



Programa Agora Tem Especialistas: notas sobre a evolução da produção assistencial

BOLETIM Nº 1



Projeto de pesquisa



“AVALIAÇÃO DO PROGRAMA AGORA TEM ESPECIALISTAS (PATE): ESTUDOS SOBRE EXTENSÃO DE COBERTURAS E AMPLIAÇÃO DO ACESSO À ATENÇÃO ESPECIALIZADA NO SUS”

INSTITUIÇÕES:

Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da
Universidade Federal do Rio de Janeiro - IESC/UFRJ
Instituto de Saúde Coletiva da Universidade
Federal da Bahia - ISC/UFBA
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - FM/USP
Faculdade de Saúde Pública da Universidade de
São Paulo - FSP/USP

COORDENAÇÃO:

Ligia Bahia, Jairnilson Paim, Mário Scheffer e Lucas Andrietta

FINANCIAMENTO E APOIO:

Ministério da Saúde, Termo de Execução Descentralizada
nº 06/2026, Processo SEI nº 23079.204190/2026-71
00030420260005 - 21CD - Implementação de Políticas de
Atenção Especializada à Saúde - PROGRAMA

EQUIPE DA PESQUISA:

Ana Elise Teixeira, Artur Monte Cardoso, Arthur Welle, Beatriz Tebyriçá, Bruno Conceição, Camila Ramos Reis, Camilly Ferreira, Carolina Seixas Dubeux, Catharina Matos, Ceres Albuquerque, Clara Gonçalves, Danielle Conte Alves Riani Costa, Douglas Vieira, Francisco Javier Ortega, Frederico Haddad, Gabriela Barros, Giovanna Pinheiro, Jairnilson Paim, Jessica Pronestino de Lima Moreira, Juan Leal, Julia Cardoso de Almeida, Leonardo Vidal Mattos, Ligia Bahia, Lucas Andrietta, Maria Eduarda Ferreira, Maria Eduarda Gonçalves, Marina Magalhães, Mário Scheffer, Matheus De Oliveira Brancaglion, Miguel Tarnapolsky, Milena Sichinel, Milton Santos Martins da Silva, Mônica Chao, Patricia Mattos, Paulo Cesar Canary, Rachele Marina Santoro, Rafael Daher Carvalho, Renata Veríssimo Cardoso, Ronir Raggio Luiz, Stefany de Brito, Thamires Veríssimo e Valentina Joels.

Programa Agora Tem Especialistas:

notas sobre a evolução da produção assistencial - Boletim nº 1
2026 - IESC/UFRJ, ISC/UFBA, FM/USP e FSP/USP

Data da publicação: Outubro/2026

Participaram desta publicação: Camila Ramos Reis,
Catharina Leite Matos Soares, Danielle Conte Alves Riani Costa,
Jairnilson Paim, Jéssica Pronestino de Lima Moreira, Leonardo Mattos,
Lígia Bahia, Lucas Andrietta e Mário Scheffer.

Sumário

Apresentação	4
Introdução	5
Como foi realizado o estudo	7
Evolução da produção de cirurgias eletivas	11
Produção de consultas e procedimentos especializados	19
Realização de procedimentos relacionados à Oferta de Cuidados Integrados (OCI)	24
Tempo de espera: limites dos dados atualmente disponíveis	30
Limitações do estudo	31
Considerações finais	32
Declaração de uso de inteligência artificial	33
Referências	34



Apresentação

O presente documento se insere no esforço sistemático e coletivo de produção de conhecimento sobre o Programa Agora Tem Especialistas (PATE), dando continuidade às notas técnicas publicadas, respectivamente, em novembro de 2025 e setembro de 2026^{1,2}.

Considerando os persistentes desafios do SUS, e os retrocessos impostos às políticas sociais entre 2016 e 2022, o PATE pode ser visto como parte de um esforço mais amplo de reconstrução das políticas públicas no âmbito federal.

Desde o início, o programa assumiu lugar relevante na agenda Ministério da Saúde. Além de incorporar iniciativas anteriores em curso, notadamente o Programa Nacional de Redução das Filas (PNRF) e o Programa Mais Acesso a Especialistas (PMAE), o PATE destaca-se também pelo desafio de articulação de múltiplos componentes e pelo caráter inovador em vários âmbitos, dentre os quais o financiamento e as formas de articulação interfederativa.

As duas primeiras notas técnicas enfatizaram os desafios metodológicos decorrentes da complexidade do programa, da articulação entre seus componentes e da escassez e fragmentação de informações. Ainda assim, é fundamental que este esforço de pesquisa seja capaz de apontar e superar as limitações, avançando na tarefa de produzir conhecimento relevante sobre o PATE e o alcance de seus objetivos.

Entre as questões centrais para o acompanhamento do programa está a sua capacidade de ampliar a oferta de serviços especializados na rede pública e a redução efetiva de tempos de espera, considerando as prioridades definidas pelo programa e a possibilidade de identificar mudanças observáveis que podem ser atribuídas ao PATE.

Este boletim tem o objetivo de analisar a evolução da produção assistencial de procedimentos incluídos no rol do PATE entre 2022 e 2026. Para isso, descreve tendências gerais, aborda possíveis hipóteses explicativas e busca detalhar algumas características específicas das informações disponíveis em diálogo com interpretações recentes sobre os avanços do programa. O período abrange três fases do componente cirúrgico, incluindo o PNRF e o PMAE.

Por fim, pretende-se também oferecer subsídios para a discussão sobre o uso dos dados atualmente disponíveis para a ampliação do acesso e para a redução do tempo de espera.

Boa leitura!

¹ Programa Agora Tem Especialistas: desafios para o direito universal à saúde no Brasil. Nota Técnica. GPDES/IESC/UFRJ, nov/2025. Disponível em <<https://observatorio.gpdes.com.br/publi/programa-agora-tem-especialistas-desafios-para-o-direito-universal-a-saude-no-brasil/>>.

² Programa Agora Tem Especialistas. Nota Técnica n. 2. Rio de Janeiro: IESC/UFRJ, ISC/UFBA, FM/USP, FSP/USP, 2026. Disponível em <<https://observatorio.gpdes.com.br/pate-nt2/>>.

Introdução

A consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) supõe a oferta de uma rede assistencial que seja capaz de promover a integralidade do cuidado, considerando as distintas realidades técnica, política, financeira e administrativa nas diversas regiões deste país continental (Lui; Schabbach; Nora, 2020; Klaumann, 2026).

É neste sentido que o desenvolvimento da atenção especializada desempenha um papel importante, pois historicamente enfrenta diversos constrangimentos como assimetrias regionais na distribuição da oferta; altos custos; baixa capacidade de regulação de consultas e exames; “vazios assistenciais”; rede própria de serviços limitada e fragmentada; longos tempos de espera; acesso desigual; baixa resolutividade; pagamento por produção de serviços; elevada dependência da rede complementar na oferta de serviços, entre outros (Tesser, 2017; Dantas, 2025; Carvalho et al., 2026). Todos esses elementos têm comprometido a continuidade do cuidado, levando ao aprofundamento das iniquidades no acesso.

