuca a vida das pessoas; como a proposta pretende resolvê-lo; de onde vem minha autoridade para defendê-la; e o que cabe a um deputado federal fazer para tirá-la do papel.** O restante do capítulo aprofunda o desenho, os limites e os compromissos.



Terra do cuidado público

A abertura do livro precisava começar pelo lugar em que a vida dói com mais força: o momento em que uma pessoa procura o Estado porque precisa de cuidado. Por isso, os cinco primeiros capítulos formam um mesmo arco. Eles mostram que acesso, cuidado, atenção primária, contratualização e valorização do trabalho não são temas separados. São etapas de uma mesma responsabilidade pública. Primeiro, garantir que a pessoa entre na rede. Depois, assegurar que haja vínculo, equipe, retaguarda, serviço responsável e trabalhadores capazes de sustentar tudo isso no cotidiano.

EIXO TRANSVERSAL - UMA REDE PREPARADA PARA A TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA

O desenho do SUS precisa acompanhar a mudança da população. Haverá proporcionalmente mais pessoas idosas, mais gente vivendo por longos períodos com multimorbidades, fragilidade e dependência de cuidados, mais necessidade de atenção em domicílios e instituições e mais famílias conciliando trabalho com cuidado continuado. Ao mesmo tempo, muda a composição das agendas tradicionais da Atenção Primária: menor peso relativo de pré-natal e puericultura de rotina e maior presença de crianças e adolescentes com deficiência, neurodivergência, condições crônicas e dependência de cuidados, inclusive na articulação com a escola. Essa transição não cria uma política separada. Ela redefine quanto tempo, equipe, estrutura e integração cada política precisa ter.

Por isso, a transição demográfica atravessa todo este primeiro movimento e reaparece, sem repetição, nas consequências concretas de cada proposta: no tamanho das equipes, na rede de cuidados, na reabilitação, no desenho hospitalar e no Padrão Nacional de Capacidade Essencial.



Política Nacional de Garantia do Acesso à Saúde

Poder confiar quando precisar.

O ESSENCIAL

O que acontece hoje

A pessoa entra no SUS, recebe um encaminhamento e muitas vezes passa a carregar sozinha a tarefa de descobrir onde será atendida, quando, por quem e o que acontece depois. A fila aparece como se fosse o problema inteiro, mas a dor real é a ausência de responsabilidade pelo percurso até o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e o seguimento.

O que proponho

Cria uma Política Nacional de Garantia do Acesso que liga um Padrão Nacional de Capacidade Essencial, rede responsável por cada necessidade e financiamento permanente. O direito será nacional; a organização poderá se adaptar ao território, mas nenhum município ou região poderá ficar abaixo de um piso mínimo de capacidade sem plano de adequação, prazo, responsabilidade e cofinanciamento definidos. A pessoa passa a ter registro da demanda, prioridade clínica, referência identificada, informação clara, providência diante do atraso e continuidade até o cuidado necessário.

De onde vem esta proposta

À frente da SESA, participei da reorganização regional do cuidado, da Rede de Atenção e Vigilância em Saúde, da autorregulação formativa, da plataforma ACESSA e Confia e do novo modelo de contratualização. Vi de perto onde uma rede funciona e onde ela se rompe. Minha proposta nasce dessa experiência concreta - inclusive de seus limites - e a transforma em uma política de Estado.

O ESSENCIAL

No Congresso

Legislar, disputar financiamento regular, fiscalizar tempos e responsabilidades e impedir que o acesso dependa de favor político.

Quando um encaminhamento vira peregrinação

Quando uma pessoa sai de uma unidade de saúde com um encaminhamento na mão, ela não sai apenas com um papel. Sai com uma pergunta: **o que vai acontecer agora?** Às vezes precisa de um exame. Às vezes de um especialista. Em outros casos, de uma cirurgia, de reabilitação ou de acompanhamento por muitos meses. O problema começa quando ninguém consegue dizer com clareza quem assume a etapa seguinte.

É aí que a fila deixa de ser apenas um número e vira sofrimento. A família telefona, procura informação, tenta encaixe, pergunta a conhecidos, recorre a quem tem influência. Um pedido pode mudar de sistema, de prestador ou de município e perder parte da sua história. Há pessoas que esperam sem saber se o pedido está correto, se a prioridade foi revista, se existe previsão ou sequer qual serviço deveria atendê-las. E, quando finalmente acontece uma consulta, pode surgir outra etapa sem responsável definido.

A saúde pública não pode obrigar cada família a funcionar como reguladora do próprio tratamento. A pessoa não deveria precisar descobrir sozinha como fazer os serviços conversarem. O acesso precisa ser uma responsabilidade da rede desde o primeiro registro até onde o cuidado exigir.

A proposta

A Política Nacional de Garantia do Acesso à Saúde parte de três obrigações que precisam caminhar juntas: **estrutura suficiente no território, rede responsável pelo percurso e financiamento capaz de manter o cuidado funcionando.**

A primeira obrigação é de capacidade. Uma unidade construída só cumpre sua função quando tem equipe, jornada, insumos, equipamentos e condições de atender. Uma referência regional só existe de verdade quando consegue

receber as pessoas pelas quais responde. Por isso, proponho padrões nacionais de suficiência que orientem a expansão da Saúde da Família, da saúde bucal, das equipes multiprofissionais, da reabilitação, da atenção especializada, dos hospitais e dos serviços de alta complexidade.

Como horizonte programático, defendo uma equipe completa de Saúde da Família para até duas mil pessoas nas áreas urbanas e entre mil e mil e quinhentas nas áreas rurais ou de difícil acesso, com ajuste pela dispersão e pela carga de cuidado. A redução da população por equipe tem uma razão concreta: **a agenda da Atenção Primária mudou com a transição demográfica e epidemiológica**. Uma população mais envelhecida exige mais tempo para acompanhamento de multimorbidades, fragilidade, reabilitação, cuidado domiciliar e apoio a famílias e cuidadores. Há mais pessoas idosas vivendo em casa e em instituições de longa permanência que precisam da presença da equipe no território. Ao mesmo tempo, a queda da fecundidade reduz o peso relativo das agendas de pré-natal e puericultura tradicional, enquanto cresce a necessidade de acompanhar crianças com deficiência, condições crônicas, neurodivergência e dependência de cuidados, inclusive articulando saúde e escola.

Reduzir a população por equipe não significa reduzir a oferta da UBS. É justamente o contrário: significa **fazer caber na agenda quem precisa de mais tempo e cuidado sem fechar a porta para quem procura atendimento na unidade**. A equipe precisa conseguir visitar domicílios, acompanhar instituições, participar da Saúde na Escola e cuidar de situações complexas sem sacrificar consultas, vacinação, procedimentos, saúde da mulher, atenção aguda e o acesso cotidiano aos serviços da UBS. O mesmo princípio vale para saúde bucal, eMulti, reabilitação e capacidade hospitalar: o planejamento precisa olhar população, necessidade, distância, perfil assistencial e território real, inclusive dentro das grandes cidades.

Um sistema único precisa de um piso nacional de capacidade

O SUS é nacional, o direito à saúde é constitucional e a obrigação de garanti-lo pertence ao Estado brasileiro. A própria Constituição, ao mesmo tempo em que estabelece universalidade e integralidade, organiza o SUS de forma descentralizada, com direção em cada esfera de governo. **Descentralização, porém, não pode significar que o direito exista em um município e desapareça no município vizinho por uma decisão administrativa local.**

Há hoje normas nacionais, parâmetros, habilitações, incentivos e regras de financiamento em muitas áreas do SUS. O que proponho é dar um passo além: transformar essas referências em um **Padrão Nacional de Capacidade Essencial**, com pisos de estrutura, equipe, carga horária e oferta por território e por escala regional. A autonomia local continuaria existindo para organizar como cumprir o padrão e para ampliar a oferta. O que deixaria de ser discricionário é a existência do mínimo necessário para realizar o direito.

Esse piso não será uma conta cega por habitante. A regulamentação nacional deverá incorporar **perfil etário, carga de doenças crônicas, dependência funcional, população em instituições, necessidade de cuidado domiciliar, ruralidade, dispersão e tempo de deslocamento**. O país terá um piso comum de cidadania, mas o dimensionamento reconhecerá que territórios com maior carga de cuidado precisam de mais capacidade para garantir o mesmo direito.

A regra precisa ser acompanhada de financiamento. **Obrigação sem recurso vira transferência de responsabilidade**. Por isso, para cada capacidade mínima haverá estimativa de custo, participação federativa, cronograma de implantação e mecanismo de compensação para territórios mais vulneráveis. Onde o piso ainda não estiver alcançado, deverá existir um plano público de adequação com prazo e responsáveis identificados.

A pergunta que orienta essa mudança é simples: **se o sistema é único, se o direito é nacional e se a obrigação é constitucional, por que a garantia material desse direito deve depender apenas da vontade administrativa do lugar onde a pessoa mora?** A descentralização deve aproximar a decisão da realidade; não pode autorizar desigualdade estrutural abaixo de um padrão comum de cidadania.

PADRÃO NACIONAL DE CAPACIDADE ESSENCIAL

Atenção Primária

uma equipe completa de Saúde da Família para até 2.000 pessoas em áreas urbanas e de 1.000 a 1.500 em áreas rurais ou de difícil acesso, com ajuste por dispersão e carga de cuidado.

Saúde Bucal

uma equipe de Saúde Bucal acompanhando a mesma expansão territorial da Saúde da Família, presente na UBS, na comunidade e no domicílio. Além da atenção clínica na unidade, o padrão deverá prever busca ativa, cuidado de pessoas institucionalizadas e atendimento odontológico domiciliar com cadeiras e equipamentos portáteis para quem não consegue chegar à UBS - como pessoas após AVC, com deficiência, fragilidade avançada ou grande dependência de cuidados. SESB e CEO completam a referência especializada conforme porte e necessidade.

eMulti + PADI

acesso regular a pelo menos 10 especialidades médicas de referência, com piso de 100 horas semanais de carga horária médica especializada no arranjo padrão ou equivalente regional garantido, além das demais categorias multiprofissionais. O Programa de Atenção Domiciliar à Pessoa Idosa (PADI) integra essa capacidade: a eMulti leva avaliação multidimensional, plano de cuidado, reabilitação, acompanhamento e orientação aos cuidadores para pessoas idosas restritas ao domicílio.

Melhor em Casa

todo território terá referência própria ou regional do Serviço de Atenção Domiciliar, com equipes do Melhor em Casa integradas à APS, hospitais, urgências e reabilitação. É a camada de cuidado domiciliar especializado para desospitalização, condições que exigem maior intensidade assistencial, reabilitação e cuidados paliativos quando indicados.

PADRÃO NACIONAL DE CAPACIDADE ESSENCIAL

Reabilitação

porta local, apoio da APS/eMulti, serviços municipais e referências regionais, com CER, oficinas, tecnologia assistiva, transporte e funções de referência do CREFES organizadas por escala territorial. O piso deverá considerar também a demanda crescente associada ao envelhecimento, ao pós-AVC, a traumas, à fragilidade e à manutenção de funcionalidade no domicílio e em instituições.

Atenção hospitalar

referência programática de 3,5 leitos operacionais disponíveis ao SUS por mil habitantes no planejamento regional e macrorregional, desdobrada por perfil assistencial e sem dupla contagem. O dimensionamento deverá responder também ao envelhecimento, à multimorbidade, às necessidades pós-agudas e à capacidade da rede de alta segura, cuidado domiciliar e reabilitação.

Radioterapia e alta complexidade

capacidade mínima dimensionada regionalmente segundo incidência, necessidade clínica, tempo de deslocamento, equipe, equipamento, manutenção e prazo assistencial. O parâmetro quantitativo será atualizado por regulamentação técnica nacional; o que a lei não permitirá é território sem referência e sem responsabilidade definida.

Infraestrutura digital e transporte

prontuário e informação interoperáveis, teleassistência, regulação e transporte sanitário como parte da capacidade, e não como acessórios opcionais. O padrão deve permitir que a rede acompanhe a pessoa também fora da UBS e do hospital, inclusive no domicílio, na escola e em instituições de cuidado.

O piso é nacional; a forma de organizar pode variar. O território poderá oferecer mais e adaptar o arranjo. Ficar abaixo do mínimo exigirá plano público de adequação, prazo, responsáveis e financiamento.

O PISO TAMBÉM PRECISA MEDIR A CARGA DE CUIDADO

O dimensionamento nacional não será acompanhado apenas por número de equipes, leitos ou procedimentos. Cada território terá um retrato da carga de cuidado: estrutura etária, multimorbidade, dependência funcional, pessoas que necessitam de atenção domiciliar, moradores de instituições, crianças e adolescentes com necessidades complexas e quantidade de cuidado continuado exigida das famílias.

Essa leitura será comparada com a capacidade efetivamente disponível: horas de equipe, agendas, presença territorial, visitas domiciliares, cuidado institucional, carga horária especializada, eMulti/PADI, Melhor em Casa, reabilitação, Saúde Bucal, atenção domiciliar, leitos operacionais e referências regionais.

A pergunta deixa de ser somente “quantas equipes existem?” e passa a incluir: essa capacidade é suficiente para a quantidade e a intensidade de cuidado que esta população precisa?

Por isso, cobertura e produção continuam sendo medidas, mas não serão tratadas como resultado final. O painel deverá mostrar a sequência demografia → carga de cuidado → capacidade → acesso e continuidade → resultado na vida.

INFOGRÁFICO CENTRAL - DA DEMOGRAFIA AO RESULTADO

DEMOGRAFIA

envelhecimento, multimorbidade, deficiência, crianças com necessidades complexas, pessoas em instituições e famílias com maior responsabilidade de cuidado.

CARGA DE CUIDADO

frequência, tempo profissional, visitas domiciliares, apoio funcional, cuidado institucional, reabilitação e coordenação entre serviços.

INFOGRÁFICO CENTRAL - DA DEMOGRAFIA AO RESULTADO

CAPACIDADE

eSF e eSB dimensionadas; eMulti com núcleo especializado; PADI como extensão domiciliar da eMulti; Melhor em Casa como atenção domiciliar especializada; reabilitação, Centros-Dia, hospital, radioterapia, transporte e infraestrutura digital.

CUIDADO

UBS aberta, equipe no território, segunda opinião em até 72 horas, atendimento presencial ou a distância conforme indicação, cuidado em casa e em instituições, alta hospitalar com continuidade.

RESULTADO

acesso no prazo, autonomia, funcionalidade, segurança, participação, redução de sobrecarga familiar e confiança na rede.

Exemplo de dimensionamento: dois territórios com a mesma população podem exigir capacidades diferentes. O piso populacional define o mínimo de equipes; a carga de cuidado define reforços de horas profissionais, visitas, PADI, Melhor em Casa, reabilitação e apoio institucional. O direito é igual; a capacidade necessária para realizá-lo varia conforme a necessidade real.



INFOGRÁFICO 01

Do perfil da população ao resultado na vida

O mesmo número de habitantes pode exigir capacidades diferentes.

1 DEMOGRAFIA

Quem vive no território?

Idade, multimorbidade, deficiência, dependência funcional, pessoas em instituições e crianças com necessidades complexas.

2 CARGA DE CUIDADO

Quanto tempo e intensidade o cuidado exige?

Visitas domiciliares, cuidado institucional, reabilitação, coordenação entre serviços e apoio a quem cuida.

3 CAPACIDADE

O que precisa existir de verdade?

eSF + Saúde Bucal + eMulti com 10 especialidades + PADI no domicílio + Melhor em Casa + reabilitação + hospital + radioterapia + transporte + rede digital.

4 CUIDADO

A capacidade chegou à pessoa?

UBS aberta, equipe no território, segunda opinião em até 72 horas, atendimento presencial ou a distância, cuidado em casa e alta com continuidade.

5 RESULTADO

O que mudou na vida?

Acesso no prazo, autonomia, funcionalidade, segurança, participação, menor sobrecarga familiar e confiança na rede.

Infográfico 1 - Da transição demográfica ao resultado na vida.



Exemplo de dimensionamento por carga de cuidado

Dois territórios com 40 mil habitantes. O piso populacional é o mesmo. A necessidade não.

PISO NACIONAL COMUM

20 eSF + 20 eSB como referência urbana inicial

eMulti com núcleo médico especializado + referência PADI + referência Melhor em Casa

TERRITÓRIO A - CARGA DE CUIDADO MENOR

- População mais jovem e menor dependência funcional.
- Menor volume de pessoas restritas ao domicílio.
- Menor necessidade de visitas e cuidado institucional.
- Piso de equipes pode ser suficiente com agenda territorial regular.
- PADI e Melhor em Casa permanecem disponíveis como referência.

TERRITÓRIO B - CARGA DE CUIDADO MAIOR

- Mais pessoas idosas, multimorbidade e fragilidade.
- Mais pessoas restritas ao domicílio ou em instituições.
- Maior carga de reabilitação, Saúde Bucal domiciliar e apoio a cuidadores.
- O mesmo piso populacional precisa de reforço de horas, visitas e capacidade multiprofissional.
- PADI/eMulti ganha agenda domiciliar ampliada e o Melhor em Casa precisa de capacidade especializada compatível com altas e casos complexos.

MESMO DIREITO. CAPACIDADE AJUSTADA À NECESSIDADE.

O piso evita que qualquer território fique abaixo do mínimo. A carga de cuidado define o reforço necessário para que a UBS continue aberta e a rede consiga cuidar também no domicílio e nas instituições.

Infográfico 2 - Mesmo tamanho populacional, diferentes cargas de cuidado.

A segunda obrigação é de responsabilidade. Cada necessidade registrada deve ter uma referência de acompanhamento. Cada serviço precisa saber por quem responde e com quais outros serviços compartilha o cuidado. A atenção primária deve ser a referência preferencial, sem virar uma barreira. Quando a pessoa precisar de outro ponto da rede, a responsabilidade passa de forma organizada e documentada, e a informação retorna depois do atendimento.

FLUXO DO CUIDADO COMPARTILHADO: SEGUNDA OPINIÃO EM ATÉ 72 HORAS

1. Dia zero: necessidade registrada. A equipe de referência registra a necessidade, a hipótese clínica, os exames disponíveis e a pergunta que precisa ser respondida. A data original do pedido é preservada em todo o percurso.
2. Em até 72 horas: resposta especializada. Uma referência especializada do território analisa o caso e oferece uma segunda opinião clínica. Esse prazo vale para a resposta especializada às demandas programadas; urgências seguem fluxo imediato próprio.
3. A resposta pode seguir quatro caminhos. O caso pode ser resolvido na própria APS com orientação do especialista; pode seguir em cuidado compartilhado; pode exigir atendimento especializado a distância, por teleinterconsulta ou teleatendimento quando adequado; ou pode exigir consulta presencial, exame ou procedimento.
4. Quando houver necessidade de atendimento, vale o prazo clínico da linha de cuidado. A segunda opinião em até 72 horas não reinicia a fila nem apaga a data original. Ela qualifica o pedido e define o percurso. O atendimento presencial ou a distância deve acontecer dentro do prazo definido para aquela condição e risco.
5. Depois, a informação volta. Resultado, conduta, plano terapêutico e necessidade de seguimento retornam à equipe de referência. A pessoa não carrega sozinha a tarefa de fazer os serviços conversarem.

FLUXO DO CUIDADO COMPARTILHADO: SEGUNDA OPINIÃO EM ATÉ 72 HORAS

Esse fluxo transforma a regulação em cuidado compartilhado: a especialidade deixa de ser apenas um destino e passa a ser uma referência clínica acessível à equipe e à pessoa.

A terceira obrigação é financeira. Não basta pagar atos isolados e esperar que, por acaso, eles formem um tratamento. Consultas, exames e procedimentos são indispensáveis, mas o modo de pagar precisa sustentar a capacidade de cuidar. Proponho um **pagamento digno de base**, suficiente para manter equipe, plantão, infraestrutura, tecnologia, insumos e disponibilidade, acrescido de um **componente variável por metas de acesso, qualidade, segurança, continuidade, experiência e resultado**. A produção continuará sendo medida, auditada e usada no planejamento; não será o incentivo central do contrato. Quanto mais fragmentado o percurso, mais procedimentos podem aparecer sem que o problema tenha sido resolvido. O dinheiro público precisa premiar cuidado entregue, não faturamento isolado. Emendas podem ampliar oferta e investimento; não devem criar uma porta paralela em que o acesso dependa da relação com um gabinete.

COMO O SERVIÇO SERÁ PAGO

Base digna e previsível

financia a capacidade que precisa estar disponível todos os dias: trabalhadores, leitos, agendas, equipamentos, manutenção, retaguarda e integração da rede.

Componente variável por metas

acrescenta recursos quando o serviço cumpre objetivos públicos previamente pactuados: reduzir espera com segurança, ampliar acesso, evitar descontinuidade, melhorar experiência, cumprir protocolos e produzir melhores resultados.

COMO O SERVIÇO SERÁ PAGO

Não por produção como lógica dominante

consulta, exame, cirurgia e internação continuam registrados e auditados, mas fazer mais atos não gera automaticamente mais remuneração. O incentivo econômico deixa de premiar volume fragmentado e passa a premiar responsabilidade pelo cuidado.

Ajuste pela complexidade

serviços que cuidam de pacientes mais graves ou populações mais vulneráveis precisam de financiamento compatível; metas não podem estimular seleção de casos fáceis.

A proposta organiza **sete garantias para o percurso**: a necessidade fica registrada; a história é preservada; a prioridade segue critérios clínicos e públicos; há uma rede responsável; a pessoa recebe informação compreensível; o atraso provoca providência; e o cuidado continua depois do atendimento. Não existe um prazo único adequado a todas as situações. O compromisso é definir padrões por linha de cuidado e risco e agir quando o limite for ultrapassado.

Uma infraestrutura digital pública precisa apoiar esse percurso. A informação deve acompanhar a pessoa, não ficar presa ao fornecedor de um sistema. e-SUS APS, RNDS e soluções interoperáveis podem formar uma base comum para agenda, telemedicina, resultados, planos de cuidado e contrarreferência, com proteção de dados e canais presenciais para quem não utiliza meios digitais.

O que a experiência ensinou

No Espírito Santo, aprendemos que organizar acesso exige muito mais do que abrir agendas. A Rede de Atenção e Vigilância em Saúde buscou aproximar atenção primária e especializada. A autorregulação formativa territorial criou referências profissionais e institucionais para que uma equipe soubesse com quem discutir um caso. A plataforma Acessa e Confia foi concebida para apoiar esse trabalho compartilhado, integrar informações e acompanhar a experiência do usuário. A contratualização hospitalar de 2022 relacionou capacidade, perfil assistencial, território e desempenho.

Nada disso foi obra individual. Municípios, trabalhadores, hospitais, ICEPi, universidades e equipes da SESA participaram dessa construção. Minha responsabilidade foi liderar politicamente decisões, organizar cooperação e assumir a direção institucional. Também aprendi com o que não se consolidou. Mudanças posteriores mostraram como uma política complexa pode perder parte do seu sentido quando depende apenas de portarias, plataformas ou de um ciclo de governo.

É daí que nasce a proposta nacional: transformar aprendizados de gestão em **obrigação duradoura de planejar, financiar e cuidar**. Um direito não pode precisar ser reconstruído a cada eleição.

O que farei no Congresso

Quero apresentar e defender uma lei nacional de garantia do acesso, articulada à Lei Orgânica da Saúde e às políticas já existentes de atenção especializada e regulação. A lei deve fixar direitos do percurso, responsabilidades federativas, padrões essenciais de capacidade, deveres de financiamento e mecanismos de continuidade entre governos. A regulamentação técnica poderá atualizar parâmetros sem perder a obrigação central.

Vou disputar orçamento para equipes, infraestrutura, transporte sanitário, tecnologia, formação e capacidade regional; defender que emendas sejam conectadas aos planos do SUS; usar requerimentos de informação, audiências e comissões para acompanhar espera, capacidade e execução financeira; e prestar contas do que foi legislado, financiado, pactuado e efetivamente entregue.

Também quero levar para o debate nacional uma escolha política simples: **o gabinete não deve ser a porta necessária para conseguir cuidado**. Meu papel é fortalecer a porta pública para que prioridade clínica e regra comum valham para todos.

O direito não é entrar na fila. É chegar ao cuidado - com estrutura, responsabilidade e continuidade.

Garantir o acesso é assumir que a pessoa não pode ficar sozinha diante da fila. Mas isso ainda não basta. Entrar na rede não é o mesmo que ser cuidado. O passo seguinte é transformar portas de entrada em relações de continuidade, escuta e responsabilidade. É dessa travessia que nasce a proposta seguinte.



PROPOSTA 02

Programa Nacional de Garantia do Cuidado

Quem cuida também precisa de cuidado.

O ESSENCIAL

O que acontece hoje

Em muitas famílias, uma pessoa abandona parte do trabalho, do descanso e da própria vida para cuidar de uma criança, de alguém com deficiência, de um idoso, de uma pessoa com demência ou de quem perdeu autonomia. Quando saúde e assistência chegam de forma fragmentada, a família vira coordenadora solitária de uma necessidade social permanente.

O que proponho

Aprofunda a Política Nacional de Cuidados e organiza uma rede territorial com avaliação de necessidades, plano compartilhado, cuidado domiciliar, Centros-Dia, Centros de Convivência, descanso assistido, reabilitação, tecnologia assistiva, transporte e proteção dos trabalhadores do cuidado. Propõe ainda construir um Sistema e um Fundo Nacional de Cuidados com responsabilidades definidas.

O ESSENCIAL

De onde vem esta proposta

Na gestão estadual, participei da expansão do Melhor em Casa com equipes estaduais implantadas na Grande Vitória e trabalhei com redes que conectam hospital, Atenção Primária e cuidado no domicílio. A experiência me mostrou que alta hospitalar não encerra a necessidade e que a família não pode ser deixada sozinha para organizar o cuidado.

No Congresso

Aperfeiçoar a legislação nacional, estruturar financiamento progressivo, articular SUS e SUAS sem misturar finalidades e colocar cuidadores, pessoas cuidadas e trabalhadores no centro do debate.

Quando o cuidado pesa sozinho sobre a família

Em muitas casas, o dia começa antes de todo mundo acordar. Alguém separa remédios, prepara comida, ajuda outra pessoa a se levantar, tomar banho, se vestir, circular, ir a uma consulta ou simplesmente atravessar o dia com segurança. Esse cuidado sustenta a vida. Mas quase sempre ele aparece como se fosse uma obrigação privada, invisível e inesgotável.

Quando uma criança precisa de apoio continuado, quando uma pessoa com deficiência depende de ajuda para atividades cotidianas, quando um idoso perde autonomia ou quando uma demência avança, a família reorganiza tudo. Muitas vezes uma mulher reduz a jornada de trabalho ou deixa de trabalhar. Um parente mais velho cuida de outro idoso. Irmãos dividem tarefas sem orientação. A pessoa cuidadora passa meses ou anos sem descanso verdadeiro. E a pessoa que recebe cuidado corre o risco de ver sua vida reduzida à condição que gerou a dependência.

O problema não é o afeto familiar. O afeto é insubstituível. O problema é transformar amor em justificativa para a ausência do poder público. **Cuidar é uma responsabilidade social.**

A proposta

O Brasil já reconheceu em lei o direito ao cuidado, a cuidar e ao autocuidado. Minha proposta é dar sustentação material a esse direito, aprofundando a Política Nacional de Cuidados e construindo uma rede que funcione onde as pessoas vivem.

O ponto de partida é uma avaliação territorial das necessidades. Não existe uma única forma de dependência nem um único tipo de apoio. A pessoa pode precisar de cuidado domiciliar, transporte, reabilitação, tecnologia assistiva, apoio para alimentação, convivência durante o dia, descanso assistido para o cuidador, acompanhamento de demência ou articulação com escola e assistência social. Essa avaliação deve gerar um plano compartilhado com a própria pessoa e, quando ela desejar, com sua rede familiar.

A transição demográfica torna essa rede ainda mais necessária. Uma sociedade com mais pessoas idosas e mais sobrevivência a condições que antes levavam à morte terá **mais anos de vida convivendo com algum grau de dependência**, sem que isso signifique viver menos. O desafio público passa a ser sustentar autonomia, convivência e segurança por mais tempo, em casa, na comunidade e, quando necessário, em instituições. A política de cuidados organiza justamente esse intervalo entre o que a família consegue oferecer e o que o Estado precisa garantir de forma contínua.

A rede precisa combinar diferentes ofertas. **PADI, ligado à eMulti**, para levar a Atenção Primária e o cuidado multiprofissional à casa da pessoa idosa restrita ao domicílio. **Melhor em Casa** para a atenção domiciliar especializada, a desospitalização e os casos que exigem maior intensidade assistencial. **Centros-Dia** para atividades, acompanhamento e suporte durante parte do dia. **Centros de Convivência** para preservar vínculos e participação. **Serviços de respiro ou descanso assistido** para que o cuidador possa trabalhar, repousar ou resolver necessidades pessoais sem abandonar quem ama. **Reabilitação e tecnologia assistiva** para ampliar autonomia. **Transporte e acessibilidade** para que o serviço exista de verdade na vida cotidiana.

DISPOSITIVO - CENTRO-DIA

Serviço de cuidado durante parte do dia para pessoas que precisam de apoio continuado sem necessidade de institucionalização. Reúne cuidado pessoal, alimentação, atividades, convivência, estimulação funcional e apoio à família. A pessoa volta para casa; o serviço amplia autonomia e também devolve tempo ao cuidador.

DISPOSITIVO - CENTRO DE CONVIVÊNCIA

Espaço comunitário para encontro, participação, cultura, atividades coletivas e vínculos sociais. Não é hospital, clínica nem depósito de pessoas dependentes. Pode integrar a rede de cuidado sem exigir diagnóstico para participar e sem transformar convivência em terapia obrigatória.

DISPOSITIVO - DESCANSO ASSISTIDO / RESPIRO

Oferta temporária de cuidado qualificado para que a pessoa cuidadora possa descansar, trabalhar, cuidar da própria saúde ou resolver necessidades pessoais. Pode ocorrer no domicílio ou em serviço adequado. O objetivo é prevenir exaustão sem romper vínculos familiares.

DISPOSITIVO

PADI / eMulti NO DOMICÍLIO

O Programa de Atenção Domiciliar à Pessoa Idosa (PADI) integra a Atenção Primária e amplia a atuação domiciliar da eMulti. É a referência para pessoas com 60 anos ou mais restritas ao domicílio, especialmente com condições crônicas estáveis, declínio funcional ou cognitivo e necessidade de acompanhamento multiprofissional. A equipe realiza avaliação multidimensional, plano de cuidados, reabilitação, acompanhamento e orientação a familiares e cuidadores.

DISPOSITIVO**MELHOR EM CASA**

O Melhor em Casa organiza a atenção domiciliar especializada para situações que exigem maior intensidade assistencial. Suas equipes se conectam ao hospital, à urgência e à APS para apoiar desospitalização, continuidade de tratamentos, reabilitação e cuidados paliativos quando indicados. PADI e Melhor em Casa não competem: formam camadas complementares de uma mesma rede domiciliar.

DISPOSITIVO - TECNOLOGIA ASSISTIVA E REABILITAÇÃO

Órteses, próteses, comunicação alternativa, adaptações e outros recursos precisam vir acompanhados de avaliação, adaptação, treinamento, manutenção e seguimento. O objetivo não é entregar equipamento; é ampliar funcionalidade e participação.

DISPOSITIVO - PORTA DE CUIDADOS E PLANO COMPARTILHADO

A pessoa e sua rede familiar terão uma referência identificada para avaliar necessidades, organizar apoios e revisar o plano ao longo do tempo. Saúde, assistência e outras políticas cooperam sem apagar suas responsabilidades próprias.

COMO A TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA MUDA O CUIDADO

O objetivo não é criar um sistema paralelo para pessoas idosas. É reorganizar a rede existente para uma população em que cresce a necessidade de acompanhamento prolongado. Isso significa mais cuidado domiciliar, mais apoio a cuidadores, mais Centros-Dia e convivência, mais integração com reabilitação e maior capacidade de acompanhar pessoas em instituições sem romper o vínculo com o território.

Essa política não pode confundir cuidado com institucionalização. Sempre que possível e desejado, deve fortalecer soluções domiciliares e comunitárias. O objetivo não é substituir escolhas, mas ampliar possibilidades. Uma pessoa com dependência elevada continua tendo direito a sol, música, convivência, água, cultura, espiritualidade, relações familiares e participação social. Cuidado não é apenas administrar remédios e cumprir procedimentos. É proteger a vida que ainda acontece.

Também é preciso proteger quem trabalha profissionalmente com cuidado. Formação, remuneração, descanso, saúde do trabalhador e condições de trabalho precisam fazer parte da política. Organizações filantrópicas, sociais e comunitárias que prestam cuidado continuado podem integrar a rede, com contratos transparentes, metas públicas e financiamento compatível.

Defendo articular um **Sistema Nacional de Cuidados** e um **Fundo Nacional de Cuidados**. O fundo é instrumento, não milagre. Precisa de receitas, regras de distribuição e conexão com os instrumentos orçamentários. Recursos da saúde e da assistência devem manter suas finalidades; integração não significa caixa único nem dupla contagem.

COMO MEDIR SE O CUIDADO ESTÁ CHEGANDO

Necessidade de cuidado

pessoas avaliadas por grau de autonomia e dependência funcional, distinguindo apoio leve, moderado e intenso e reconhecendo mudanças ao longo do tempo.

Capacidade domiciliar e comunitária

eMulti aderentes ao PADI, pessoas idosas acompanhadas no domicílio, equipes do Melhor em Casa ativas, horas profissionais, visitas, vagas e frequência de Centros-Dia, Centros de Convivência, respiro, transporte e apoio às famílias.

Capacidade institucional

presença regular das equipes públicas nas instituições, planos de cuidado ativos, acesso a Saúde Bucal, reabilitação, medicamentos e atenção clínica sem romper o vínculo territorial.