Soma-se a isso a concentração de recursos de média e alta complexidade em grandes centros urbanos, a oferta de serviços em dissonância com as necessidades de saúde territoriais, sendo pautada por demandas e não, necessariamente, por necessidades, com financiamento baseado na produção assistencial (Tesser, 2017).

É relevante apontar que problemas nesta conformação histórico-estrutural antecedem a Constituição de 1988 e o próprio SUS, muitos deles tendo sido herdados de uma forma de funcionamento e relação com o setor privado próprias do Instituto Nacional da Previdência Social (INPS) e do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS).

Assim, o pagamento por unidade de serviço (US) e o uso de Guia de Internação Hospitalar (GIH) propiciavam o superfaturamento, cirurgias e hospitalizações desnecessárias, assim como certa corrupção. A substituição das GIH pelas AIH (Autorização de Internação Hospitalar) no início da década de 1980, ainda em vigor, e o pagamento por procedimentos médico-assistenciais não foram suficientes para melhorar a atenção até o presente.

O enfrentamento dessa problemática deu origem às primeiras iniciativas de regionalização e ações que buscaram estruturar a rede de atenção à saúde. E, como parte de um longo processo, podem ser interpretadas iniciativas recentes de enfrentamento dessas questões, como Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde (PNAES) (Brasil, 2023a) e, finalmente, a Lei Nº 15.233 (7/10/2025), que institui o Programa Agora tem Especialista (PATE), como uma proposta inovadora, ousada, complexa e multidimensional (Brasil, 2025a).

O PATE tem o objetivo de diversificar as ações e os serviços de saúde à população, ampliar a oferta de leitos hospitalares e demais serviços de assistência médica, além de diminuir o tempo de espera para a realização de consultas, procedimentos, exames e demais ações e serviços especializados de atenção à saúde para a população (Brasil, 2025a).

O programa abrange diversas ações e propostas, sob forma de componentes, que apontam para a alteração ou a superação de certas lógicas estruturadas no SUS. Diante da complexidade do programa, dos seus objetivos e de sua estrutura político-institucional, a possibilidade de avaliar concretamente seus efeitos e desdobramentos dependerá de um horizonte temporal mais longo e do aperfeiçoamento das informações disponíveis.

A produção científica sobre o PATE ainda é incipiente, mas as reações e interpretações iniciais ao programa têm aberto debates relevantes, em diálogo com temas e linhas de pesquisa já existentes sobre os quais a existência do programa incide.

Alguns estudos ressaltam o papel estratégico da Atenção Primária à Saúde (APS) e da rede pública para evitar a fragmentação assistencial. Destacam que o sucesso do Programa, depende de investimentos na

capacidade clínica e estrutural das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e do fortalecimento da regulação pública (Rede de Pesquisa e Atenção Primária à Saúde da Abrasco, 2026).

Outros trabalhos avançam na compreensão sobre a associação entre o tempo de espera, as causas de absenteísmo em consultas e exames especializados e possíveis consequências para a eficiência do sistema (Farias et al., 2019; Zini, Bueno, 2025).

Estudos sobre centrais de regulação têm sugerido que sua operação é marcada por uma gestão burocrática (Giannotti; Louvison; Chioro, 2026), enquanto arranjos microrregulatórios descentralizados na APS seriam capazes de qualificar os encaminhamentos, reduzir filas e promover o cuidado em rede (Giannotti, 2025). No entanto, a falta de critérios bem definidos de priorização clínica transparente em listas cirúrgicas pode produzir iniquidades distributivas e estimular a judicialização da saúde (Teixeira; Cohn, 2025).

Os resultados do primeiro ano do programa indicam que a adesão de prestadores privados, através de créditos financeiros e compensação de dívidas, tem sido capaz de gerar um aumento no total de cirurgias (Haddad, 2025). Entretanto, estudo recente argumenta que o efeito líquido do PATE sobre o volume de procedimentos permanece estatisticamente indeterminado (Torres et al., 2026).

Alguns avanços do PATE têm ganhado visibilidade, como a priorização de linhas de cuidado fundamentais como a oncologia, ampliando acesso a serviços em áreas remotas, utilizando distintas estratégias de ação. Além disso, o programa tem logrado ampliar recursos públicos disponíveis para a saúde através de mecanismos novos, por meio dos componentes créditos financeiros e ressarcimento, transmutando dívidas em serviços especializados (Costa et al., 2026).

O PATE deve ser objeto de ampla análise, seja da perspectiva da pesquisa acadêmica, seja pela produção técnica do próprio Ministério da Saúde e de órgãos de fiscalização e controle, a exemplo do relatório publicado em junho de 2026, pelo Tribunal de Contas da União (TCU, 2026).

Há evidências de que o PATE tem provocado mudanças observáveis na produção assistencial especializada. Porém, ainda se faz necessário monitorar e aprofundar a compreensão sobre os efeitos provocados pelo programa, sobretudo para identificar seu alcance e capacidade de alterar tendências e enfrentar desafios históricos e estruturais da atenção especializada no SUS.

Como foi realizado o estudo

Trata-se de estudo descritivo, de abrangência nacional, baseado em dados secundários da produção aprovada por secretarias e pelo Ministério da Saúde, em três frentes analisadas separadamente, cada uma com base de dados, período e referência temporal próprios: as cirurgias eletivas do rol do programa, as consultas e os procedimentos especializados, e as OCI. Por se tratar de dados secundários, agregados e de domínio público, o estudo dispensou apreciação por Comitê de Ética em Pesquisa, nos termos da Resolução CNS nº 510/2016.

CIRURGIAS ELETIVAS DO ROL

Na análise cirúrgica, foram utilizados os arquivos mensais do painel de cirurgias da plataforma SUS3603, que consolidam a produção do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) e do Sistema de Informações Hospitalares (SIH), de janeiro de 2022 a julho de 2026 (55 meses). A referência temporal é a competência de processamento⁴, e a unidade de medida é o procedimento aprovado (quantidade), e não o paciente, a internação ou o valor financeiro.

PERÍODO DE ANÁLISE

A série tem início em janeiro de 2022, e não em anos anteriores, por uma razão metodológica. Em 2020 e 2021, a pandemia de Covid-19 levou à suspensão ou ao adiamento de grande parte das cirurgias eletivas no SUS: entre abril e dezembro de 2020, estima-se redução de 46% nas internações para procedimentos eletivos atribuível à Covid-19, o equivalente a cerca de 828 mil procedimentos cancelados (FRIO et al., 2022). Tomar esse período como referência introduziria um viés de período de referência, também chamado de efeito de base: qualquer comparação posterior mostraria crescimento elevado, decorrente da recomposição da produção interrompida, e não ao efeito de políticas implementadas depois. Pelo mesmo motivo, séries iniciadas nesses anos tendem a exibir taxas de expansão muito altas no início e, por contraste, uma aparente desaceleração nos anos seguintes, como reflexo do fim da recomposição, e não necessariamente a perda de dinamismo do programa.

Os primeiros meses de 2022, no entanto, ainda registraram volumes reduzidos: em janeiro e fevereiro, as eletivas ficaram 27% e 21% abaixo da média anterior ao programa (Figura 3). Para limitar esse efeito residual, o acumulado de janeiro a julho é complementado pela comparação entre meses equivalentes já não afetados (julho de 2022 e julho de 2026), pelos anos completos e pela evolução das urgências dos mesmos procedimentos, sujeitas às mesmas condições.