COMO MEDIR SE O CUIDADO ESTÁ CHEGANDO

Tempo de quem cuida

carga semanal de cuidado não remunerado, possibilidade de descanso, necessidade de afastamento do trabalho e sobrecarga percebida. O objetivo não é controlar famílias, mas tornar visível o trabalho hoje escondido.

Resultado

autonomia, participação, segurança e continuidade de quem recebe cuidado, junto da redução da sobrecarga evitável de quem cuida.

Esses dados serão acompanhados de forma agregada e territorial, com instrumentos padronizados e proteção da informação pessoal. **O sistema precisa enxergar a pessoa cuidada e quem cuida, sem transformar nenhuma delas em estatística eleitoral ou cadastro de favor.**

O que a experiência ensinou

Na saúde, aprendi que uma alta hospitalar só é realmente uma alta segura quando existe continuidade. Em 2022, o Espírito Santo iniciou uma expansão estadual do Melhor em Casa com equipes financiadas pela SESA na Grande Vitória. A experiência de atenção domiciliar ajuda a mostrar uma parte do problema: pessoas que deixam o hospital ainda precisam de equipe, orientação, equipamentos, acompanhamento e apoio familiar.

Mas o cuidado é maior que a atenção domiciliar e maior que a saúde. A necessidade pode nascer da infância, da deficiência ou do envelhecimento, sem que exista uma doença como causa principal. É por isso que a proposta não transforma tudo em SUS. Ela exige cooperação entre saúde, assistência, educação, previdência e demais políticas, cada qual cumprindo suas responsabilidades.

Minha autoridade para defender essa agenda vem justamente do encontro entre gestão de redes de saúde e compreensão dos seus limites. O hospital consegue tratar uma fase aguda; a unidade básica consegue acompanhar; a reabilitação ajuda a recuperar funções. Ainda assim, existe uma parte enorme da vida diária que recai sobre famílias sem apoio. O próximo passo é reconhecer essa parte como política pública.

O que farei no Congresso

Quero trabalhar para aperfeiçoar a base legal da Política Nacional de Cuidados, construir instrumentos para um sistema e um fundo nacionais, garantir financiamento progressivo e exigir que cada nova responsabilidade venha acompanhada de fonte, equipe e capacidade de execução.

Vou defender orçamento para cuidado domiciliar, Centros-Dia, descanso assistido, transporte, tecnologia assistiva e formação de trabalhadores; promover audiências com pessoas cuidadas, familiares, trabalhadores e movimentos; e cobrar indicadores que mostrem não apenas quantos serviços existem, mas se reduziram sobrecarga, ampliaram autonomia e melhoraram a possibilidade de participação.

Quero também proteger um princípio: **cuidar não é retirar a pessoa da comunidade nem decidir por ela**. A política deve apoiar autonomia, convivência e escolhas.

O afeto continua indispensável. O abandono do poder público, não.

O cuidado só deixa de depender da sorte quando encontra uma base territorial forte. Por isso, depois de defender vínculos e continuidade, o livro chega à atenção primária: o lugar onde o cuidado começa, acompanha, coordena e, quando necessário, aciona toda a rede.



PROPOSTA 03

Atenção Primária que chega e resolve

Saúde perto de casa, com equipe suficiente e especialista apoiando o território.

O ESSENCIAL

O que acontece hoje

Ter UBS perto de casa não basta quando uma equipe acompanha gente demais, falta profissional, o especialista está distante e cada encaminhamento vira nova peregrinação. A desigualdade aparece entre municípios e também dentro das grandes cidades.

O que proponho

Define um horizonte de suficiência por território: equipes de Saúde da Família completas e melhor dimensionadas, Saúde Bucal e uma eMulti padrão com acesso regular a pelo menos 10 especialidades médicas, além das demais categorias multiprofissionais, cuidado domiciliar, Saúde na Escola, vigilância, telessaúde, conectividade e formação em serviço. A unidade resolve o que pode e permanece responsável quando precisa acionar outro ponto da rede.

De onde vem esta proposta

No Espírito Santo, minha gestão ajudou a construir o ICEPi, o Qualifica-APS e o APS+10, ligando formação, planejamento e infraestrutura da Atenção Primária. Depois, na Secretaria de Atenção Primária do Ministério da Saúde, trabalhei na expansão e no redesenho nacional da APS e apresentei um novo padrão de unidades no Novo PAC.

No Congresso

Defender cofinanciamento estável, formação, provimento e parâmetros nacionais que reduzam desigualdades de capacidade real entre territórios.

Quando a UBS precisa caber na vida do território

Uma unidade de saúde pode estar a poucas quadras de casa e, ainda assim, o cuidado continuar longe. Basta uma equipe atender gente demais, faltar profissional, a agenda ficar permanentemente lotada ou cada encaminhamento abrir um caminho que ninguém acompanha. A distância, nesse caso, não se mede em quilômetros. Mede-se no tempo que a pessoa espera, nas vezes que precisa voltar, na informação que se perde e no problema que poderia ter sido resolvido antes de piorar.

A desigualdade aparece de várias formas. Há municípios vizinhos com cargas muito diferentes por equipe. Dentro de uma mesma cidade, bairros populosos podem funcionar como se fossem municípios inteiros, mas sem a mesma estrutura. No campo, a dispersão aumenta o tempo de deslocamento e dificulta visitas. Em territórios vulneráveis, a equipe precisa dedicar mais tempo a problemas complexos. Um parâmetro abstrato não consegue enxergar tudo isso.

A Atenção Primária precisa ser a parte do SUS que conhece a pessoa antes da urgência e continua com ela depois do especialista, da internação ou da cirurgia. Para isso, precisa de gente, tempo, estrutura e retaguarda.

A agenda da UBS mudou com a transição demográfica

O desenho da Atenção Primária precisa acompanhar a população que existe hoje e a que teremos nas próximas décadas. A redução da fecundidade muda a composição das agendas: há, proporcionalmente, menos gestantes e menos crianças pequenas concentrando consultas de pré-natal e puericultura do que em períodos anteriores. Ao mesmo tempo, **cresce o peso do envelhecimento, das doenças crônicas, da fragilidade, da dependência funcional e do cuidado prolongado.**

Isso coloca mais idosos dentro de casa, mais pessoas com mobilidade reduzida, mais moradores de instituições de longa permanência e mais famílias que precisam que a equipe vá até onde a vida acontece. Também aumenta a necessidade de acompanhar, no ambiente escolar e comunitário, crianças e adolescentes com deficiência, neurodivergência, condições crônicas e

dependência de cuidados. A Saúde na Escola precisa deixar de ser apenas uma agenda episódica e passar a integrar o acompanhamento dessas necessidades com a equipe de referência.

É por isso que reduzir a população por equipe não é uma escolha abstrata nem uma promessa de conforto para o serviço. **É uma medida de capacidade assistencial.** Uma equipe responsável por menos pessoas consegue reservar tempo para visitas domiciliares, acompanhamento institucional, cuidado compartilhado, discussão de casos e busca ativa sem transformar a UBS numa porta fechada para quem precisa de consulta, vacina, procedimento ou atendimento no mesmo território.

MENOS PESSOAS POR EQUIPE PARA CABER MAIS CUIDADO NA AGENDA

A redução do número de pessoas por eSF tem uma finalidade objetiva: criar tempo clínico e territorial para acompanhar quem precisa mais, sem diminuir a oferta da UBS. A agenda deve comportar simultaneamente atendimento na unidade, visitas domiciliares, cuidado a pessoas institucionalizadas, Saúde na Escola, prevenção, condições crônicas, demanda aguda e coordenação com especialistas.

A equipe não deve escolher entre estar na UBS e estar no território. O dimensionamento precisa permitir as duas coisas.

A proposta

Defendo um **padrão nacional de suficiência territorial** para a Atenção Primária. O horizonte programático é de uma equipe de Saúde da Família para até duas mil pessoas em áreas urbanas e entre mil e mil e quinhentas em áreas rurais ou de difícil acesso, com parâmetros menores quando dispersão, isolamento, vulnerabilidade ou carga de cuidado justificarem. Não se trata de uma regra já existente. É uma direção de política para aproximar equipe e população.

Esse dimensionamento precisa acontecer dentro dos municípios. Uma média municipal pode esconder um bairro descoberto ou uma comunidade rural

distante. A pergunta deve ser: cada território tem equipe completa, jornada adequada, estrutura, acesso e capacidade de acompanhar sua população?

A Saúde Bucal deve ter o mesmo lugar territorial que a Saúde da Família. O dentista e a equipe de Saúde Bucal não podem ficar restritos ao consultório odontológico esperando quem consegue chegar até ele. Precisam estar integrados à UBS, conhecer a população, participar do planejamento da equipe, acompanhar grupos de maior risco e atuar também na comunidade, nas escolas, nas instituições e nos domicílios.

A transição demográfica torna essa presença ainda mais necessária. Uma pessoa que teve um AVC pode ter limitação de mobilidade, dificuldade para realizar a própria higiene bucal, alterações de deglutição e necessidade de apoio de familiares ou cuidadores. Pessoas com deficiência, idosos frágeis, acamados e moradores de instituições podem passar longos períodos sem conseguir chegar a um consultório. Para essas situações, a política deve financiar **odontologia domiciliar e territorial com cadeiras portáteis, equipamentos móveis, kits clínicos, iluminação, aspiração e instrumentos compatíveis com a realização segura de procedimentos fora da UBS.**

Isso permite fazer no domicílio ou na instituição aquilo que for clinicamente indicado e seguro: avaliação, prevenção, higiene assistida, manejo de dor, procedimentos restauradores e outros cuidados compatíveis com a estrutura portátil, com referência organizada para a UBS, SESB ou CEO quando houver necessidade de maior complexidade. O objetivo é evitar que incapacidade de locomoção se transforme em abandono odontológico.

SAÚDE BUCAL ONDE A PESSOA ESTÁ

Na UBS

consulta odontológica, prevenção, diagnóstico e procedimentos de atenção básica integrados à equipe de referência.

Na comunidade e na escola

promoção, busca ativa, avaliação de risco e ações articuladas à Saúde na Escola.

SAÚDE BUCAL ONDE A PESSOA ESTÁ

No domicílio e em instituições

atendimento a pessoas com AVC, deficiência, fragilidade, acamamento ou dependência de cuidado, com cadeira odontológica e equipamentos portáteis.

Na rede especializada

SESB e CEO recebem o que exige maior complexidade, sem romper o vínculo territorial.

A boca faz parte do corpo e do cuidado. Quem não consegue chegar ao consultório continua tendo direito à odontologia.

As **eMulti** são outra peça central. A política nacional já admite diferentes categorias profissionais e onze especialidades médicas. Hoje, porém, a norma permite que a equipe exista sem garantir que cada território tenha acesso regular a um núcleo amplo de especialistas. Minha proposta muda esse padrão.

Defendo uma **eMulti padrão nacional com pelo menos 10 especialidades médicas de referência**, além da composição multiprofissional não médica. Cada especialidade deverá ter carga horária territorial mínima e agenda regular de apoio às equipes vinculadas, combinando atendimento presencial, teleinterconsulta, consulta compartilhada, discussão de casos e atendimento direto quando indicado. O piso proposto é de **10 horas semanais por especialidade**, totalizando pelo menos **100 horas semanais de carga horária médica especializada** no núcleo mínimo de dez especialidades. O território poderá ampliar esse conjunto conforme perfil epidemiológico, demanda regulada e características locais; não poderá reduzir o núcleo nacional abaixo do padrão sem uma solução regional equivalente e garantida.

Para municípios pequenos, isso não exige manter dez especialistas isoladamente dentro de cada prefeitura. A oferta poderá ser compartilhada em arranjos intermunicipais ou regionais, desde que cada equipe de Saúde da Família saiba quais especialistas a apoiam, tenha agenda pactuada e consiga acessar essa retaguarda de forma regular. **O direito é da população; o arranjo administrativo é o meio.**

Também proponho **dobrar o financiamento federal de manutenção da eMulti para custear especificamente a carga horária médica especializada**, sem retirar recursos da composição multiprofissional atual. Tomando os valores federais vigentes como referência em 2026, o componente de manutenção passaria de R\$ 36 mil para R\$ 72 mil mensais na eMulti Ampliada, de R\$ 24 mil para R\$ 48 mil na Complementar e de R\$ 12 mil para R\$ 24 mil na Estratégica. O acréscimo de 100% formaria um **Componente de Carga Horária Médica Especializada**, condicionado à oferta comprovada de especialistas, agendas, produção assistencial, apoio matricial e integração com as equipes vinculadas.

Esse desenho preserva a natureza multiprofissional da eMulti. O objetivo não é medicalizar a Atenção Primária, e sim dar retaguarda clínica real para que a equipe de referência resolva mais perto de casa, reduza encaminhamentos evitáveis e saiba para onde conduzir os casos que exigem outro nível de cuidado.

Nesse mesmo desenho, o **PADI passa a ser um componente essencial da eMulti**. A agenda multiprofissional não termina na UBS: precisa alcançar pessoas idosas restritas ao domicílio, com avaliação funcional e cognitiva, plano de cuidado, reabilitação e apoio a familiares. Quando a intensidade do cuidado supera o escopo da APS/eMulti, o território aciona o **Melhor em Casa**, que assume a camada especializada da atenção domiciliar e mantém a contrarreferência para a equipe de Saúde da Família.

DUAS CAMADAS DE ATENÇÃO DOMICILIAR

eMulti + PADI

cuidado domiciliar vinculado à Atenção Primária, especialmente para pessoas idosas restritas ao domicílio, com condições crônicas estáveis, perda funcional ou cognitiva e necessidade de acompanhamento multiprofissional.

Melhor em Casa

cuidado domiciliar especializado para maior intensidade assistencial, desospitalização, continuidade terapêutica, reabilitação e cuidados paliativos quando indicados.

Uma única linha de cuidado

a pessoa não precisa escolher o programa. A rede define a intensidade adequada, preserva a equipe territorial de referência e faz a transição entre as camadas quando a necessidade muda.

A unidade também precisa se conectar ao cuidado domiciliar, à Saúde na Escola, à vigilância, à saúde mental e à reabilitação. **Médicos, enfermeiras, técnicos, agentes comunitários e equipes de Saúde Bucal precisam ter tempo protegido para sair da UBS e estar presentes nas casas, nas instituições e nos espaços comunitários**, sem que isso signifique cancelar a oferta regular da unidade. Esse equilíbrio só existe quando o número de pessoas por equipe é compatível com a complexidade real do território. A APS precisa ainda contar com infraestrutura digital pública para teleatendimento, agenda, regulação e retorno da informação. Quando uma consulta especializada ou internação acontecer, a equipe de referência continua sabendo o que ocorreu e o que vem depois.

A proposta não transforma a APS em uma barreira burocrática. Ao contrário: a equipe resolve o que pode, recebe apoio para resolver mais e, quando a necessidade exige outro nível, **aciona a rede sem romper o vínculo**.

O que a experiência ensinou

No Espírito Santo, o ICEPi e o Qualifica-APS mostraram a potência de formar profissionais dentro do serviço e aproximar educação permanente da realidade das equipes. O APS+10 organizou uma visão decenal para a Atenção Primária e vinculou planejamento e infraestrutura. Na gestão federal, à frente da Secretaria de Atenção Primária à Saúde, trabalhei numa agenda de expansão, provimento, financiamento e qualificação da APS e participei da apresentação de novos padrões de unidades para o Novo PAC.

Essas experiências reforçaram uma convicção: **cadastro não é capacidade**. Uma equipe pode estar homologada e não estar completa. Uma unidade pode existir e não ter agenda acessível. Um município pode ter cobertura formal e conviver com rotatividade alta ou territórios desassistidos. Por isso, a política precisa medir presença profissional, carga horária, vínculo, acesso, resolução e retorno do encaminhamento.

Também aprendi que não existe Atenção Primária forte se o profissional trabalha isolado. Um médico, uma enfermeira ou um dentista precisa ter com quem discutir casos, para onde encaminhar e de quem receber resposta. A retaguarda faz parte da capacidade da equipe.

O que farei no Congresso

Vou defender cofinanciamento federal plurianual para expansão de eSF, **Saúde Bucal**, eMulti, conectividade, infraestrutura e formação. Na Saúde Bucal, o financiamento deverá cobrir não apenas consultórios fixos, mas também **cadeiras odontológicas portáteis, equipamentos móveis, transporte, insumos e carga horária destinada ao cuidado domiciliar e institucional**. Na eMulti, quero transformar em regra nacional o núcleo mínimo de **10 especialidades médicas**, com pelo menos **100 horas semanais de carga horária médica especializada** por equipe padrão ou arranjo regional equivalente, e criar o **Componente de Carga Horária Médica Especializada**, com acréscimo de 100% sobre o financiamento federal de manutenção destinado a sustentar essa oferta. Quero fortalecer políticas de provimento e residências, especialmente onde há vazios assistenciais, e criar incentivos para equipes completas e estáveis.

Também vou cobrar transparência territorial. Credenciamento, composição, atividade e acesso precisam aparecer separadamente. A sociedade deve conseguir saber quantas pessoas estão vinculadas, onde há vaga profissional descoberta, qual apoio multiprofissional existe e se o encaminhamento retorna para a equipe.