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS SELECIONADOS

O recorte compreende os 1.279 procedimentos do rol cirúrgico do programa (Anexo I da Portaria SAES/MS nº 3.245/2025, na redação dada pela Portaria SAES/MS nº 4.654/2026), todos do grupo 04 da Tabela SIGTAP⁵, organizados em sete grupos: procedimentos cirúrgicos diversos (534 códigos), ortopedia (262), cardiologia (172), oncologia (154), oftalmologia (58), ginecologia (52) e otorrinolaringologia (47). Foram contados os procedimentos do rol registrados como principal ou como secundário da mesma autorização, uma única vez cada, incluídos os tratamentos com cirurgias múltiplas e sequenciais (código 04.15), na mesma definição do painel “Cirurgias Rol ATE” do SUS360. O rol atual foi aplicado a todo o período, de modo que o indicador acompanha os mesmos procedimentos ao longo da série.

³ Disponível em <https://sus360.saude.gov.br/painel/cirurgias/>. Arquivos mensais sus360_cirurgias_cnes_AAAAMM.csv. Acesso em 19 out. 2026. Os arquivos são agregados por estabelecimento, município, procedimento principal e procedimento secundário; os totais correspondem sempre à soma das colunas de quantidade, e não à contagem de linhas.

⁴ Competência de processamento: mês em que a produção foi aprovada nos sistemas de informação, e não o mês de realização do procedimento. Reapresentações e atrasos de faturamento podem deslocar a produção entre meses, e os meses mais recentes ainda podem ser revistos.

⁵ Grupo 04 (procedimentos cirúrgicos) do Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (SIGTAP). Disponível em <http://sigtap.datasus.gov.br/>.

INDICADORES

Foram construídos três indicadores. O principal é o total de **cirurgias eletivas do rol**, independentemente da fonte de financiamento, que reúne a produção paga pelo Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade (teto MAC) e pelo Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC). O segundo é a **produção com marcação do programa**, parcela das cirurgias eletivas do rol paga pelo FAEC e identificada como cirurgia do programa na autorização⁶. O terceiro corresponde às **urgências dos mesmos procedimentos**, utilizadas como referência de comparação: estão sujeitas às mesmas condições de oferta (hospitais, equipes, insumos) e aos mesmos efeitos da pandemia, mas não são objeto do financiamento do programa.

O teto MAC é transferido fundo a fundo de forma regular, com valor pré-pactuado; produzir acima dele não gera recurso federal adicional. O FAEC é recurso extrateto, de pagamento pós-fixado, condicionado à produção aprovada e limitado ao valor financeiro anual definido por unidade da federação (UF) para o programa, com possibilidade de complementação federal sobre o valor da Tabela SIGTAP até o percentual máximo fixado por UF (Portaria SAES/MS nº 3.245/2025). Parte das eletivas do rol é paga pelo FAEC fora do programa (entre 8 mil e 23 mil procedimentos por mês), como acessos para hemodiálise e cirurgia bariátrica; essa produção integra o total de eletivas, mas não a produção do programa.

Ficaram excluídos indicadores 882.193 procedimentos registrados com a marcação do programa entre março de 2023 e julho de 2026 que não pertencem ao rol, dos quais 76% são curativos grau II. São procedimentos acessórios das mesmas autorizações, e não cirurgias adicionais. Como o painel público “Agora Tem Especialistas” os inclui, seu total não deve ser interpretado como número de cirurgias.

Os totais obtidos reproduzem os painéis públicos do SUS360 com diferença inferior a 0,1%⁷. Foi realizada análise descritiva, com frequências absolutas, médias mensais por fase e variações percentuais entre períodos equivalentes. Para comparar 2026 aos anos anteriores, utilizou-se o acumulado de janeiro a julho de cada ano, evitando-se misturar anos completos e incompletos.

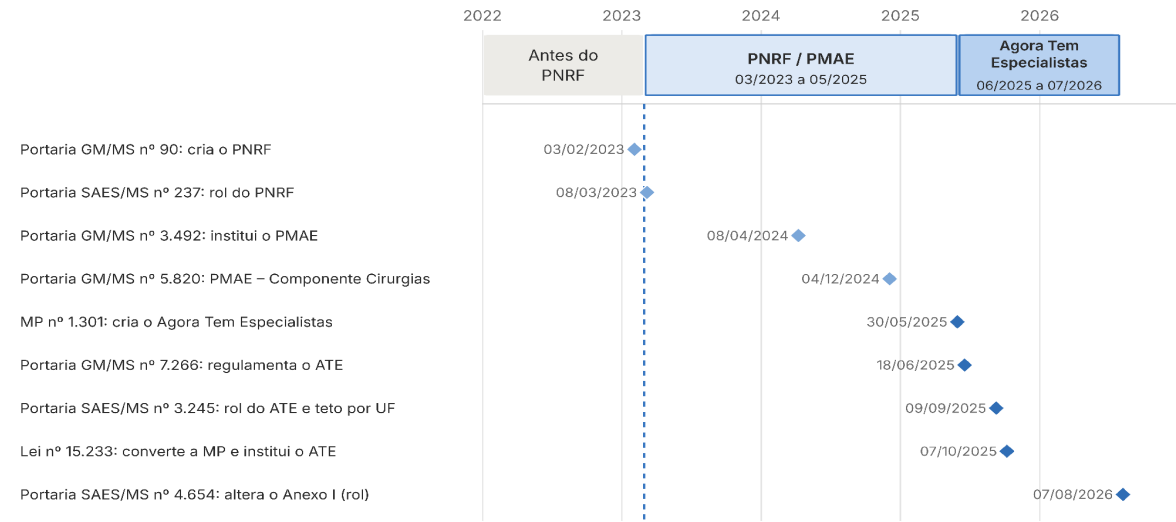
FASES DAS SÉRIES ANALISADAS

O componente cirúrgico pode ser considerado como integrante de um continuum desde março de 2023, com sucessivas denominações e ajustes normativos (Quadro 1). A análise considera, assim, três períodos: antes do PNRF (01/2022 a 02/2023, 14 meses), PNRF/PMAE (03/2023 a 05/2025, 27 meses) e PATE (06/2025 a 07/2026, 14 meses). Essa divisão é aplicada apenas à análise cirúrgica, para a qual a marcação da produção paga pelo programa permite acompanhar cada fase. Nas consultas, procedimentos especializados e OCI, os marcos do programa servem apenas como referência temporal, pelas razões descritas nas seções seguintes.

⁶ A cirurgia do programa é identificada pelo quinto dígito do número de autorização igual a “5” na Autorização de Internação Hospitalar (AIH) ou “6” na Autorização de Procedimentos Ambulatoriais (APAC), em caráter de atendimento eletivo (Portaria GM/MS nº 90/2023, regra mantida no PMAE e no PATE).

⁷ Comparação com os painéis “Cirurgias Rol ATE” (01/2022 a 07/2026: 22.890.171 no painel contra 22.878.249 nesta análise; diferença de 0,05%) e “Agora Tem Especialistas” (03/2023 a 07/2026: 5.449.561 contra 5.449.507; diferença de 0,001%), acesso em 19/10/2026. Para fevereiro a dezembro de 2024, o Relatório dos Indicadores do PNRF (SAES/MS, 25/02/2025) informa 1.268.050 cirurgias do programa; esta análise apura 1.301.127 (+2,6%), diferença compatível com a revisão dos dados após a data do relatório.