O objetivo é simples de explicar: **a saúde precisa começar perto de casa e continuar com a pessoa até o problema estar resolvido ou adequadamente acompanhado.**

Ter UBS perto não basta. É preciso ter equipe suficiente, retaguarda e continuidade.

Uma atenção primária forte organiza o território, mas não resolve tudo sozinha. Quando a pessoa precisa de hospital, exame, cirurgia, reabilitação ou apoio especializado, é a rede inteira que precisa responder. A questão deixa de ser apenas porta de entrada e passa a ser responsabilidade dos serviços.



PROPOSTA 04

Política Nacional de Contratualização do SUS

Cada hospital com um povo para chamar de seu.

O ESSENCIAL

O que acontece hoje

O sistema pode pagar consulta, exame, internação e procedimento sem que ninguém assuma o problema da pessoa até o fim. Quando o contrato premia só volume, o serviço pode produzir muito e ainda assim deixar o percurso fragmentado, a fila sem responsável e o hospital sem previsibilidade para manter equipe e capacidade.

O que proponho

Define para cada hospital e serviço um perfil, uma população de referência, capacidade financiada e compromissos de acesso, segurança, qualidade, experiência e continuidade. O pagamento parte de uma base digna e previsível para sustentar a capacidade e acrescenta componente variável por metas públicas. Produção é medida e auditada, mas deixa de ser a lógica dominante de remuneração.

De onde vem esta proposta

Como secretário de Estado da Saúde, conduzi com as equipes da SESA e do ICEPi a implantação do novo modelo de contratualização de 2022, expresso nas Portarias 076-R e 107-R, que aproximou financiamento, perfil hospitalar, território e desempenho. Conheço tanto a potência quanto as dificuldades dessa mudança.

No Congresso

Atualizar diretrizes nacionais, induzir cofinanciamento responsável e fiscalizar separadamente contrato, capacidade, produção e resultado.

Quando o sistema paga atos, mas não assume o percurso

Para uma pessoa que espera uma cirurgia, um exame ou uma vaga hospitalar, pouco importa quantos procedimentos aparecem numa planilha se ninguém consegue responder: **quem é responsável por resolver esta necessidade?** O sistema pode pagar uma consulta, depois um exame, depois outra consulta e, ainda assim, deixar a família encarregada de ligar as partes.

O pagamento exclusivamente por produção cria um incentivo conhecido: cada ato realizado gera faturamento. Isso não significa que consulta ou procedimento sejam desnecessários. Significa que contar atos, sozinho, não mede se a pessoa foi cuidada. Um hospital também precisa manter equipe, leitos, tecnologia, plantão e retaguarda disponíveis mesmo quando não há um procedimento sendo faturado naquele minuto. Capacidade tem custo. Segurança tem custo. Continuidade tem custo.

Ao mesmo tempo, muitos hospitais filantrópicos convivem com contratos insuficientes, imprevisíveis ou pouco claros. Quando o contrato não reconhece a função regional e os custos necessários, fragiliza quem presta serviço e desorganiza o acesso. A solução não é abandonar a rede complementar. É contratá-la com responsabilidade pública.

A proposta

A Política Nacional de Contratualização do SUS que proponho parte de uma ideia: **cada hospital e serviço precisa saber qual é o seu papel, por qual população responde e com quais condições deve cumprir essa responsabilidade.**

Isso começa pela perfilização. Um hospital não é apenas um prédio com leitos. Tem um perfil assistencial, uma carteira de serviços, uma equipe, uma capacidade tecnológica, uma região de referência e relações com outros pontos da rede. O contrato deve explicitar quem será atendido, qual capacidade ficará disponível, como o acesso acontecerá, quais resultados serão acompanhados e como o financiamento será composto.

Defendo um modelo com duas camadas principais. A primeira é um **pagamento digno de base**, calculado para sustentar a capacidade que deve permanecer

disponível: equipes, leitos, plantões, insumos, infraestrutura, tecnologia, manutenção e integração regional. A segunda é um **componente variável por metas**, associado a acesso, segurança, experiência do usuário, continuidade, eficiência e resultado, sempre com ajuste pela complexidade dos casos.

A produção continua sendo registrada, auditada e utilizada para dimensionar demanda, capacidade e necessidade de revisão contratual. Mas não deve funcionar como a engrenagem que remunera automaticamente cada ato. **O serviço não deve ganhar mais simplesmente porque fragmentou o percurso em mais procedimentos.** Quando houver crescimento estrutural de demanda, o contrato precisa rever a base de capacidade e o conjunto de metas, em vez de transformar cada procedimento adicional em incentivo permanente ao volume.

Métodos como DRG podem ajudar a comparar perfis de internação, permanência, reinternações e complexidade. Mas nenhum índice composto pode esconder dimensões críticas. Um hospital não deve melhorar sua nota selecionando pacientes fáceis ou recusando necessidades complexas. O desenho precisa proteger equidade e segurança.

A população de referência também precisa ser bem compreendida. Ela não cria uma fronteira que impede atendimento. Organiza responsabilidade. Urgências, alta complexidade e pactuações inter-regionais continuam existindo. A pergunta é quem deve manter determinada capacidade e responder por determinadas necessidades no território.

Transparência é parte do contrato. A sociedade precisa conseguir distinguir **o que foi pactuado, o que estava disponível, o que foi produzido e qual resultado foi alcançado.** Oferta contratada não pode ser confundida com atendimento realizado.

O que a experiência ensinou

Em 2022, no Espírito Santo, conduzimos uma mudança de contratualização hospitalar que buscou ligar capacidade instalada, perfil assistencial, território, população de referência e desempenho. As Portarias 076-R e 107-R expressaram esse desenho. A parte pré-fixada financiava componentes de capacidade, inclusive referências territoriais; a produção era acompanhada e componentes de qualidade e desempenho integravam o modelo. O aprendizado que levo adiante é aprofundar esse desenho: dar predominância a uma base digna de capacidade e fazer o componente variável responder a metas públicas, não ao simples aumento do volume faturado.

Essa experiência mostrou que mudar a forma de pagar é também mudar a forma de organizar responsabilidade. Exige dados, regulação, auditoria, diálogo com hospitais, pactuação com municípios e capacidade institucional. Também mostrou que uma política pode ser alterada depois. Mudanças de 2023 reforçaram meu aprendizado sobre a necessidade de dar sustentação mais duradoura a princípios de territorialização e continuidade.

Não apresento o modelo capixaba como fórmula perfeita. Apresento como experiência concreta que permite formular melhor uma política nacional: preservar o que funcionou, reconhecer limites e criar proteções contra incentivos ruins.

O que farei no Congresso

Quero atualizar e consolidar diretrizes nacionais de contratualização, fortalecer o cofinanciamento federal condicionado a responsabilidades claras e ampliar a transparência dos contratos públicos e filantrópicos.

Vou fiscalizar de forma separada contrato, capacidade, produção, acesso e resultado; defender que recursos federais estejam associados a planos regionais; e proteger a filantropia de contratos inexecutáveis sem abrir mão da direção pública do SUS.

Meu compromisso não é substituir gestores locais na negociação de cada contrato. É criar regras, incentivos e fiscalização para que o dinheiro público financie uma rede que responda pela população.

Cada hospital com um povo para chamar de seu significa responsabilidade - não exclusividade.

Nenhum contrato, nenhum fluxo e nenhuma política se sustentam sem gente. O capítulo anterior organizou a responsabilidade dos serviços. Este mostra a base humana de qualquer sistema: trabalhadores valorizados, formados, protegidos e com perspectiva de futuro.



PROPOSTA 05

Estratégia Nacional de Valorização: formar, fixar e dar futuro a quem cuida

Formar especialistas. Sustentar carreiras. Dar continuidade ao cuidado.

O ESSENCIAL

O que acontece hoje

A população perde continuidade quando médicos e outros trabalhadores entram e saem o tempo todo das equipes. O profissional também perde perspectiva quando provimento, formação e carreira são tratados como etapas desconectadas. Formar sem fixar desperdiça conhecimento e vínculo.

O que proponho

Cria uma Estratégia Nacional de Valorização de quem trabalha no SUS, com formação, proteção, negociação, desenvolvimento e carreiras. No eixo médico, liga Mais Médicos, especialização em Medicina de Família e Comunidade e vínculo municipal estável, usando o financiamento federal como ponte para permanência.

O ESSENCIAL

De onde vem esta proposta

No Espírito Santo, ICEPi e Qualifica-APS aproximaram ensino e serviço durante minha gestão. Como presidente do Conass, defendi uma agenda nacional de especialistas. Na SAPS, participei da reformulação do Mais Médicos e dos primeiros ciclos de expansão, além de integrar a governança da ADAPS no período de transição para a AgSUS.

No Congresso

Transformar formação e provimento em política de Estado, disputar orçamento para residência, preceptoria e vínculos estáveis e criar uma arquitetura nacional que permita execução regional por instituições públicas próprias, sem concentrar toda a operação em um único executor federal.

Quando a equipe não consegue permanecer

Toda vez que um profissional deixa uma equipe, a comunidade perde mais que uma consulta. Perde memória. O novo trabalhador precisa reaprender quem são as famílias, quais pessoas têm maior risco, quem faltou ao acompanhamento, quais relações de confiança já estavam construídas. Em lugares com grande rotatividade, a unidade recomeça o tempo todo.

Para quem trabalha, a instabilidade também cobra um preço. Há profissionais que entram no SUS por programas temporários, recebem formação e acumulam experiência, mas não encontram uma ponte clara para vínculo estável e carreira. Outros trabalham sem tempo protegido para aprender, sem preceptoria ou sem perspectivas de desenvolvimento. O sistema investe em gente e depois perde parte da capacidade que ajudou a formar.

Provimento é indispensável onde há vazio. Mas provimento não pode ser o ponto final da política de trabalho. O desafio é transformar presença temporária em formação de qualidade e, quando houver condições, em permanência.

A proposta

Defendo uma **Estratégia Nacional de Valorização das Trabalhadoras e dos Trabalhadores do SUS**. Ela precisa alcançar enfermagem, odontologia, agentes comunitários e de combate às endemias, profissionais da reabilitação, equipes multiprofissionais, médicos e demais categorias. Formação permanente, proteção à saúde do trabalhador, negociação, desenvolvimento profissional, condições de trabalho e instrumentos de carreira devem fazer parte do mesmo desenho.

No eixo médico da Atenção Primária, proponho uma trajetória específica. Para atuar na Saúde da Família, o horizonte é ser especialista em Medicina de Família e Comunidade ou estar em processo qualificado de especialização. A residência permanece como padrão ouro. O provimento associado à formação em serviço pode ampliar a escala, desde que tenha supervisão, avaliação e uma rota válida de reconhecimento da especialidade.

A meta programática é formar **130 mil médicos de Família e Comunidade em dez anos**. Não se trata de um estoque atual nem de um número já financiado. É uma decisão de política que exige expansão de residências, campos de prática, preceptores, supervisão e orçamento. O número precisa ser acompanhado por coortes: ingresso, permanência, conclusão, elegibilidade e titulação, sem dupla contagem.

Também proponho um marco para a transição do Mais Médicos. Quando o país alcançar **40 mil médicos titulados em Medicina de Família e Comunidade**, poderemos iniciar, de forma gradual e segura, a conversão de vagas onde houver substituição por vínculo municipal estável. A prefeitura que preencher uma vaga elegível com MFC estatutário ou contratado pela CLT por tempo indeterminado poderá receber o recurso federal que sustentava aquela vaga como complemento adicional da equipe.

Essa conversão só acontece quando existe profissional elegível, admissão legal e garantia de continuidade. O financiamento do posto do programa precisa ser encerrado antes da conversão, para evitar dupla despesa. Vínculo precário não habilita. Onde ainda não há substituto, o provimento continua sendo necessário.

POLÍTICA NACIONAL, EXECUÇÃO REGIONAL COM CAPACIDADE PÚBLICA PRÓPRIA

A política nacional deverá definir padrões, financiamento, critérios de qualidade e metas de provimento, mas não precisa concentrar a execução regional em uma única entidade federal. Estados, municípios e consórcios poderão organizar a execução com instituições públicas próprias, habilitadas para atuar regionalmente em provimento, formação e gestão da força de trabalho.

No Espírito Santo, a Fundação iNOVA Capixaba é um exemplo concreto de como essa arquitetura pode funcionar. Uma fundação pública estadual com escala regional pode ser contratada por municípios ou consórcios para organizar seleção pública, provimento estável, gestão de vínculos, educação permanente e apoio às equipes, seguindo os padrões e metas definidos nacionalmente.

O ponto não é transformar a iNOVA em modelo obrigatório para o país. É mostrar que uma política nacional pode ter execução federativa e regionalizada, aproveitando instituições públicas já existentes em cada estado ou região. Em outros lugares, a execução poderá caber a fundações estaduais, consórcios públicos, autarquias, universidades, serviços sociais autônomos ou outros arranjos públicos adequados à missão.

A AgSUS pode cumprir funções nacionais ou participar de arranjos onde fizer sentido, mas não precisa ser a executora regional exclusiva da política. O mesmo vale para qualquer outra entidade federal. O desenho defendido é mais amplo: a União estabelece o padrão, cofinancia e acompanha; estados e municípios organizam a execução regional com capacidade pública própria.

Essa arquitetura resolve um problema concreto de escala. Municípios pequenos ou com alta rotatividade muitas vezes não conseguem, isoladamente, sustentar quadros estáveis de especialistas e outros profissionais. A escala regional permite compartilhar capacidade sem retirar o comando sanitário local e sem obrigar cada território a recriar sozinho toda a estrutura de provimento.

O mesmo princípio orienta as demais categorias: **formar, proteger, desenvolver e criar condições de permanência**. Carreira não precisa ter um único formato nacional; os entes empregadores preservam suas competências. A União, porém, pode induzir qualidade, apoiar financiamento e reduzir desigualdades territoriais.

O que a experiência ensinou

No Espírito Santo, o ICEPi e o Qualifica-APS aproximaram ensino e serviço, utilizando o próprio SUS como espaço de formação e desenvolvimento. Essa experiência mostrou que aprender no território pode melhorar a capacidade da equipe quando existe supervisão, método e compromisso com a rede.

Em 2022, no Conass, a agenda apresentada aos candidatos à Presidência já defendia uma política nacional de especialistas. Na Secretaria de Atenção Primária do Ministério da Saúde, participei da reformulação do Mais Médicos e dos primeiros ciclos de expansão do programa, que retomaram provimento associado à formação e introduziram novos incentivos de permanência e proteção. Também integrei a governança da ADAPS no período de transformação institucional que levou à AgSUS.

Essas experiências reforçaram duas lições. A primeira: o Brasil precisa de escala de formação sem perder qualidade. A segunda: formar sem criar perspectiva de permanência desperdiça parte do investimento público e fragiliza a continuidade do cuidado.

O que farei no Congresso

Quero defender uma estratégia nacional de trabalho e formação no SUS com base legal, orçamento plurianual e metas acompanháveis. Vou disputar recursos para residência, preceptoria, supervisão e provimento; propor a regra de transição por vaga quando o país atingir o marco de especialistas; e fiscalizar titulação, distribuição territorial, vínculo e continuidade.

Também quero reunir instituições formadoras, entidades profissionais, gestores, trabalhadores e usuários para discutir carreiras e proteção do trabalho sem transformar uma solução em imposição uniforme para todo o país.

Quero ainda criar, no desenho nacional, uma **rota de provimento público regional**. A União definirá padrões, metas, cofinanciamento e mecanismos de

avaliação, enquanto estados, municípios e consórcios poderão executar a política por meio de instituições públicas regionais próprias. No Espírito Santo, a **Fundação iNOVA Capixaba é uma possibilidade concreta dessa arquitetura**, mostrando como uma instituição estadual pode organizar provimento, formação e gestão de vínculos em escala regional. Em outros estados, outros arranjos públicos poderão cumprir a mesma função. A política nacional não terá um executor federal único obrigatório.

O objetivo é que o profissional encontre futuro no SUS e que a comunidade não precise reconstruir o vínculo a cada contrato.

Quem espera e quem atende estão do mesmo lado: precisam de equipe estável, formação e futuro.



MOVIMENTO 02

Rio, mar e trabalho

Se o cuidado é uma exigência humana imediata, o futuro também depende do modo como um território produz, circula e distribui oportunidades. Este segundo movimento desloca o livro para a economia concreta do Espírito Santo: reparação do Rio Doce, mobilidade e nova industrialização. Aqui, desenvolvimento não aparece como abstração macroeconômica. Ele é tratado como capacidade de gerar trabalho, conhecimento aplicado, deslocamento digno e permanência produtiva nos territórios.

Cuidar das pessoas também é cuidar das condições materiais do futuro. Depois do arco da saúde e do trabalho do cuidado, o livro abre um novo movimento: desenvolvimento, ciência, mobilidade e produção como partes da mesma tarefa pública. A primeira parada é o Rio Doce, onde reparação e futuro precisam deixar capacidade instalada.