QUADRO 1: Marcos normativos do componente cirúrgico do PNRF, do PMAE e do PATE, 2023-2026.



NOTA: faixas indicam as fases usadas na análise; losangos indicam os atos normativos. A Portaria GM/MS nº 7.266/2025 manteve o componente cirúrgico regido pela Portaria GM/MS nº 90/2023, na redação dada pela Portaria GM/MS nº 5.820/2024, com financiamento pelo FAEC. Fonte: elaboração própria.

CONSULTAS E PROCEDIMENTOS ESPECIALIZADOS

A análise de consultas e procedimentos especializados utilizou o banco do painel “Panorama ambulatorial e hospitalar clínico” da plataforma SUS360, que também consolida dados do SIA e do SIH, extraído em 15/09/2026. Diferentemente da análise cirúrgica, a referência temporal é a competência de atendimento (mês de realização do procedimento). A unidade de medida é a quantidade aprovada de procedimentos, e não o número de pessoas atendidas, e os registros foram utilizados como constam no SUS360, sem correção ou ajuste. Os totais anuais do banco coincidem com os do painel público em todos os anos (em 2025, por exemplo, 3.095.367.725 procedimentos), inclusive por categoria e por tipo de financiamento.

O período vai de janeiro de 2022 a junho de 2026. Julho de 2026 foi excluído porque, na data da extração, 867 municípios que haviam informado consultas especializadas em junho ainda não tinham enviado a produção de julho, o equivalente a 8,7% do volume de junho. Nos municípios que já haviam informado, a produção de julho estava 1% acima da de julho de 2025, o que indica atraso de envio, e não queda de produção. Foram analisadas cinco séries, descritas no Quadro 2.

QUADRO 2: Séries de consultas e procedimentos especializados analisadas

Série	O que entra	Média mensal (2022)
Atenção especializada – total	Todos os procedimentos clínicos e diagnósticos do banco financiados pelo MAC ou pelo FAEC (consultas, exames, terapias, quimioterapia, radioterapia, internações clínicas, entre outros)	162,4 milhões proced.
Consulta médica especializada	Código SIGTAP 03.01.01.007-2	8,6 milhões
Consulta especializada – outros profissionais	Código SIGTAP 03.01.01.004-8 (profissionais de nível superior não médicos)	10,8 milhões
Quimioterapia	Formas de organização 03.04.02 a 03.04.08	326 mil APAC
Radioterapia	Forma de organização 03.04.01	13 mil proced.

NOTA: consultas e quimioterapia financiadas pelo teto MAC (inclusive incentivos) ou pelo FAEC. A quimioterapia é contada em Autorizações de Procedimentos de Alta Complexidade (APAC) por mês de tratamento. Fonte: SUS360/MS (SIA e SIH), painel “Panorama ambulatorial e hospitalar clínico” (extração em 15/09/2026). Elaboração própria.

As comparações tomam 2022 como base, por ser o último ano completo antes do PNRF e o primeiro ano disponível no banco. Foram adotadas duas medidas. A primeira compara cada mês com a média mensal de 2022, pela razão entre a quantidade do mês e essa média, menos um; ela descreve a trajetória da série, mas oscila com a sazonalidade, já que dezembro e fevereiro costumam registrar volumes menores. A segunda compara o acumulado de janeiro a junho de 2026 com o de janeiro a junho de 2022; por envolver os mesmos meses, neutraliza a sazonalidade e é a medida adotada no texto. Por esse motivo, a variação de junho de 2026 que aparece ao fim das linhas das figuras não coincide com a variação semestral citada no texto. Os marcos do programa (início do PNRF, em 03/2023; instituição do PMAE, em 04/2024; primeiros registros de OCI, em 01/2025; e início do PATE, em 06/2025) são indicados nas figuras apenas como referência temporal. Como esses registros não trazem marcação do programa, a produção não foi dividida pelas fases adotadas na análise cirúrgica, e a coincidência de uma mudança na série com um marco não indica, por si só, efeito do programa.

Na distribuição territorial, a produção foi atribuída à UF do estabelecimento, e as taxas foram calculadas com a população do Censo Demográfico de 2022 (IBGE). A produção da atenção básica não foi usada como comparação, porque a maior parte dela é registrada no Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), e não no SIA; a fração registrada no SIA é pequena e não seria insuficiente para representar o atendimento realizado por esse nível de atenção.

OFERTA DE CUIDADOS INTEGRADOS (OCI)

A análise das OCI utilizou o banco do painel de OCI do SUS360 (Ministério da Saúde), que reúne registros do SIA e do Conjunto Mínimo de Dados (CMD). Cada OCI corresponde a um registro com procedimento principal do grupo 09 da Tabela SIGTAP, mesma regra adotada no painel do Ministério; as consultas e os exames realizados dentro da OCI não são contados como OCI. A unidade de contagem é a OCI aprovada, e não o paciente, já que uma pessoa pode realizar mais de uma OCI no período. Os dados foram utilizados como estão no banco, sem ajustes.

O período vai de janeiro de 2025, mês dos primeiros registros, a junho de 2026, por competência de processamento, isto é, o mês em que o Ministério processou a produção. Julho de 2026 foi excluído porque ainda estava incompleto na data da extração: dos 743 municípios com OCI em junho, 149, que somavam 9,9% do volume daquele mês, não tinham nenhuma OCI em julho, perda bem superior à variação usual entre meses (entre maio e junho, 77 municípios e 4% do volume). Como as OCI começaram a ser registradas no fim do PMAE e quase todo o período analisado corresponde ao PATE, a análise não adota a divisão por fases da análise cirúrgica: a evolução é descrita por mês e por semestre, o que permite acompanhar a implantação do modelo.

A distribuição territorial foi analisada por UF de atendimento, que indica onde está a oferta, e por UF de residência do paciente, que estabelece uma aproximação com o acesso da população. A participação de cada UF no total de OCI foi comparada à sua participação na população (IBGE, Censo 2022) por meio da razão entre as duas proporções, em que o valor 1 indica produção proporcional à população. A taxa mensal de OCI por 100 mil habitantes foi calculada para cada semestre, dividindo-se o total do semestre pelo número de meses, e a desigualdade entre UF foi medida pelo coeficiente de variação dessas taxas. As OCI realizadas em unidades móveis (carretas) foram identificadas pelo campo de componente/modalidade do registro. Registros sem UF válida (85 por UF de atendimento e 450 por

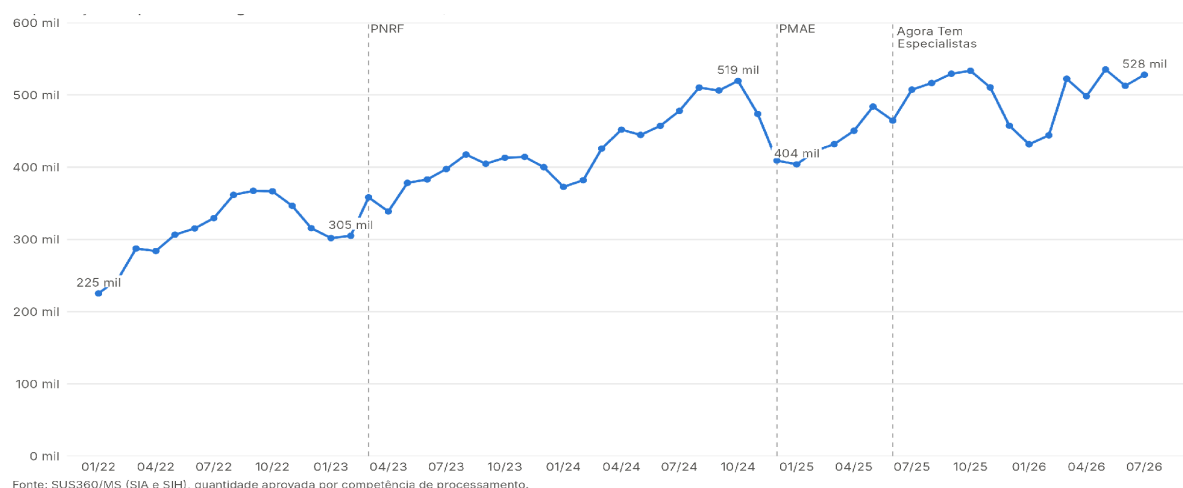
Evolução da produção de cirurgias eletivas

UF de residência, menos de 0,1% do total) foram excluídos das análises por UF.

A produção mensal de cirurgias eletivas do rol passou de 225 mil, em janeiro de 2022, para 528 mil, em julho de 2026. Na comparação entre meses equivalentes, que neutraliza a sazonalidade, o volume passou de 329 mil (julho de 2022) para 528 mil (julho de 2026), aumento de 60%. A tendência é de alta desde a introdução do PNRF, em março de 2023 (Figura 1).

A série registra uma queda entre outubro de 2024 e janeiro de 2025, que coincide com a transição do PNRF para o PMAE – Componente Cirurgias e com a virada do exercício financeiro, quando passaram a vigorar novos limites por UF. A redução concentrou-se na produção do programa (–45% no FAEC com marcação entre outubro de 2024 e janeiro de 2025), mais do que na produção financiada pelo MAC (–15%), e foi acentuada pela sazonalidade habitual de dezembro e janeiro, meses de menor realização de cirurgias eletivas. A recuperação foi rápida: já na vigência do Programa Agora Tem Especialistas, entre agosto e outubro de 2025, a produção mensal superou os maiores patamares de 2024, e retornou aos parâmetros mais elevados da série em março de maio de 2026

FIGURA 1: Quantidade mensal de cirurgias eletivas do rol do PATE* realizadas pelo SUS. Brasil, janeiro de 2022 a julho de 2026.

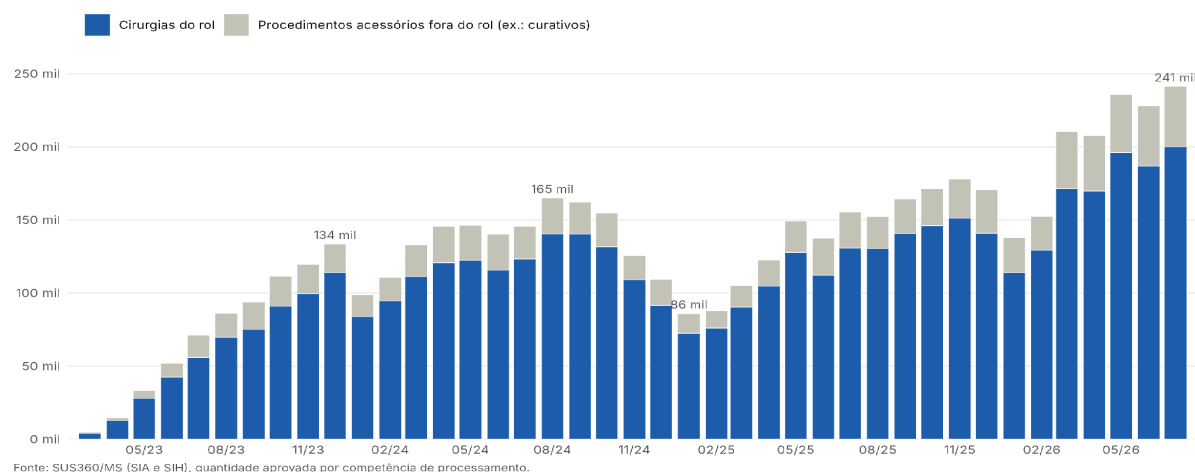


*Procedimentos do rol cirúrgico do PATE (Anexo I da Portaria SAES/MS nº 3.245/2025, alterado pela Portaria SAES/MS nº 4.654/2026), financiados pelo teto MAC ou pelo FAEC. Nota: as linhas tracejadas marcam o início do PNRF (03/2023), do PMAE – Componente Cirurgias (12/2024) e do PATE (06/2025). Fonte: SUS360/MS (SIA e SIH), quantidade aprovada por competência de processamento (acesso em 19/10/2026).

PRODUÇÃO COM MARCAÇÃO DO PROGRAMA

O volume financiado pelo programa cresceu ao longo do período. Em julho de 2026, o painel “Agora Tem Especialistas” registrou 241 mil procedimentos com marcação, dos quais cerca de 200 mil eram cirurgias do rol; o restante corresponde a procedimentos acessórios, sobretudo curativos (Figura 2).

FIGURA 2: Produção com marcação do programa, segundo pertencimento ao rol cirúrgico. Brasil, março de 2023 a julho de 2026.



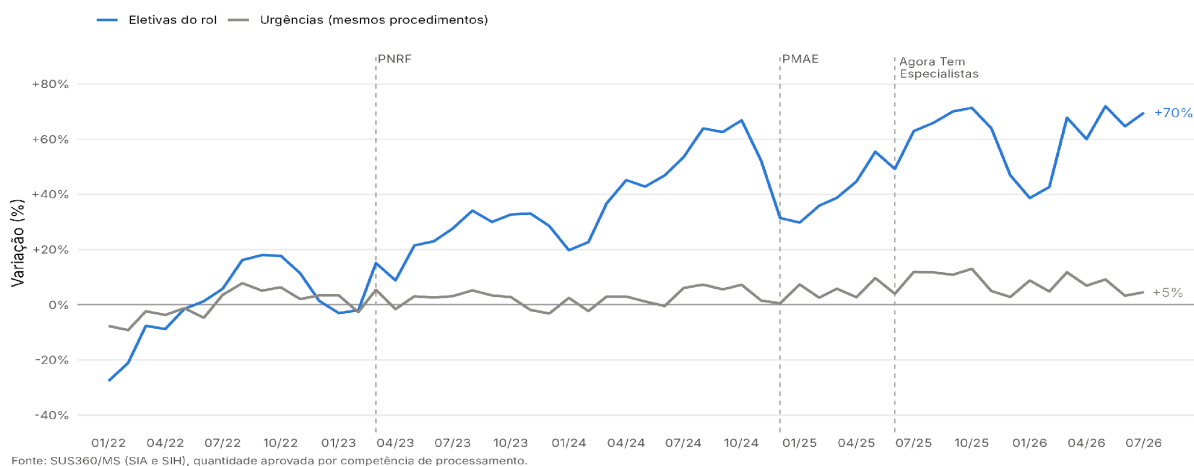
NOTA: em azul, cirurgias do rol com marcação do programa; em cinza, procedimentos acessórios fora do rol (sobretudo curativos), que não constituem cirurgias adicionais. Fonte: SUS360/MS (SIA e SIH), quantidade aprovada por competência de processamento (acesso em 19/10/2026).