PROPOSTA 06

Rio Doce Tech

Do Rio Doce para o futuro: ciência, tecnologia e trabalho qualificado.

O ESSENCIAL

O que acontece hoje

A reparação do Rio Doce corre o risco de virar uma sequência de projetos que terminam quando acaba o contrato, deixando pouco conhecimento, pouca capacidade local e poucas oportunidades duradouras para quem vive na bacia.

O que proponho

Rio Doce Tech organiza uma missão pública de ciência, biotecnologia e inovação orientada por problemas reais do território. Conecta comunidades atingidas, SUS, universidades, institutos, municípios e empresas para formar pessoas, desenvolver soluções, transferir tecnologia e criar fornecedores e trabalho qualificado.

De onde vem esta proposta

Minha experiência à frente da saúde capixaba incluiu a construção do ICEPi, que aproximou pesquisa, formação e inovação das necessidades concretas do SUS. Essa vivência mostrou que conhecimento público produz mais valor quando está ligado a uma missão, a usuários reais e a instituições capazes de manter o que foi criado. É desse aprendizado que nasce o Rio Doce Tech, como proposta de futuro para a bacia.

No Congresso

Articular recursos federais de ciência, saúde e desenvolvimento regional, cobrar governança interestadual e garantir retorno público, transparência e participação das comunidades atingidas.

Quando a reparação precisa deixar futuro

O Rio Doce não é apenas um curso d'água desenhado no mapa. Ele atravessa comunidades, cidades, agricultura, pesca, trabalho, memória, cultura e saúde. Quando a bacia é ferida, a perda não cabe numa planilha ambiental: ela chega à renda, à alimentação, à água, à confiança nas instituições e ao futuro de quem vive no território.

Uma reparação pode movimentar muitos recursos e, ainda assim, terminar deixando pouco para trás. Isso acontece quando cada projeto é pensado isoladamente, quando laboratórios não se conectam, quando pesquisadores vão embora ao fim do contrato, quando soluções são compradas sem capacidade local de mantê-las ou quando a juventude continua precisando sair da região para encontrar trabalho qualificado.

A pergunta que proponho é outra: **o que precisa permanecer no Vale do Rio Doce depois do último contrato de reparação?** Minha resposta é: conhecimento, pessoas formadas, instituições conectadas, dados públicos, tecnologias adotadas, fornecedores locais e oportunidades de trabalho.

A proposta

Rio Doce Tech é uma proposta de **missão pública de ciência, biotecnologia e inovação**. Ela retoma a formulação do Instituto Rio Doce de Biotecnologia e a transforma numa missão orientada por problemas: primeiro se definem as necessidades do território e do SUS; depois, a forma institucional adequada para organizar pesquisa, formação, produção e adoção de soluções.

A carteira de projetos deve nascer de necessidades reais da bacia e do SUS. Pode envolver desenvolvimento de diagnósticos, equipamentos, materiais, saúde digital, tecnologias ambientais, monitoramento de água e território, soluções para vigilância, processos produtivos e tecnologias assistivas. A tecnologia não é o ponto de partida; é uma resposta possível a um problema pactuado.

Universidades, institutos científicos, hospitais, municípios, comunidades atingidas, empresas e fornecedores locais podem participar de redes de pesquisa aplicada. Uma descoberta precisa conseguir percorrer o caminho entre pesquisa, desenvolvimento, teste, validação, produção e uso. Se essa

ponte não existe, o conhecimento fica preso no laboratório ou o serviço público compra uma solução sem capacidade de dominá-la.

A proposta também tem um compromisso com formação. Bolsas, residências, formação técnica, pós-graduação e atração de pesquisadores podem ajudar a criar uma base de pessoas capazes de sustentar projetos no território. Jovens da bacia precisam poder imaginar um futuro profissional ligado à ciência, à saúde, ao ambiente e à produção sem precisar abandonar sua região.

Propriedade intelectual e parcerias empresariais exigem regras de retorno público. Patentes e licenciamento não podem privatizar integralmente o conhecimento financiado pela sociedade. Cada projeto precisa demonstrar utilidade, condições de produção, custos de manutenção e benefício esperado.

O financiamento pode combinar instrumentos de ciência e tecnologia, orçamento da saúde, desenvolvimento regional, subvenção, crédito, compras públicas e, quando juridicamente autorizado, recursos de reparação. Nenhuma dessas fontes é automática. Cada uma tem finalidade própria e precisa ser rastreável.

O que a experiência ensinou

O ICEPi mostrou, no Espírito Santo, que uma instituição pública pode aproximar formação, pesquisa e inovação das necessidades concretas do sistema de saúde. Não basta financiar pesquisa; é preciso criar ambiente para que o conhecimento dialogue com quem trabalha nos serviços, com quem usa as tecnologias e com quem precisa mantê-las depois.

Essa experiência não me transforma em especialista em todas as cadeias tecnológicas do Rio Doce. Ela me dá autoridade para defender um método: **missão clara, problema real, cooperação institucional, retorno público e capacidade que permanece**. É justamente por reconhecer esse limite que Rio Doce Tech precisa ser construído com universidades, comunidades atingidas, pesquisadores, gestores ambientais, SUS e setor produtivo.

A Nova Indústria Brasil reforça essa direção ao tratar saúde e capacidade produtiva como uma missão nacional. O Espírito Santo pode usar essa agenda para criar oportunidades próprias, conectando reparação e desenvolvimento de longo prazo.

O que farei no Congresso

Quero articular recursos federais de ciência, saúde, inovação e desenvolvimento regional para uma carteira de missões do Rio Doce; cobrar governança entre Espírito Santo, Minas Gerais, União e municípios; promover audiências com comunidades atingidas e instituições científicas; e fiscalizar contratos, propriedade intelectual, adoção das soluções e benefício territorial.

Também vou defender que todo apoio público deixe contrapartidas verificáveis: pessoas formadas, infraestrutura compartilhada, dados, tecnologia transferida, fornecedor local qualificado ou solução efetivamente utilizada.

A reparação precisa tratar feridas do passado e, ao mesmo tempo, construir capacidade para o futuro.

Projeto que termina sem deixar capacidade não transforma o território.

O Rio Doce Tech mostra que desenvolvimento precisa nascer de problemas reais do território. Mas desenvolvimento não se realiza se as pessoas não conseguem chegar ao trabalho, ao estudo, ao cuidado e à própria cidade. É por isso que o debate seguinte é mobilidade.



PROPOSTA 07

Tarifa Zero com qualidade

Direito de ir. Qualidade para chegar.

O ESSENCIAL

O que acontece hoje

O preço da passagem tira renda das famílias, mas o sofrimento cotidiano não está só na tarifa: está também no ônibus que demora, passa lotado, não chega ao bairro ou obriga conexões longas. Sem qualidade, a gratuidade pode ampliar a demanda e piorar o serviço.

O que proponho

Cria um Programa Nacional de Tarifa Zero com implantação progressiva, financiamento permanente e metas de frequência, cobertura, pontualidade, acessibilidade, segurança e integração. Gratuidade para o passageiro vem acompanhada de transparência sobre custo, subsídio e desempenho.

De onde vem esta proposta

Minha experiência é a de organizar políticas públicas de acesso em sistemas federativos complexos. Na saúde, aprendi que declarar um direito não basta: é preciso dimensionar capacidade, financiar a operação, definir responsabilidades e medir se a pessoa realmente consegue chegar ao serviço. É essa lógica de acesso que levo à mobilidade, em cooperação com os gestores que organizam o transporte.

No Congresso

Criar instrumentos nacionais de apoio, disputar recursos federais, induzir integração metropolitana e cobrar qualidade junto com a gratuidade.

Quando o direito de ir e vir custa caro

Antes de chegar ao trabalho, à escola, à consulta, ao comércio ou a um encontro de família, muita gente precisa vencer uma barreira diária: o custo e a qualidade do deslocamento. A passagem pesa no orçamento. Em uma casa com mais de uma pessoa usando ônibus todos os dias, o transporte pode decidir se sobra dinheiro para comida, remédio ou lazer.

Mas reduzir o problema à tarifa seria insuficiente. Um ônibus gratuito que passa de hora em hora, viaja lotado, não chega à comunidade ou obriga longas conexões continua negando parte do direito à cidade. A espera também custa. O atraso também custa. A distância até o ponto também custa. Pessoas idosas, com deficiência ou mobilidade reduzida sentem essas barreiras de forma ainda mais dura.

Por isso, Tarifa Zero precisa ser tratada como uma política de acesso e não como uma promoção. A gratuidade para o passageiro só funciona quando existe financiamento público capaz de sustentar a operação e quando a oferta cresce junto com a demanda.

A proposta

Defendo um **Programa Nacional de Tarifa Zero com qualidade**, com implantação progressiva, fundo permanente, cooperação entre os entes e metas públicas de serviço. A União não precisa operar linhas municipais para ajudar a construir uma transição nacional. Pode criar instrumentos de cofinanciamento, apoiar redes metropolitanas e regionais, induzir transparência e condicionar recursos a qualidade.

A primeira etapa é conhecer o sistema real: frota, frequência, viagens programadas e realizadas, lotação, acessibilidade, custo, subsídios, contratos, integração entre linhas e necessidades dos territórios. A partir dessa linha de base, cada rede pode construir sua transição.

A redução ou eliminação da tarifa deve caminhar junto com ampliação de oferta. Se mais pessoas passam a usar o transporte, é preciso planejar frota, manutenção, trabalhadores, terminais, corredores e informação ao passageiro. A qualidade deve ser medida por frequência, pontualidade, cobertura, segurança, acessibilidade e satisfação.

O financiamento precisa ser transparente. Tarifa zero significa que o passageiro não paga ao utilizar o serviço; não significa que o sistema não tenha custo. Um fundo nacional pode combinar recursos federais com contrapartidas dos entes responsáveis e receitas extratarifárias legalmente previstas. O contrato com o operador precisa mostrar quanto custa produzir a oferta e quais resultados são exigidos.

Também proponho olhar a viagem inteira. Ônibus, trem, bicicleta, caminhada e integração metropolitana precisam conversar. Uma linha pode ser pontual e ainda assim oferecer uma viagem ruim se não conecta com outro modo ou se obriga a pessoa a esperar muito na transferência. Mobilidade é uma rede.

A transição ambiental deve fazer parte do planejamento. Renovação de frota e veículos menos poluentes podem reduzir emissões e melhorar a qualidade do ar, desde que não sejam tratados como substitutos da frequência e do acesso.

O que a experiência ensinou

Minha trajetória não é de gestão do transporte coletivo. Essa distinção é importante. A autoridade que levo para essa proposta vem de outro lugar: da experiência de organizar acesso em políticas públicas complexas e federativas.

Na saúde, aprendi que não basta declarar que um serviço existe. Uma consulta que não pode ser alcançada por falta de transporte não é plenamente acessível. Um hospital distante sem transporte sanitário deixa parte do problema sem resposta. E uma política que amplia demanda sem preparar capacidade pode produzir mais espera.

Essa lógica se aplica à mobilidade: direito, capacidade, financiamento, território e acompanhamento precisam nascer juntos. A proposta será construída com especialistas em mobilidade, trabalhadores, operadores, usuários, municípios e estados, preservando a competência de quem organiza a rede local.

O que farei no Congresso

Vou defender instrumentos nacionais de apoio à Tarifa Zero, buscar financiamento federal para pilotos e transições regionais, articular integração metropolitana e fiscalizar o uso de recursos da União.

Quero exigir transparência sobre custos, contratos, frequência e viagens realizadas; apoiar pesquisas de origem e destino e de gasto das famílias; e construir uma política que permita comparar promessa com serviço entregue.

Não vou prometer que um deputado federal zerará sozinho a tarifa de cada município. Meu compromisso é criar condições para que estados e prefeituras que queiram avançar encontrem financiamento, regras e apoio para fazê-lo sem sucatear a operação.

Gratuidade sem qualidade não basta. Direito de ir exige serviço que funcione.

Mobilidade é acesso em movimento. Quando o transporte funciona, o território se integra e amplia oportunidades. O capítulo seguinte amplia o foco: do deslocamento cotidiano para a estrutura produtiva do Estado, ligando interior, costa, trabalho e agregação de valor.



PROPOSTA 08

Nova industrialização capixaba - do interior para o mar

Transformar riqueza em valor, trabalho e futuro dentro do próprio território.

O ESSENCIAL

O que acontece hoje

O Espírito Santo movimenta portos, petróleo, mineração, rochas, café, celulose, agricultura e economia do mar, mas parte relevante do valor, da tecnologia e dos empregos qualificados pode ser produzida fora daqui. A riqueza atravessa o território sem deixar toda a capacidade que poderia deixar.

O que proponho

Organiza um Pacto Capixaba de Neoindustrialização 2035 por missões, conectando crédito, infraestrutura, pesquisa, formação, fornecedores locais, pequenas empresas e grandes cadeias. Apoio público passa a exigir contrapartidas de trabalho digno, inovação, produtividade, interiorização e desempenho ambiental.

De onde vem esta proposta

Minha trajetória de gestão foi marcada pela criação de capacidades públicas: ICEPi, iNOVA Capixaba, formação em serviço, inovação e organização de redes. Na esfera federal, trabalhei numa agenda de saúde conectada à capacidade produtiva e tecnológica do país. A proposta leva esse método - missão, capacidade, contrapartida e avaliação - para o desenvolvimento capixaba.

O ESSENCIAL

No Congresso

Conectar instrumentos federais de indústria, ciência, infraestrutura e qualificação às cadeias do Espírito Santo e fiscalizar se o apoio público deixa valor e oportunidade no território.

Quando a riqueza passa e pouco fica

O Espírito Santo produz e movimenta muita riqueza. Portos, mineração, petróleo, rochas ornamentais, café, celulose, agricultura e atividades ligadas ao mar formam cadeias decisivas para o Estado. Mas uma economia pode movimentar grandes volumes e, ao mesmo tempo, deixar parte importante do conhecimento, da tecnologia, dos fornecedores e dos melhores empregos fora do território.

Para quem vive no interior, isso aparece quando a matéria-prima sai da região e volta transformada em produto de maior valor. Para uma pequena empresa, aparece na dificuldade de entrar na cadeia de grandes compradores. Para um jovem, aparece quando estudar e se qualificar não abre uma oportunidade profissional perto de casa. Para o Estado, aparece na vulnerabilidade de depender de poucas etapas produtivas e de ciclos externos.

Industrializar no século XXI não significa apenas instalar grandes fábricas. Significa construir capacidade para pesquisar, projetar, transformar, produzir, manter, inovar e reduzir impacto ambiental. O valor está no conjunto da cadeia.

A proposta

Defendo um **Pacto Capixaba de Neoindustrialização 2035**, conectado à Nova Indústria Brasil e ao planejamento de longo prazo do Espírito Santo. O horizonte de 2035 organiza a direção; não é uma promessa de que todos os projetos estarão concluídos até essa data.

A proposta começa por missões. A carteira inicial reúne saúde e cuidado; baixo carbono e novos materiais; energia e economia do mar; agroindústria e bioeconomia; economia digital e soberania tecnológica; e indústria da

adaptação climática. Cada missão deve partir de problemas e oportunidades concretas e identificar as capacidades necessárias para enfrentá-los.

Isso significa mapear cadeias do interior aos portos, reconhecer onde o Estado já produz valor e onde ainda depende de conhecimento ou fornecedor externo. Crédito, infraestrutura, formação profissional, pesquisa, compras públicas e inovação precisam trabalhar na mesma direção. Não adianta oferecer incentivo fiscal sem saber qual capacidade queremos criar.

O apoio público deve ter **contrapartida pública**. Projetos financiados ou apoiados precisam apresentar compromissos mensuráveis de trabalho digno, qualificação, produtividade, inovação, fornecedores locais, interiorização e desempenho ambiental. Crédito não é doação; infraestrutura pública não é subsídio invisível; compra governamental não é favor. Cada instrumento tem finalidade própria e precisa de critério.

Pequenas e médias empresas, cooperativas e produtores locais precisam conseguir entrar nessas cadeias. Laboratórios compartilhados, extensão tecnológica, certificação, formação e acesso a crédito podem aproximar quem produz de mercados mais sofisticados.

Portos e logística deixam de ser apenas corredores para escoar commodities e passam a integrar cadeias que agregam valor dentro do Estado. O objetivo não é diminuir a importância dos portos, mas aumentar o que acontece antes de a mercadoria chegar a eles.

O que a experiência ensinou

Minha experiência de gestão mostra como instituições e redes públicas podem ligar formação, pesquisa, serviço e capacidade de execução. O ICEPi aproximou conhecimento e necessidade pública. A iNOVA Capixaba consolidou capacidade institucional na gestão hospitalar. No governo federal, a agenda da saúde dialogou com o complexo econômico-industrial e com a necessidade de reduzir dependências produtivas. É esse método - missão, capacidade, coordenação e contrapartida pública - que proponho aplicar ao desenvolvimento capixaba.

Esse percurso me ensinou que capacidade não aparece espontaneamente. Precisa ser organizada. E que o Estado pode orientar missões sem escolher

vencedores de forma arbitrária. A política pública define objetivos, cria instrumentos, exige contrapartidas e avalia resultados.

É com esse método que entro no debate da neoindustrialização: sem pretender substituir economistas, engenheiros, trabalhadores, empresários ou universidades, mas sabendo como organizar cooperação e como cobrar que o investimento público deixe benefício público.

O que farei no Congresso

Quero aproximar instrumentos federais de indústria, inovação, infraestrutura e qualificação dos projetos capixabas; articular BNDES, Finep, ministérios, universidades, setor produtivo e trabalhadores; e defender critérios territoriais transparentes para recursos públicos.

Vou fiscalizar contrapartidas, acompanhar onde o investimento chega e cobrar dados sobre emprego formal, remuneração, fornecedores locais, valor adicionado e impacto ambiental. Nenhuma empresa específica terá compromisso antecipado. O apoio precisa seguir critérios públicos.

O Espírito Santo não pode se contentar em ser rota de passagem da riqueza. Precisa participar cada vez mais da inteligência, da transformação e do trabalho que existem entre a matéria-prima e o produto final.

Do interior para o mar: mais valor precisa ficar no Espírito Santo.



Conhecimento que permanece

Nenhum projeto de futuro se sustenta apenas com vontade política. É preciso formar gente, produzir pesquisa e construir arranjos institucionais capazes de aprender, executar e continuar. A Universidade Capixaba e a Rede de Capacidades por Missão aparecem aqui como respostas complementares: uma forma pessoas e gera conhecimento; a outra organiza como o Estado transforma esse conhecimento em ação pública duradoura.

Produzir mais e melhor exige infraestrutura, mas também exige gente preparada, pesquisa e formação enraizada nos desafios do território. Por isso, depois de discutir a nova industrialização, o livro entra no campo do conhecimento: como formar capacidade humana e institucional para sustentar o futuro capixaba.



Universidade Capixaba

O lugar onde uma pessoa nasce não pode limitar até onde seu conhecimento pode chegar.

O ESSENCIAL

O que acontece hoje

Muitos jovens precisam sair de sua região para estudar, enquanto áreas estratégicas do Estado ainda têm lacunas de formação, pesquisa e extensão. Criar prédios sem mapear essas lacunas pode produzir estrutura cara e pouca vida acadêmica.

O que proponho

Propõe uma Universidade Estadual Capixaba pública, autônoma e multicêntrica, complementar à Ufes, ao Ifes e às demais instituições. Cursos, polos e pesquisas serão definidos a partir de vazios formativos, deslocamentos e missões do Estado, com assistência estudantil e estruturas compartilhadas.

De onde vem esta proposta

Minha experiência no ICEPi ligou formação, pesquisa e serviços públicos, mostrou o valor de aprender no território e aproximou instituições de ensino das necessidades sociais. Essa vivência reforçou a convicção de que uma nova instituição deve nascer com autonomia, missão, comunidade acadêmica e cooperação.

No Congresso

Articular cooperação federal, bolsas, laboratórios, pesquisa e infraestrutura, em diálogo com as instâncias estaduais responsáveis pela criação e pela manutenção da universidade.

Quando estudar exige partir

Para muitos jovens capixabas, estudar começa com uma decisão difícil: partir. A distância da formação pública pesa no bolso, nos vínculos familiares e na possibilidade de construir uma vida profissional no próprio território. Quem consegue sair nem sempre consegue permanecer até o fim do curso. Quem não consegue pode ver a oportunidade desaparecer antes mesmo da inscrição.

Ao mesmo tempo, o Espírito Santo possui instituições fundamentais como a Ufes e o Ifes, além de faculdades e universidades comunitárias e privadas. Criar uma universidade estadual só faz sentido se ela acrescentar algo real a esse patrimônio. Uma nova instituição não pode nascer de uma disputa por prédios, sedes ou nomes. Precisa começar pelo mapa das lacunas.

A pergunta correta não é “onde construiremos um campus?”. É: **que formação, pesquisa e extensão ainda faltam, em quais territórios, e como podemos complementar o que já existe?**

A proposta

Defendo a construção de uma **Universidade Estadual Capixaba**, pública, autônoma, multicêntrica e complementar às instituições existentes. Sua forma deve ser definida depois do diagnóstico de necessidades, não antes.

O primeiro passo é mapear a oferta atual de cursos, deslocamentos dos estudantes, vazios de formação, capacidade de pesquisa e vocações regionais. Esse mapa precisa dialogar com as missões de desenvolvimento do Estado. Saúde e cuidado, inteligência artificial e software, novos materiais, energia, economia do mar, tecnologias ambientais, gestão pública e áreas sociais são campos possíveis, não uma lista fechada de cursos já prometidos.

A presença multicêntrica pode combinar polos regionais, laboratórios compartilhados, estruturas de instituições parceiras, recursos digitais e extensão no território. Nem toda presença universitária precisa começar por um grande campus. Em alguns lugares, a melhor solução pode ser uma unidade de pesquisa, um laboratório, um curso específico ou uma rede cooperativa.

Assistência estudantil é parte do projeto desde o início. Acesso sem permanência produz exclusão dentro da própria universidade. Bolsas,

alimentação, transporte, moradia quando necessária, conectividade e políticas de apoio precisam acompanhar a expansão.

A autonomia acadêmica também é indispensável. Missões públicas podem orientar prioridades de cooperação e pesquisa, mas não podem transformar universidade em repartição subordinada ao governo do momento. Comunidade acadêmica, qualidade, liberdade de pesquisa e participação precisam fazer parte do desenho institucional.

Uma universidade também exige custeio contínuo: docentes, técnicos, bibliotecas, laboratórios, bolsas, manutenção e tecnologia. Anunciar prédio sem garantir vida acadêmica é repetir o erro de confundir infraestrutura com capacidade.

O que a experiência ensinou

O ICEPi me aproximou de uma experiência diferente de formação pública. Em vez de separar completamente ensino e serviço, buscou utilizar as necessidades reais do SUS como parte do processo formativo. Profissionais aprendiam dentro dos territórios e dos serviços, enquanto a rede ganhava capacidade.

Isso não transforma o ICEPi em universidade nem autoriza copiar seu modelo. O aprendizado é outro: formação pública ganha força quando conhece os problemas do território, trabalha com instituições parceiras e produz benefício social visível.

Ufes e Ifes já demonstram a força da educação pública capixaba. Por isso, a Universidade Capixaba deve começar pela complementaridade. Meu papel é defender uma oportunidade adicional de formação e conhecimento, não criar competição artificial por orçamento, docentes ou estudantes.

O que farei no Congresso

A criação de uma universidade estadual depende do Governo do Estado, da Assembleia Legislativa, de planejamento acadêmico e de sustentabilidade financeira. Um deputado federal não pode prometer sozinho criar campus, curso ou vaga.

O que posso fazer é articular programas e recursos federais para pesquisa, bolsas, assistência estudantil, laboratórios, infraestrutura e cooperação; aproximar Ufes, Ifes e redes nacionais de ciência; apoiar o desenho institucional quando o Estado decidir avançar; e fiscalizar recursos federais aplicados no projeto.

Também quero ajudar a construir um debate público em que a primeira pergunta seja sobre lacunas e missões, não sobre onde ficará a placa de inauguração.

Uma universidade não se mede pelo número de prédios, mas pelas pessoas que consegue formar e pelo conhecimento que devolve à sociedade.

A universidade forma pessoas e produz conhecimento, mas o futuro também depende do modo como o Estado organiza essa inteligência para agir. O capítulo seguinte responde a essa pergunta: que arranjos públicos podem transformar conhecimento em missão, resultado e permanência?



Rede Capixaba de Capacidades por Missão

Primeiro a missão. Depois, a forma institucional.

O ESSENCIAL

O que acontece hoje

Boas políticas desaparecem quando termina um contrato, a equipe se dispersa ou ninguém assume a etapa seguinte. Em outros casos, cria-se uma nova estrutura antes de saber exatamente que problema ela deve resolver. O resultado é descontinuidade ou burocracia sem entrega.

O que proponho

Cria uma Rede Capixaba de Capacidades por Missão. Para cada problema público, primeiro se define a entrega e se mapeia quem já tem capacidade. Só depois se escolhe o arranjo: administração direta, autarquia, fundação, empresa pública, consórcio, universidade, serviço social autônomo ou cooperação em rede. A implantação começa com até duas missões-piloto avaliadas antes da expansão.

De onde vem esta proposta

Minha trajetória passou por diferentes arranjos institucionais: ICEPi, iNOVA Capixaba e a governança da ADAPS no ciclo de transformação em AgSUS. Essas experiências mostraram que não existe uma forma jurídica universalmente superior. A estrutura precisa servir à missão.

No Congresso

Criar condições legais e orçamentárias de cooperação, articular União e Estado e fiscalizar se cada arranjo produz entrega, continuidade e capacidade que permaneça.

Quando uma boa política não consegue continuar

Uma política pública pode nascer de uma boa ideia, mobilizar gente competente e ainda desaparecer alguns anos depois. Às vezes o projeto acaba porque terminou o contrato que sustentava a equipe. Em outros casos, o conhecimento fica concentrado em poucas pessoas e se perde quando elas saem. Há situações em que várias instituições têm partes da solução, mas ninguém coordena o conjunto.

Existe também o problema inverso: criar uma nova entidade antes de definir com precisão a missão. Surge uma estrutura, um organograma, cargos e normas, mas continua pouco claro qual problema público será resolvido e como a sociedade medirá o resultado.

Capacidade institucional é o que fica entre a ideia e a entrega. É equipe, conhecimento, coordenação, financiamento, responsabilidade e aprendizado acumulado. Sem isso, o Estado recomeça do zero com frequência demais.

A proposta

A Rede Capixaba de Capacidades por Missão propõe um método. **Primeiro vem o problema público. Depois, a entrega. Em seguida, o mapa de capacidades existentes. Só então se escolhe a forma institucional.**

Uma missão pode ser formar profissionais, desenvolver tecnologia, prestar assistência técnica, apoiar municípios, organizar uma rede de cuidado ou executar um serviço compartilhado. Para cada missão, precisamos saber quem é o público, qual resultado esperamos, que prazo é razoável, quem já atua naquela área e o que precisa ser fortalecido.

A resposta pode estar na administração direta. Pode exigir uma autarquia, uma fundação, uma empresa pública, uma universidade, um consórcio entre municípios, um serviço social autônomo ou uma rede de cooperação. O **Sistema S Capixaba** aparece como uma família possível de serviços sociais autônomos por missão, mas não como solução automática para qualquer problema.

Cada arranjo tem regras diferentes de pessoal, compras, governança e controle. A escolha precisa comparar vantagens, riscos, custo de ciclo de vida e

capacidade de continuidade. Funções públicas de planejamento, regulação e fiscalização continuam sob responsabilidade do Estado.

A proposta começa com **até duas missões-piloto**, escolhidas após estudo e pactuação. Antes de expandir, é preciso medir: a entrega foi usada? O tempo de resposta melhorou? O custo é sustentável? O conhecimento ficou? A instituição usuária consegue continuar o trabalho depois do piloto?

A carteira de possibilidades inclui saúde e biotecnologia, extensão tecnológica no campo, economia criativa, cultura, turismo e audiovisual, energia sustentável, cuidado, serviços ligados ao trabalho em plataformas e planejamento de longo prazo. Nenhuma delas está automaticamente escolhida como piloto.

O que a experiência ensinou

No Espírito Santo, o ICEPi nasceu como resposta à necessidade de aproximar ensino, pesquisa, inovação e serviço. A iNOVA Capixaba foi desenhada para a gestão hospitalar. São formas diferentes para missões diferentes. No plano federal, participei da governança da ADAPS no período em que sua trajetória institucional levou à AgSUS, ampliando possibilidades de prestação de serviços e cooperação nacional.

O aprendizado central é que **a forma jurídica não pode virar ideologia**. Nem toda política precisa de uma nova entidade. Nem toda missão funciona bem dentro da administração direta. Às vezes a melhor decisão é fortalecer o que já existe. Em outros casos, uma estrutura nova pode ser necessária.

Minha autoridade aqui vem de ter trabalhado com esses arranjos e de conhecer tanto a liberdade quanto a responsabilidade que diferentes modelos exigem. Autonomia sem missão e sem controle pode virar desorganização. Controle sem capacidade de execução pode produzir paralisia.

O que farei no Congresso

Quero trabalhar por instrumentos federais de cooperação, ciência, inovação e desenvolvimento que possam apoiar missões capixabas; defender recursos com custo de ciclo de vida explicitado; promover debate jurídico e trabalhista sobre diferentes arranjos; e fiscalizar resultados, não apenas atos administrativos.

Quando a iniciativa de criação de uma estrutura for estadual, respeitarei a competência do Governo do Estado e da Assembleia. O mandato federal poderá apoiar, articular e conectar a proposta a programas nacionais.

O compromisso é simples: nenhuma nova instituição será tratada como objetivo em si. O objetivo é resolver um problema público e deixar capacidade para continuar resolvendo-o.

Estrutura é meio. Capacidade pública que permanece é o fim.



O território que cuida com rede completa

Depois de discutir a arquitetura geral do cuidado, do desenvolvimento e da capacidade pública, o livro volta ao território concreto. Sul, Norte, urgência, reabilitação, convivência e cultura reaparecem como formas de mostrar o que acontece quando uma política chega de verdade à vida. Hospital, SAMU, reabilitação e cultura não são apêndices: são a prova prática de que o Estado só cumpre sua função quando acompanha as pessoas em toda a travessia.

Depois de discutir capacidade como método, o livro volta ao território para mostrar a sua forma concreta. A primeira expressão dessa volta é o Hospital Estadual da Região Sul: não como obra isolada, mas como peça de uma rede regional que precisa completar o cuidado onde hoje faltam meios públicos suficientes.



PROPOSTA 11

Hospital Estadual da Região Sul

Um hospital que pertença à rede do Sul e responda às suas necessidades.

O ESSENCIAL

O que acontece hoje

Em situações graves, cada transferência acrescenta tempo, angústia e risco. A Região Sul tem uma rede filantrópica importante, mas ainda convive com vazios de capacidade pública própria, necessidade de deslocamentos e dependência de referências fora do território.

O que proponho

Defende um Hospital Estadual da Região Sul, preferencialmente em Cachoeiro de Itapemirim por sua centralidade, integrado aos hospitais existentes e dimensionado por fluxos reais. O projeto reúne trauma, cirurgia, neurologia, neurocirurgia e AVC, urologia, infectologia, UTI, hemoterapia, diagnóstico 24 horas, ensino, pesquisa e telessaúde, com obra, equipe, equipamentos e custeio planejados como um único compromisso.

De onde vem esta proposta

Como secretário de Estado da Saúde, participei da reorganização hospitalar capixaba, da perfilização dos serviços, da contratualização por responsabilidade e da formulação do Complexo de Saúde do Norte. Essa experiência me ensinou que hospital não é prédio: é função regional, equipe, regulação, custeio e integração.

No Congresso

Buscar recursos federais para estudo, projeto, obra e equipamentos, articular União, Estado e bancada e acompanhar cada etapa até o funcionamento, em cooperação com o Governo do Estado, responsável pela execução.

Quando a distância também vira risco

Quando uma pessoa sofre um trauma grave, um AVC ou uma emergência cirúrgica, o tempo passa a ter outro peso. Uma transferência entre municípios pode ser necessária e segura quando faz parte de uma rede organizada. O problema é quando a transferência acontece porque falta capacidade suficiente na própria região, porque não existe uma referência clara ou porque a família não sabe onde o cuidado definitivo vai acontecer.

No Sul capixaba, hospitais filantrópicos e municipais sustentam grande parte da atenção regional. Eles têm história, trabalhadores experientes e vínculos construídos com a população. A proposta de um hospital estadual não nasce para apagar essa rede. Nasce para **completá-la**, preencher vazios e ampliar capacidade pública própria onde a região precisa de uma resposta mais robusta.

A pior solução seria transformar essa necessidade em disputa de maquete ou número de leitos. Um prédio pode ser grande e ainda assim não resolver os fluxos que mais machucam. Antes de definir porte, é preciso entender quais pacientes saem da região, quanto tempo levam, quais linhas de cuidado precisam de reforço e que capacidade já existe nos parceiros locais.

Esse estudo precisa olhar também para a mudança da população do Sul. **Mais pessoas idosas não significam apenas mais internações; significam internações diferentes**, frequentemente associadas a multimorbidades, perda funcional, AVC, fraturas, descompensações de condições crônicas e necessidade de continuidade depois da alta. O hospital do futuro precisa ser dimensionado junto da capacidade de reabilitação, atenção domiciliar, APS e cuidados de longa duração. Caso contrário, o leito hospitalar vira o lugar onde a fragilidade social e a dependência ficam estacionadas porque a rede não consegue assumir a etapa seguinte.

A proposta

Defendo a construção de um **Hospital Estadual da Região Sul**, com localização programática preferencial em Cachoeiro de Itapemirim por sua centralidade regional. A decisão final deverá seguir critérios públicos de terreno, acesso rodoviário, infraestrutura urbana, riscos, conectividade, custo e integração com a rede.