ELETIVAS E URGÊNCIAS DOS PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS

Até fevereiro de 2023, as cirurgias eletivas e as urgências dos procedimentos cirúrgicos evoluíram de forma semelhante. A partir da introdução do PNRF, as duas séries se separam: em julho de 2026, as eletivas estavam 70% acima da média mensal anterior ao programa (311.272 procedimentos), enquanto as urgências estavam 5% acima da média correspondente (125.912) (Figura 3).

A comparação é relevante porque as urgências dependem dos mesmos hospitais, equipes e insumos, mas não do financiamento do programa. Se o aumento das eletivas decorresse apenas da demanda represada ou da recuperação da capacidade dos serviços após a pandemia, as duas linhas subiriam juntas. Na média do período do Programa Agora Tem Especialistas, as eletivas ficaram 60,4% acima do patamar anterior ao PNRF, contra 7,7% das urgências (Tabela 1).

FIGURA 3: Variação mensal das cirurgias eletivas do rol do Programa Agora Tem Especialistas * e das urgências dos mesmos procedimentos em relação à média anterior ao PNRF. Brasil, janeiro de 2022 a julho de 2026.



*Procedimentos do rol cirúrgico do PATE. Nota: zero corresponde à média mensal de janeiro de 2022 a fevereiro de 2023 (311.272 eletivas e 125.912 urgências por mês). Fonte: SUS360/MS (SIA e SIH), quantidade aprovada por competência de processamento (acesso em 19/10/2026).

TABELA 1: Média mensal de cirurgias eletivas do rol do PATE e de urgências dos mesmos procedimentos, por fase do programa. Brasil, 2022-2026.

Período	Meses	Eletivas por mês	Variação	Urgências por mês	Variação
Antes do PNRF (01/2022–02/2023)	14	311.272	—	125.912	—
PNRF/PMAE (03/2023–05/2025)	27	427.005	+37,2%	129.733	+3,0%
PATE (06/2025–07/2026)	14	499.379	+60,4%	135.668	+7,7%

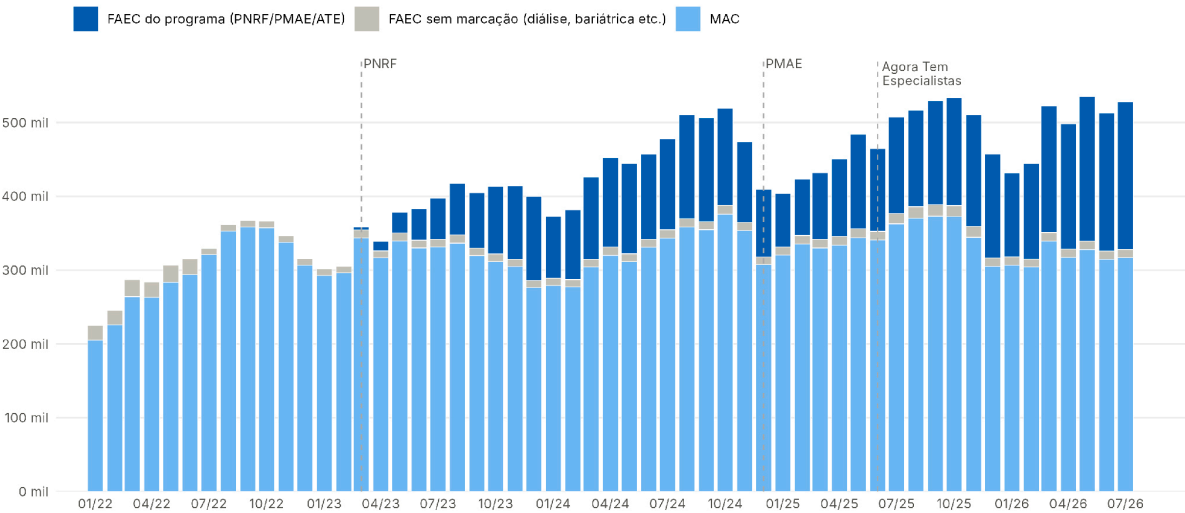
NOTA: variação em relação ao período anterior ao PNRF. Fonte: SUS360/MS (SIA e SIH), quantidade aprovada por competência de processamento (acesso em 19/10/2026). Elaboração própria.

FONTES DE FINANCIAMENTO

A produção remunerada pelo programa somou-se à produção financiada pelo teto MAC, que também cresceu 15,8% entre 2022 e 2025, considerados os anos completos (Figura 4 e Tabela 2). A participação do FAEC com marcação do programa no total de eletivas do rol foi de 13,1% em 2023, 25,5% em 2024 e 24,9% em 2025. Não houve, portanto, apenas substituição da fonte de pagamento, mas ampliação da produção total.

Em janeiro a julho de 2026, contudo, a produção eletiva do rol paga pelo MAC ficou 5,9% abaixo do mesmo período de 2025 (2,23 milhões contra 2,37 milhões), enquanto a do programa cresceu. Essa redução requer uma compreensão cautelosa: o ano encontra-se incompleto e, como a contagem é por competência de processamento, os meses mais recentes ainda podem receber produção apresentada com atraso, o que é coerente com a queda mais acentuada no fim da série (–7,7% em junho e –12,6% em julho, na comparação com 2025). Como a redução também é registrada em janeiro e fevereiro (–4,2% e –9,3%), o movimento deve ser acompanhado quando os dados de 2026 estiverem completos, inclusive por UF.

FIGURA 4: Cirurgias eletivas do rol do PATE*, por fonte de financiamento. Brasil, janeiro de 2022 a julho de 2026.



*Procedimentos do rol cirúrgico do PATE. Nota: MAC (azul claro), FAEC sem marcação do programa (cinza) e FAEC do programa (azul escuro). Fonte: SUS360/MS (SIA e SIH), quantidade aprovada por competência de processamento (acesso em 19/10/2026).

TABELA 2: Cirurgias eletivas do rol do PATE, por fonte de financiamento. Brasil, 2022-2025 (anos completos).