O hospital deve nascer de um **Plano Diretor Assistencial**. Antes da obra, é preciso estudar epidemiologia, fluxos, transferências, vazios de especialidade, capacidade existente, envelhecimento populacional, dependência funcional e projeções. Só então se define o programa funcional, o número de leitos, as equipes e a relação com hospitais filantrópicos e municipais. O planejamento da alta começa no desenho do hospital: cada linha que gera dependência temporária ou permanente precisa ter conexão explícita com reabilitação, cuidado domiciliar, APS e rede de cuidados.

O perfil proposto deve considerar trauma, cirurgia geral, neurologia, neurocirurgia e linha de AVC, urologia, infectologia, terapia intensiva, hemoterapia, imagem e laboratório 24 horas. A rede pode incluir componentes ambulatoriais e serviços regionais, conforme estudo. Ensino, residências, pesquisa e telessaúde também precisam entrar desde o desenho, porque hospital estruturante forma trabalhadores e produz conhecimento.

O projeto deve ser acompanhado por etapas diferentes: terreno, licença, projeto executivo, obra, equipamentos, contratação, treinamento, abertura de cada serviço e atendimento efetivo. Construído não significa funcionando. Equipamento comprado não significa equipe disponível. É preciso dizer à sociedade em que etapa cada compromisso se encontra.

A integração com a filantropia é central. O hospital estadual deve assumir vazios e linhas estratégicas, enquanto uma nova contratualização regional fortalece o papel de cada parceiro. A regulação precisa ser comum. A porta de urgência, o SAMU, a atenção especializada e a reabilitação precisam conversar com o novo hospital.

HOSPITAL PREPARADO PARA UMA POPULAÇÃO QUE ENVELHECE

O hospital regional será dimensionado não apenas pelo número de internações, mas pelo perfil de quem interna e pelo que acontece depois. A capacidade hospitalar precisa conversar com prevenção de perda funcional, alta planejada, reabilitação, atenção domiciliar e suporte às famílias. O objetivo é evitar dois extremos: mandar para longe quem precisa de cuidado agudo e manter internada uma pessoa que já poderia continuar o cuidado com segurança no território.

Tecnologias como inteligência artificial e robótica podem ser avaliadas desde o projeto, mas nunca como símbolo vazio de modernidade. Só entram quando demonstrarem benefício, segurança, custo sustentável e capacidade de manutenção. Tecnologia deve apoiar o trabalho humano e melhorar cuidado.

ALTA HOSPITALAR TAMBÉM É INDICADOR DE CAPACIDADE

O hospital não será avaliado apenas por internações, ocupação e cirurgias. A rede deverá acompanhar o que acontece depois da alta.

Alta com referência

proporção de pessoas que saem com equipe territorial responsável, plano de cuidado e necessidades de reabilitação, Saúde Bucal, atenção domiciliar, medicamentos e apoio social identificadas.

Continuidade no prazo planejado

proporção de altas cuja primeira etapa pós-hospitalar acontece dentro do intervalo definido no próprio plano de transição, sem a família precisar recomeçar a busca por atendimento.

Demora por falta de retaguarda

dias de permanência prolongada porque ainda não existe condição segura de cuidado no domicílio, na reabilitação ou em outro serviço adequado. Esse dado revela falta de capacidade fora do hospital e não deve ser escondido na taxa de ocupação.

Retorno e reinternação

acompanhamento dos retornos não programados e reinternações, analisados pela condição clínica e pela continuidade oferecida, sem atribuição automática de culpa ao hospital ou à família.

Um hospital preparado para a transição demográfica precisa ser medido também pela sua capacidade de devolver a pessoa ao território com segurança e continuidade.

O que a experiência ensinou

Durante minha passagem pela SESA, o Governo do Estado apresentou o Complexo de Saúde do Norte. A experiência da rede hospitalar capixaba e da nova contratualização reforçou uma convicção: hospital só transforma a região quando nasce com perfil claro, equipe, financiamento, regulação e integração.

Também aprendi que a relação com hospitais filantrópicos não pode ser tratada como oposição entre público e privado. A direção do SUS é pública, mas a rede complementar tem papel essencial. Quando cada serviço conhece sua vocação, sua população de referência e suas condições de financiamento, a rede se fortalece.

Essa é a autoridade que levo para o Hospital do Sul. Não apresento um terreno escolhido nem um número de leitos inventado. Apresento método e compromisso: dimensionar pela necessidade real, planejar custeio antes da abertura e acompanhar a unidade até ela funcionar.

O que farei no Congresso

Vou trabalhar para incluir estudos, projetos, obras e equipamentos em programas federais como o Novo PAC Saúde quando houver enquadramento técnico; buscar recursos no orçamento da União; articular Governo Federal, Governo do Estado, bancada capixaba, municípios e hospitais da região; e fiscalizar marcos físicos, financeiros e assistenciais.

Não cabe ao deputado escolher terreno, licitar, construir ou operar hospital estadual. Cabe usar o mandato para criar condições, reunir recursos, cobrar prazos e prestar contas.

Meu compromisso é que a discussão não termine na obra. **Prédio, equipe, equipamentos, manutenção e custeio precisam nascer juntos.**

Construir mais perto precisa significar cuidar melhor - com responsabilidade pela rede inteira.

Um hospital regional amplia capacidade assistencial, mas nenhuma estrutura hospitalar funciona isolada. Urgência e emergência exigem coordenação em tempo real, decisão rápida, regulação qualificada e integração territorial. É daí que surge o passo seguinte: fortalecer o SAMU 192 com centrais mais próximas e rede mais resiliente.



PROPOSTA 12

Centrais Sul e Norte de Regulação do SAMU 192

Um só 192, decisão mais perto do território e uma rede integrada.

O ESSENCIAL

O que acontece hoje

O SAMU pode ter ambulância e ainda perder tempo se a regulação estiver distante dos fluxos regionais, se os sistemas não conversarem ou se a central não tiver contingência. Em uma urgência, chamada, decisão, veículo e porta hospitalar formam uma única cadeia.

O que proponho

Cria duas novas centrais regionais de regulação, no Sul e no Norte, integradas à Central Estadual/Metropolitana. Mantém um único 192, protocolos comuns, interoperabilidade, distribuição automática de chamadas, contingência cruzada, geolocalização, auditoria clínica e comando coordenado em desastres.

O ESSENCIAL

De onde vem esta proposta

Durante minha gestão na SESA, o Samu para Todos foi expandido até alcançar os 78 municípios capixabas em 2022, numa construção coletiva liderada pelo Governo do Estado com municípios, consórcios e trabalhadores. Essa experiência mostrou que urgência vira direito quando existe cooperação, protocolo, financiamento e responsabilidade pública.

No Congresso

Buscar recursos federais para tecnologia, centrais, qualificação e frota; articular custeio tripartite; acompanhar o Plano de Ação Regional e fiscalizar tempo-resposta, interoperabilidade e destino adequado.

Quando cada minuto depende de uma rede

Quando alguém liga 192, muita coisa precisa acontecer antes de a ambulância chegar. A chamada precisa ser atendida. A gravidade precisa ser entendida. A equipe de regulação decide qual resposta é adequada. Um veículo precisa estar disponível. O deslocamento precisa acontecer. E o serviço de destino precisa ter condições de receber aquela pessoa.

Quando essa cadeia funciona, o cidadão percebe apenas o essencial: alguém respondeu e organizou o socorro. Quando uma parte falha, o problema aparece imediatamente. Uma central sobrecarregada pode atrasar a decisão. Uma comunicação ruim pode dificultar o despacho. Uma ambulância sem informação sobre a porta de destino pode perder tempo. E uma regulação rápida não resolve tudo se o hospital não estiver integrado à rede.

O Espírito Santo avançou muito ao universalizar o alcance municipal do SAMU. O próximo passo é aproximar a regulação dos territórios e aumentar a resiliência do sistema, sem fragmentar o serviço.

A proposta

Proponho criar **duas novas Centrais Regionais de Regulação do SAMU 192**, uma no Sul e outra no Norte, integradas à Central Estadual/Metropolitana. O usuário continuará ligando para um único número: 192. Não haverá três SAMUs diferentes. Haverá três polos conectados de uma mesma rede.

A arquitetura precisa permitir **distribuição automática de chamadas e contingência cruzada**. Se uma central enfrentar falha técnica, desastre, sobrecarga ou indisponibilidade, outra deve poder assumir parte da operação. Protocolos, sistemas e dados precisam ser comuns. Essa redundância é tão importante quanto a proximidade geográfica.

A regulação regional pode melhorar o conhecimento dos trajetos, das bases, dos hospitais e dos recursos disponíveis. Mas proximidade não pode virar fragmentação. O comando precisa permanecer coordenado, com auditoria clínica e protocolos unificados.

Cachoeiro de Itapemirim e São Mateus são referências para o estudo das sedes, não decisões encerradas. A escolha deve considerar conectividade, redundância de energia e telecomunicações, segurança, disponibilidade de trabalhadores e capacidade de integração regional.

A proposta inclui geolocalização das equipes, integração entre central e ambulâncias, informação sobre portas hospitalares, educação permanente e planos de contingência. Em situações de desastre, os polos precisam funcionar como rede estadual e não como estruturas isoladas.

O acompanhamento deve decompor o tempo-resposta. É preciso saber quanto tempo passou entre chamada e atendimento telefônico, entre avaliação e decisão, entre decisão e despacho, entre despacho e chegada e entre chegada e cuidado definitivo. Uma média única pode esconder onde está o gargalo.

O que a experiência ensinou

O Samu para Todos foi instituído no Espírito Santo em 2019 e alcançou os 78 municípios em 2022. Foi uma realização coletiva do Governo Renato Casagrande, da SESA, dos municípios, dos consórcios e dos trabalhadores. Eu tive a responsabilidade de conduzir parte dessa agenda à frente da Secretaria da Saúde.

A expansão mostrou que o socorro não se universaliza apenas comprando ambulâncias. É preciso pactuar bases, financiamento, regulação, profissionais, protocolos e referência hospitalar. Um município sozinho não consegue organizar uma rede dessa complexidade. A cooperação federativa é parte do serviço.

Também mostrou que universalização territorial não significa que todos os lugares passam a ter o mesmo tempo de resposta. Distância, frota, disponibilidade de equipe e portas hospitalares continuam importando. Por isso, a próxima etapa precisa olhar a qualidade e a resiliência, não apenas a presença formal.

O que farei no Congresso

Vou buscar recursos federais para projeto, telecomunicação, tecnologia, equipamentos, qualificação, bases e frota; articular custeio entre União, Estado e municípios; e defender requisitos de interoperabilidade e contingência para redes regionais de urgência.

Quero acompanhar o Plano de Ação Regional, cobrar testes periódicos de contingência e fiscalizar os diferentes componentes do tempo-resposta. Também vou trabalhar para integrar a proposta ao Hospital Estadual da Região Sul e às demais portas de urgência, porque central e hospital precisam fazer parte da mesma solução.

Não vou prometer um número de minutos economizados sem linha de base e simulação. O compromisso é criar uma rede que meça, aprenda e melhore continuamente.

O SAMU começa na chamada. A ambulância, a central e o hospital precisam funcionar como uma única cadeia.

Salvar, estabilizar e encaminhar são tarefas essenciais da urgência. Mas o cuidado não termina quando o risco imediato passa. Muitas vezes é aí que começa outra etapa decisiva: reaprender movimentos, recuperar autonomia, adaptar a vida, estudar, trabalhar e participar. Essa é a travessia da reabilitação.



PROPOSTA 13

Rede Capixaba de Reabilitação e Saúde Funcional

Reabilitação perto de casa, autonomia para a vida.

O ESSENCIAL

O que acontece hoje

Depois de um AVC, trauma, cirurgia ou diante de uma deficiência, a pessoa pode receber alta e entrar numa nova peregrinação por fisioterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional, equipamentos e transporte. Quando cada serviço funciona isolado, a família vira reguladora da própria reabilitação.

O que proponho

Organiza uma Rede Capixaba de Reabilitação e Saúde Funcional com porta local, apoio da Atenção Primária e eMulti, serviços municipais, referências regionais, CER, funções do CREFES, oficinas ortopédicas, tecnologia assistiva, telereabilitação, transporte e cuidado hospitalar. O resultado é medido por funcionalidade, autonomia e participação, não apenas por sessões.

O ESSENCIAL

De onde vem esta proposta

Em 2022, a SESA estruturou o SERDIA para organizar o cuidado territorial de pessoas com deficiência intelectual e autismo, com equipe multiprofissional e cofinanciamento. Essa experiência mostrou que reabilitação precisa de rede, referência e continuidade.

No Congresso

Defender financiamento federal por escala territorial, expandir tecnologia assistiva e levar ao debate nacional a proposta de um SERDIA Brasil integrado ao SUS.

Quando a alta não devolve autonomia

A alta hospitalar pode ser o começo de uma fase longa e difícil. Depois de um AVC, uma pessoa pode precisar reaprender a caminhar, falar, comer ou realizar atividades simples. Depois de um trauma, pode precisar de fisioterapia, adaptação da casa, tecnologia assistiva e apoio para voltar ao trabalho. Uma criança com deficiência pode precisar de cuidado precoce para ampliar participação na escola e na comunidade.

Quando esses serviços funcionam como ilhas, a família assume uma tarefa impossível. Uma guia não encontra a outra. O profissional que acompanha a pessoa não sabe se o equipamento foi entregue. O transporte interrompe o tratamento. Uma prótese chega sem adaptação adequada. O paciente precisa contar a mesma história em cada porta.

Reabilitação não é somar sessões. É construir um percurso capaz de ampliar aquilo que a pessoa consegue fazer e escolher na vida.

A transição demográfica amplia essa missão. Uma rede de reabilitação não pode ser organizada apenas para episódios pontuais. Ela precisa acompanhar uma população em que haverá mais pessoas idosas vivendo com sequelas, fragilidade, perda de mobilidade e condições crônicas por muitos anos. Em muitos casos, o objetivo não será recuperar uma função perdida por completo,

mas **preservar o máximo de autonomia possível, evitar perdas adicionais e sustentar participação e dignidade.**

A proposta

Defendo uma **Rede Capixaba de Reabilitação e Saúde Funcional** que comece perto de casa e chegue à alta complexidade quando necessário. A porta local deve estar na Atenção Primária e nas equipes multiprofissionais, com serviços municipais e referências regionais articuladas.

A rede precisa integrar reabilitação física, intelectual, auditiva e visual; cuidado após AVC, trauma e cirurgia; saúde funcional da pessoa idosa; apoio a pessoas autistas; oficinas ortopédicas; órteses, próteses e outros recursos de tecnologia assistiva; cuidado domiciliar; telereabilitação; transporte e serviços hospitalares. Com o envelhecimento, parte crescente dessa capacidade deverá **chegar ao domicílio e às instituições**, evitando que dificuldade de locomoção se transforme em abandono terapêutico. **A Saúde Bucal integra esse percurso**, especialmente para pessoas com AVC, deficiência, fragilidade ou dependência que não conseguem deslocar-se até a UBS, com cuidado odontológico domiciliar e institucional articulado à equipe de referência.

A reabilitação domiciliar será organizada em duas camadas complementares. **A eMulti, por meio do PADI**, acompanha a pessoa idosa restrita ao domicílio e integra fisioterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional, nutrição, saúde mental e demais apoios ao plano da Atenção Primária. **O Melhor em Casa** entra quando a intensidade assistencial exige equipe domiciliar especializada, especialmente após alta hospitalar, em situações de maior complexidade, reabilitação intensiva ou cuidados paliativos. A passagem entre essas camadas será parte do plano funcional e não uma nova peregrinação para a família.

REABILITAÇÃO EM CASA: PADI + MELHOR EM CASA

PADI/eMulti

preserva função, acompanha perda funcional e leva cuidado multiprofissional da APS ao domicílio.

Melhor em Casa

sustenta desospitalização e reabilitação domiciliar especializada quando a pessoa precisa de maior intensidade de cuidado.

Retorno territorial

resultados, mudanças funcionais e necessidades futuras retornam à equipe de referência e permanecem visíveis no plano de cuidado.

Municípios pequenos não precisam reproduzir sozinhos toda a estrutura. Podem compartilhar especialistas, equipamentos e serviços regionais, desde que a pessoa preserve uma porta local identificável e acompanhamento próximo. A regionalização não pode transformar a sede do serviço em única referência de cuidado.

Defendo referências regionais com funções inspiradas no CREFES, integradas aos Centros Especializados em Reabilitação e aos serviços já existentes. Não se trata de multiplicar prédios idênticos, mas de garantir capacidade funcional adequada a cada região.

Tecnologia assistiva precisa ser tratada como parte do cuidado. Entregar um equipamento não encerra a responsabilidade. É necessário avaliar indicação, adaptar, orientar, manter e acompanhar o uso. O mesmo vale para telereabilitação: recurso remoto pode ampliar acesso, mas não substitui atendimento presencial quando ele é necessário.