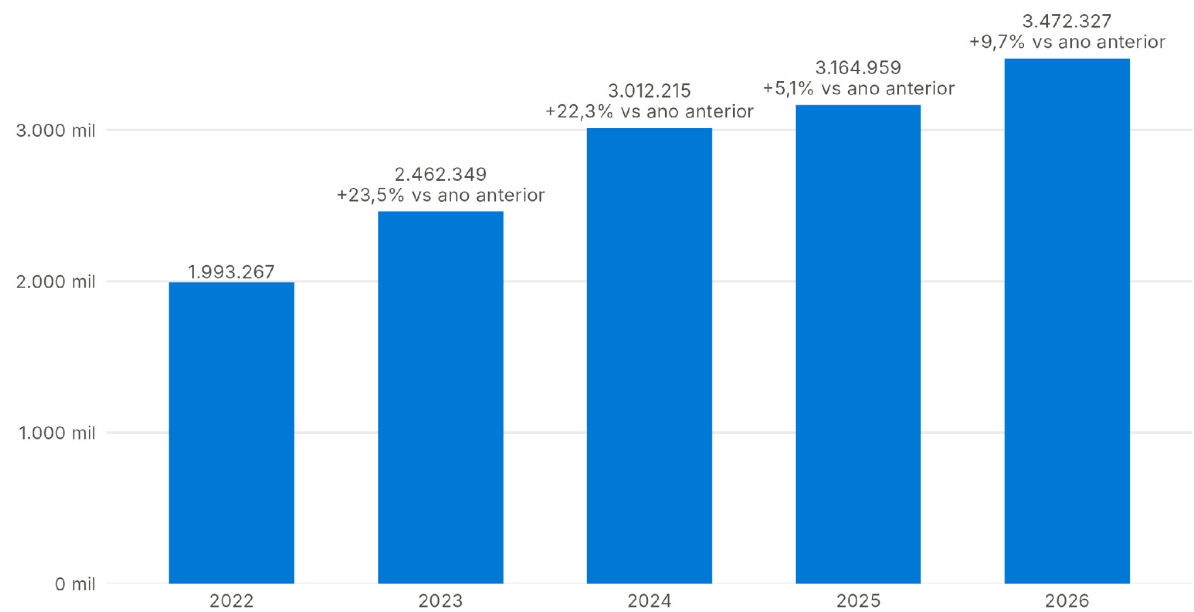
Ano	Eletivas do rol	MAC	FAEC do programa	FAEC sem marcação	% do programa
2022	3.750.972	3.569.510	0	181.462	0,0%
2023	4.511.921	3.799.092	592.139	120.690	13,1%
2024	5.430.897	3.916.851	1.384.904	129.142	25,5%
2025	5.712.132	4.132.134	1.423.455	156.543	24,9%

FONTE: SUS360/MS (SIA e SIH), quantidade aprovada por competência de processamento (acesso em 19/10/2026). Elaboração própria.

COMPARAÇÃO ENTRE PERÍODOS EQUIVALENTES

Entre janeiro e julho de 2026, foram aprovadas 3.472.327 cirurgias eletivas do rol, 74,2% a mais que no mesmo período de 2022; no mesmo intervalo, as urgências dos mesmos procedimentos cresceram 11,1% (Figura 5 e Tabela 3). O crescimento foi maior em 2023 e 2024 (+23,5% e +22,3%), menor em 2025 (+5,1%) e voltou a acelerar em 2026 (+9,7%, ou 307 mil procedimentos a mais que em 2025). A participação da produção com marcação do programa caiu de 25,6% (2024) para 22,6% (2025), na transição para o PMAE e o PATE, e subiu para 33,6% em 2026.

FIGURA 5: Cirurgias eletivas do rol do PATE* realizadas pelo SUS de janeiro a julho de cada ano. Brasil, 2022-2026.



*Procedimentos do rol cirúrgico do PATE. Nota: rótulos indicam a variação em relação ao mesmo período do ano anterior. Fonte: SUS360/MS (SIA e SIH), quantidade aprovada por competência de processamento (acesso em 19/10/2026).

TABELA 3: Cirurgias eletivas do rol do PATE de janeiro a julho de cada ano. Brasil, 2022-2026.

Ano	Eletivas do rol	Variação vs ano anterior	Variação vs 2022	Urgências: variação vs 2022	% com marcação do programa
2022	1.993.267	—	—	—	0,0%
2023	2.462.349	+23,5%	+23,5%	+5,7%	5,8%
2024	3.012.215	+22,3%	+51,1%	+5,7%	25,6%
2025	3.164.959	+5,1%	+58,8%	+10,3%	22,6%
2026	3.472.327	+9,7%	+74,2%	+11,1%	33,6%

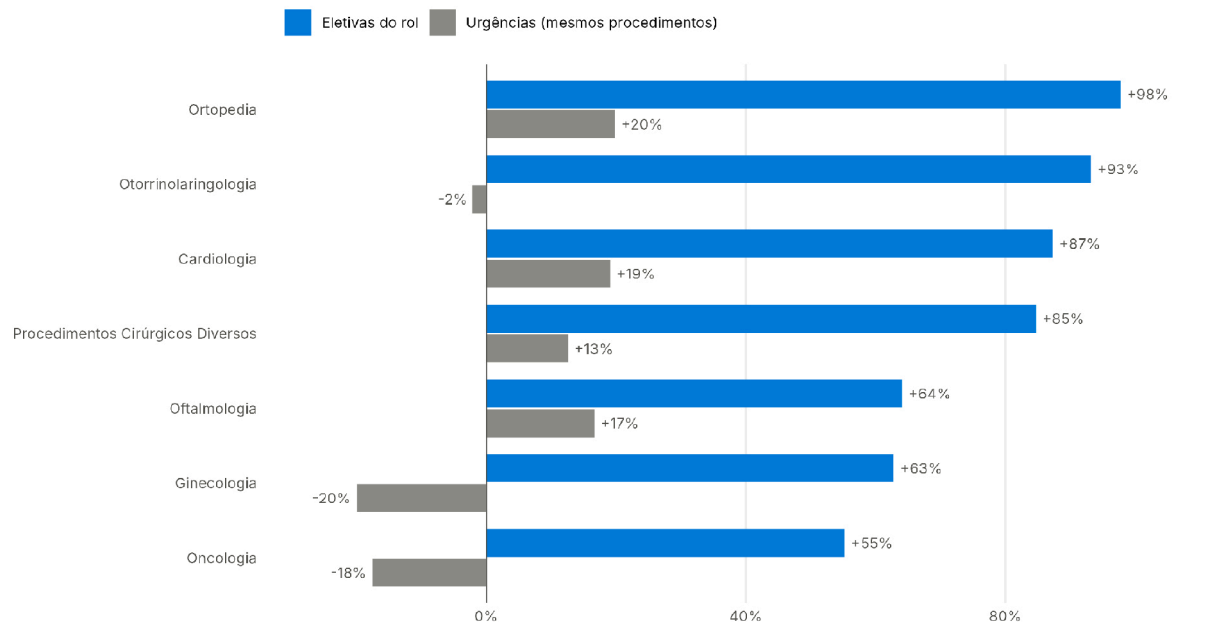
FONTE: SUS360/MS (SIA e SIH), quantidade aprovada por competência de processamento (acesso em 19/10/2026). Elaboração própria.

GRUPOS DE CIRURGIAS

O padrão se repete em todos os grupos do rol, com crescimento das eletivas entre 55% e 98% de janeiro a julho de 2022 para o mesmo período de 2026 (Figura 6 e Tabela 4). Os maiores aumentos ocorreram em ortopedia (+97,7%), otorrinolaringologia (+93,1%) e cardiologia (+87,3%). Em todos os grupos, as eletivas cresceram muito mais que as urgências dos mesmos procedimentos; em ginecologia, oncologia e otorrinolaringologia, as urgências diminuíram (−19,9%, −17,6% e −2,2%, respectivamente).