REABILITAR TAMBÉM É PRESERVAR FUNÇÃO

Numa população mais envelhecida, a reabilitação não começa apenas depois de um grande evento e não termina quando acaba um ciclo de sessões. Ela também atua para preservar mobilidade, comunicação, alimentação, autonomia e capacidade de participar da vida. O plano pode combinar atendimento no serviço, no domicílio ou em instituição, conforme a necessidade funcional e a possibilidade real de deslocamento.

A articulação com educação, assistência, trabalho, esporte e cultura precisa acontecer de forma prática. O objetivo da reabilitação pode ser voltar a caminhar, conseguir se comunicar, frequentar a escola, cuidar de si, retornar ao trabalho ou participar de uma atividade comunitária. Esses objetivos devem ser construídos com a própria pessoa.

REABILITAÇÃO: MEDIR FUNÇÃO, NÃO SÓ SESSÃO

Dependência funcional

acompanhar, com instrumentos validados e adequados a cada linha de cuidado, o grau de ajuda necessário para mobilidade, comunicação, alimentação, autocuidado e participação.

Acesso funcional

tempo entre a necessidade reconhecida, a avaliação funcional e o início do plano de reabilitação, inclusive para quem precisa ser atendido em casa ou em instituição.

Capacidade territorial

horas de equipe, visitas domiciliares e institucionais, vagas ativas, tecnologia assistiva disponível, transporte e referências regionais efetivamente funcionando.

Tecnologia assistiva com continuidade

não basta contar órteses, próteses e equipamentos entregues. Será acompanhado se houve adaptação, treinamento, manutenção e uso real.

REABILITAÇÃO: MEDIR FUNÇÃO, NÃO SÓ SESSÃO

Trajetória funcional

o resultado será a manutenção ou ampliação da autonomia e da participação definida no plano da própria pessoa. Nem toda condição terá como meta recuperar tudo; muitas vezes o sucesso é impedir perda adicional, preservar capacidade e sustentar uma vida possível.

O que a experiência ensinou

Em 2022, o Espírito Santo estruturou o SERDIA para organizar cuidado territorial às pessoas com deficiência intelectual e autismo, com equipe multiprofissional, modalidades de serviço e cofinanciamento. A implantação municipal avançou nos anos seguintes e deixou um aprendizado importante: proximidade, equipe e referência territorial podem reduzir fragmentação.

A experiência também mostrou a necessidade de diferenciar habilitação administrativa de serviço real. Um serviço homologado não significa automaticamente equipe completa, produção adequada ou acesso oportuno. É preciso medir funcionamento.

O SERDIA não substitui toda a rede de reabilitação. Ele é um antecedente específico. A proposta agora é ampliar a lógica territorial e conectá-la à reabilitação física, auditiva, visual e intelectual e às necessidades pós-hospitalares.

O que farei no Congresso

Quero apresentar ao debate nacional a proposta de um **SERDIA Brasil**, inspirado na experiência capixaba e integrado à Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência. Vou defender recursos para equipes, oficinas ortopédicas, tecnologia assistiva, transporte, atenção domiciliar e telereabilitação, sempre com manutenção e continuidade previstas.

Também vou fiscalizar cobertura, tempo de acesso e funcionamento real, distinguindo serviço habilitado de serviço ativo. E vou defender indicadores de funcionalidade e participação escolhidos com a pessoa, sem transformar reabilitação numa meta uniforme de “cura”.

O resultado mais importante não é quantas sessões foram feitas. É quanto a pessoa conseguiu ampliar sua autonomia, seus vínculos e sua participação.

Reabilitar é ajudar cada pessoa a viver mais possibilidades - não enquadrá-la em um pacote de procedimentos.

A reabilitação recoloca uma pergunta profunda: para que serve recuperar função, se a vida não volta a ter presença, vínculo, encontro e horizonte? O capítulo final das propostas responde ampliando a noção de cuidado: viver também é criar, conviver, sentir, pertencer e participar da cultura.



PROPOSTA 14

Cultura, Convivência e Saúde

A cidade também cuida quando abre espaço para criar, conviver e pertencer.

O ESSENCIAL

O que acontece hoje

Quando adoecimento, deficiência, envelhecimento ou alta dependência reduzem a circulação e a autonomia, a vida pode encolher até caber apenas em remédios, consultas e terapias. Ao mesmo tempo, políticas culturais episódicas deixam territórios sem continuidade, artistas sem remuneração estável e muitas pessoas afastadas da criação e da convivência.

O que proponho

Cria uma estratégia de Cultura, Saúde e Vida Comunitária com programação permanente, acessibilidade e trabalho cultural remunerado. Bibliotecas, escolas, espaços comunitários, equipamentos culturais, unidades de saúde, CAPS, centros de convivência e reabilitação podem cooperar sem transformar arte em terapia nem exigir diagnóstico para participar. Água, sol, música, memória, criação e encontro voltam a fazer parte de uma vida possível.

De onde vem esta proposta

Minha trajetória no SUS me ensinou que cuidado não se reduz ao procedimento e que reabilitação e saúde funcional só têm sentido quando devolvem participação e projeto de vida. Essa formulação foi amadurecida no Terceiro Pacto Capixaba e no programa de mandato e será construída com artistas, mestres, trabalhadores da cultura e comunidades.

No Congresso

Criar instrumentos de cooperação e financiamento continuado, preservando autonomia artística, finalidade dos orçamentos e liberdade de criação.

Quando a vida não pode encolher ao tratamento

Há momentos em que a medicina consegue controlar uma doença, aliviar sintomas ou estabilizar uma condição, mas não consegue devolver sozinha tudo aquilo que dá sentido à vida. Uma pessoa com alta dependência pode precisar de ajuda para quase todas as atividades e, ainda assim, continuar querendo sentir o sol, ouvir música, encontrar gente, entrar na água, reconhecer cheiros, rir, participar de uma celebração, criar alguma coisa ou simplesmente estar em um lugar onde a vida acontece.

Quando a rotina se reduz a remédios, consultas e terapias, a pessoa pode sobreviver e, ao mesmo tempo, perder parte do mundo ao redor. É aí que convivência, cultura, sensorialidade e participação deixam de parecer acessórios. Não são substitutos do cuidado clínico. São dimensões de uma vida humana que continua existindo apesar da doença, da deficiência ou do envelhecimento.

Mas essa proposta não é apenas para quem está em cuidado. Cultura é direito de todos. Em muitos territórios, a política cultural aparece de forma episódica: um evento, uma oficina curta, uma apresentação que chega e vai embora. Artistas, mestres e produtores trabalham sem continuidade. Crianças, adultos e idosos têm poucas oportunidades permanentes de criar, conviver e participar perto de casa.

A proposta

Defendo uma **Estratégia Nacional de Cultura, Saúde e Vida Comunitária**. Ela aproxima o Sistema Nacional de Cultura, o SUS, a educação, a assistência e as políticas de cuidado sem apagar a autonomia de nenhuma delas.

O princípio mais importante é simples: **ninguém precisa adoecer para ter direito à cultura**. A cultura tem valor próprio. Uma roda de congo, uma leitura, uma oficina de cerâmica, uma apresentação musical, uma peça de teatro ou uma atividade audiovisual não precisa ser justificada como terapia para receber apoio público.

Ao mesmo tempo, espaços culturais e redes de cuidado podem cooperar. Bibliotecas, escolas, centros culturais, grupos comunitários, unidades de saúde, CAPS, centros de convivência e serviços de reabilitação podem organizar

programações, acessibilidade e circulação de pessoas. Quem está em processo de cuidado pode participar sem ser transformado em paciente dentro da atividade cultural.

A política começa pelo território. Cada município pode mapear grupos, mestres, artistas, espaços, equipamentos e barreiras de acesso. A partir daí, construir uma programação contínua: música, leitura, teatro, audiovisual, memória, dança, artes visuais, cultura popular, encontros entre gerações e outras expressões definidas localmente.

No Espírito Santo, isso significa reconhecer congo, ticumbi, jongo, caxambu, panela de barro, casaca e outras expressões tradicionais ao lado da produção contemporânea. Tradição não deve virar decoração. Precisa ser tratada como conhecimento, trabalho, memória e criação viva.

A remuneração é parte do desenho. Artistas, mestres, mediadores, formadores e produtores não podem ser convidados permanentemente a trabalhar de graça em nome de uma ação social. Cultura precisa financiar criação, circulação, patrimônio e trabalho cultural. Saúde financia ações compatíveis com as responsabilidades do SUS. Planejamento conjunto não autoriza misturar despesas ou usar atividade cultural para completar artificialmente gasto mínimo em saúde.

A acessibilidade também precisa ser concreta. Não basta existir programação se a pessoa não consegue chegar, permanecer ou participar. Mobilidade, comunicação acessível, adaptações e desenho inclusivo fazem parte da política.

O que a experiência ensinou

Minha autoridade para defender essa agenda não vem de ter dirigido a política cultural do Estado. Vem de uma trajetória no cuidado e de uma formulação política amadurecida no Terceiro Pacto Capixaba: **a vida não cabe apenas no consultório.**

Na saúde e na reabilitação, aprendi que resultado não é somente controlar uma doença ou realizar um procedimento. É permitir que a pessoa volte a circular, estudar, trabalhar, conviver e fazer escolhas. Esse entendimento me levou a formular uma ponte entre cultura e cuidado, sem reduzir uma política à outra.

Também aprendi que integração mal feita pode gerar distorção. Se a atividade cultural passa a exigir diagnóstico, a cultura perde autonomia. Se uma oficina é usada para substituir terapia necessária, o cuidado é prejudicado. Se o mesmo gasto é contabilizado como cultura e saúde, a transparência desaparece. Por isso, as salvaguardas fazem parte da proposta desde o início.

A construção precisa ser feita com quem vive a cultura: artistas, mestres, trabalhadores, comunidades tradicionais, produtores, pesquisadores e gestores do setor. Meu papel não é dizer à cultura o que ela deve criar. É ajudar a criar condições para que ela exista, circule e dialogue com outras políticas sem perder liberdade.

O que farei no Congresso

Vou defender instrumentos nacionais de cooperação entre cultura, saúde, educação, assistência e cuidado; financiamento continuado para programação territorial e acessibilidade; e mecanismos que valorizem trabalho cultural e participação comunitária.

Também vou fiscalizar distribuição territorial dos recursos, condições de trabalho e continuidade das ações. Quero estimular programas que usem redes e espaços já existentes antes de apostar apenas em novas estruturas, sem impedir investimentos onde houver necessidade demonstrada.

A medida da política não será quantas pessoas foram transformadas em pacientes. Será quantas passaram a ter mais oportunidades de criar, encontrar, circular e pertencer.

Cuidar não é só acrescentar anos à vida. É garantir vida aos anos - com cultura, convivência, criação e liberdade.

Ao final, o livro retorna ao seu fio principal. Depois de atravessar quatorze propostas, o leitor já não deveria enxergá-las como fichas separadas. O que aparece é uma mesma arquitetura pública, com entradas diferentes e um compromisso comum: fazer o Estado funcionar na vida real.

LIVRO DO MANDATO

Como as propostas se conectam. Uma arquitetura, não uma coleção de promessas.

A Política Nacional de Garantia do Acesso é a proposta-mãe da agenda de saúde. Ela organiza o percurso inteiro. A Atenção Primária define a referência mais próxima. A contratualização diz por quem hospitais e serviços respondem e como serão financiados. A valorização de trabalhadores sustenta as equipes. O SAMU organiza a urgência. A reabilitação garante continuidade. O Hospital do Sul adiciona capacidade concreta a uma região. A política de cuidados amplia a responsabilidade pública para a vida cotidiana.

As propostas de desenvolvimento respondem a outra pergunta: que capacidade precisa existir para que direitos e oportunidades durem? Rio Doce Tech cria uma missão de ciência e produção. A Universidade Capixaba aproxima formação e pesquisa dos vazios territoriais. A Rede de Capacidades por Missão oferece método institucional. A nova industrialização conecta essas capacidades a trabalho, cadeias produtivas e agregação de valor.

Tarifa Zero e Cultura ajudam a lembrar que território não é apenas localização administrativa. É tempo de deslocamento, acesso à cidade, vínculos, memória e possibilidade de participar. Mobilidade aproxima pessoas das oportunidades. Cultura transforma presença em pertencimento.

A ORDEM DAS DECISÕES

- 1. reconhecer a necessidade e o território;
- 2. definir quem assume a responsabilidade;
- 3. dimensionar equipe, estrutura, tecnologia e financiamento;
- 4. integrar serviços e instituições;
- 5. acompanhar acesso, continuidade, qualidade e resultado;

- 6. corrigir o que não funciona e prestar contas.

Essa sequência é a ponte entre o Terceiro Pacto e o mandato federal: planejamento não é um documento separado da vida. Precisa virar capacidade, orçamento e responsabilidade pública.

A experiência ensina. A política organiza. O território mostra se funcionou.

LIVRO DO MANDATO

Sistema de indicadores. Da transição demográfica ao resultado na vida.

Se a população muda, o modo de medir o SUS também precisa mudar. Cobertura cadastral e produção continuam sendo informações indispensáveis, mas não respondem sozinhas à pergunta central deste programa: **a capacidade existente corresponde à carga de cuidado do território e está produzindo continuidade, autonomia e segurança?**

O sistema de acompanhamento proposto organiza os indicadores em cinco camadas conectadas. Nenhuma delas substitui a outra. A intenção é impedir que um bom número de produção esconda falta de capacidade, que uma estrutura cadastrada seja confundida com serviço ativo ou que um resultado médio esconda territórios com necessidades muito diferentes.

DEMOGRAFIA → CARGA DE CUIDADO → CAPACIDADE → CUIDADO → RESULTADO

1. DEMOGRAFIA E PERFIL DE NECESSIDADE

O ponto de partida é reconhecer quem vive no território e como sua necessidade está mudando: estrutura etária, população muito idosa, condições crônicas, multimorbidade, deficiência, dependência funcional, pessoas vivendo em instituições e crianças e adolescentes com necessidades complexas de cuidado. Esses dados dimensionam necessidade; não determinam prioridade individual de atendimento.

2. CARGA DE CUIDADO

A carga de cuidado mede **intensidade e tempo necessários**, e não apenas número de diagnósticos. Deve considerar pessoas que precisam de acompanhamento frequente, visitas domiciliares, apoio para atividades cotidianas, reabilitação, cuidado institucional, tecnologia assistiva e coordenação entre vários serviços.

Não proponho reduzir essa realidade a uma nota única que esconda diferenças. O painel manterá dimensões separadas e comparáveis, permitindo reconhecer onde envelhecimento, dependência, ruralidade ou complexidade exigem reforço adicional.

3. CAPACIDADE REAL DISPONÍVEL

A capacidade será medida pelo que de fato está disponível para cuidar: equipes completas e ativas, horas profissionais, agendas, carga horária médica especializada, Saúde Bucal, **eMulti/PADI**, **Melhor em Casa**, capacidade domiciliar, presença institucional, Centros-Dia, respiro, reabilitação, tecnologia assistiva, leitos operacionais, radioterapia, transporte e infraestrutura digital.

Cadastro não será tratado como sinônimo de capacidade. Será necessário comprovar composição, jornada, disponibilidade, funcionamento, manutenção e território de responsabilidade.

4. ACESSO, CONTINUIDADE E CUIDADO

Aqui entram os indicadores que mostram se a capacidade chegou à pessoa: tempo até a segunda opinião especializada, atendimento dentro do prazo clínico, visitas domiciliares realizadas quando indicadas, pessoas acompanhadas pelo PADI, cobertura e tempo de resposta do Melhor em Casa, cuidado odontológico em casa e instituições, planos compartilhados ativos, acesso ao respiro, continuidade da reabilitação e transição segura depois da alta hospitalar.

Para quem cuida, o sistema deverá tornar visível uma dimensão hoje pouco medida: **tempo de cuidado não remunerado, possibilidade de descanso e sobrecarga do cuidador**. Isso permitirá saber se a política pública está realmente compartilhando uma responsabilidade que hoje recai desproporcionalmente sobre as famílias.

5. RESULTADO NA VIDA

O resultado não será confundido com volume de procedimentos. Dependendo da política e da condição da pessoa, serão acompanhados autonomia, funcionalidade, participação, segurança, continuidade, experiência, permanência possível no território e redução de descontinuidade evitável.

Em algumas situações, resultado significa recuperar função. Em outras, significa preservá-la, retardar perdas, reduzir sofrimento, apoiar a família ou permitir que a pessoa continue vivendo com vínculos e escolhas.

Esse modelo fecha o ciclo desta agenda: **a demografia mostra como a necessidade muda; a carga de cuidado indica sua intensidade; o padrão nacional define a capacidade que deve existir; a rede organiza o cuidado; e os indicadores mostram se essa capacidade virou resultado na vida.**

NÉSIO FERNANDES

Experiência para voltar a cuidar

Direito que funciona. Capacidade que permanece. Desenvolvimento que chega ao território.

DR. NÉSIO FERNANDES

6565

DEPUTADO FEDERAL · ESPÍRITO SANTO

PCdoB · Federação Brasil da Esperança

nesiofernandes.com

Material programático de campanha · Eleições 2026

CNPJ da candidatura: 68.545.087/0001-16