FIGURA 6: Variação das cirurgias eletivas do rol do PATE* e das urgências dos mesmos procedimentos, por grupo de cirurgias, janeiro a julho de 2026 em relação a janeiro a julho de 2022. Brasil.

Em todos os grupos, as eletivas cresceram muito mais que as urgências
Variação de janeiro a julho de 2026 em relação a janeiro a julho de 2022



Fonte: SUS360/MS (SIA e SIH), quantidade aprovada por competência de processamento.

*Procedimentos do rol cirúrgico do PATE. Fonte: SUS360/MS (SIA e SIH), quantidade aprovada por competência de processamento (acesso em 19/10/2026).

TABELA 4: Cirurgias eletivas do rol do PATE e variação das urgências dos mesmos procedimentos, por grupo, janeiro a julho de 2022 e de 2026. Brasil.

Grupo	Eletivas 2022	Eletivas 2026	Variação das eletivas	Variação das urgências
Ortopedia	166.320	328.780	+97,7%	+19,8%
Otorrinolaringologia	55.961	108.084	+93,1%	-2,2%
Cardiologia	38.030	71.221	+87,3%	+19,1%
Procedimentos cirúrgicos diversos	675.705	1.247.753	+84,7%	+12,6%
Oftalmologia	739.765	1.213.425	+64,0%	+16,7%
Ginecologia	136.943	222.887	+62,8%	-19,9%
Oncologia	180.543	280.177	+55,2%	-17,6%

FONTE: SUS360/MS (SIA e SIH), quantidade aprovada por competência de processamento (acesso em 19/10/2026). Elaboração própria.

O QUE OS RESULTADOS PERMITEM AFIRMAR SOBRE A CONTRIBUIÇÃO DO PROGRAMA

Os resultados evidenciados permitem dialogar com interpretações correntes sobre o componente cirúrgico, segundo as quais parte relevante do crescimento seria explicada pela recuperação pós-pandemia, o ritmo de expansão estaria se esgotando, o efeito líquido do programa seria bem inferior ao volume previsto para seu financiamento e a não redução de filas sinalizaria baixa efetividade da política de ampliação de acesso. São questões que merecem atenção. Porém, quando examinadas à luz de série completa e de um grupo de comparação de dados, não encontrariam evidências.

A RECUPERAÇÃO PÓS-PANDEMIA NÃO EXPLICA A MAGNITUDE DO CRESCIMENTO

É correto afirmar que a expansão da produção cirúrgica eletiva começou antes do programa. Por isso, a série desta análise parte de 2022, evitando a base deprimida de 2020 e 2021. Ainda assim, entre 2022 e 2025 (anos completos), a produção eletiva do rol cresceu 52,3%, magnitude que dificilmente se explicaria pelo simples retorno à normalidade. As taxas elevadas de 2022, calculadas sobre a base deprimida de 2021, refletem o efeito de base descrito na seção sobre o período de análise, ou seja, a retomada após a suspensão das cirurgias eletivas, e não são parâmetro adequado para julgar o desempenho dos anos seguintes.

As duas séries andaram juntas até fevereiro de 2023 e se separaram justamente a partir da introdução do PNRF (Figura 3). Um choque comum de recuperação teria afetado eletivas e urgências; uma intervenção dirigida às eletivas afeta apenas as eletivas. O padrão observado é o segundo.

ESCOLHA DO GRUPO DE COMPARAÇÃO

Estimativas do efeito líquido do programa que tomam como referência os procedimentos cirúrgicos fora do rol tendem a subestimá-lo. Esse grupo é composto majoritariamente por procedimentos de média complexidade, parte deles de caráter agudo, com dinâmica de demanda e de oferta distinta daquela das cirurgias eletivas especializadas que geram filas (TCU, 2026). Além disso, ele não está isento da influência do programa: a ampliação de agendas cirúrgicas, de leitos e de contratos com prestadores tende a beneficiar também procedimentos fora do rol, o que reduz artificialmente a diferença entre os grupos e, com ela, o efeito estimado.

As urgências dos mesmos códigos oferecem um contrafactual mais próximo: mesmos procedimentos, mesmos estabelecimentos e mesmas restrições de oferta, distinguindo-se apenas pelo caráter do atendimento. Em exercício indicativo⁸, caso as eletivas tivessem crescido no mesmo ritmo das urgências, a média mensal no período do PATE seria de cerca de 335 mil procedimentos, e não os 499 mil observados. A diferença, de aproximadamente 164 mil cirurgias por mês (cerca de 2 milhões em base

⁸ O exercício aplica à média mensal de eletivas anterior ao PNRF (311.272) a variação observada nas urgências dos mesmos procedimentos em cada período (+3,0% no PNRF/PMAE e +7,7% no PATE) e compara o resultado com a média efetivamente observada. Trata-se de contrafactual indicativo, sem pretensão de estimar efeito causal, pois eletivas e urgências podem responder de modo distinto a fatores não observados.

anual), é superior à produção paga diretamente pelo programa (1,42 milhão em 2025, ou cerca de 119 mil por mês). O resultado não autoriza inferência causal, mas é incompatível com a hipótese de que o programa teria efeito apenas marginal sobre a produção, e é coerente com o crescimento simultâneo da produção financiada pelo MAC.

DESACELERAÇÃO EM 2025 E RETOMADA EM 2026

A taxa de crescimento anual de 2025 (+5,2%) foi bem menor que as de 2023 e 2024 (+20,3% e +20,4%), o que tem sustentado a hipótese de que a produção estaria se aproximando de um teto de capacidade. Os dados de 2026 não confirmam essa interpretação: de janeiro a julho, a produção cresceu 9,7% sobre o mesmo período de 2025, quase o dobro do ritmo do ano anterior, e atingiu os maiores volumes mensais da série.

A trajetória é coerente com o calendário institucional. O ano de 2025 concentrou a transição do PNRF para o PMAE – Componente Cirurgias, a virada do exercício com novos limites financeiros por UF, a edição da MP nº 1.301/2025, a regulamentação do PATE (junho) e a publicação de novo rol e de novos percentuais de complementação federal (setembro). Nesse período de ajuste, a participação da produção com marcação do programa nas eletivas de janeiro a julho caiu de 25,6% para 22,6%; com a estabilização das regras, subiu para 33,6% em 2026, e o crescimento total voltou a acelerar. Quando a produção financiada pelo programa se expande, o total de cirurgias eletivas também se expande.

Dois aspectos de mensuração devem ser considerados. Primeiro, a contagem por competência de processamento faz com que os meses mais recentes sejam revistos para cima à medida que a produção atrasada é apresentada: o total de 2025 aqui apurado (5,71 milhões) supera em cerca de 35 mil procedimentos o disponível nas extrações de fevereiro de 2026 (TCU, 2026). Segundo, metas expressas como taxa de expansão anual tornam-se progressivamente mais exigentes à medida que a base cresce. Expandir 25% sobre os 5,4 milhões de 2024 exigiria acrescentar 1,36 milhão de cirurgias em um único ano, quase 50% acima do acréscimo de 2024 (919 mil), que já foi o maior da série. A redução da taxa de crescimento sobre uma base ampliada não equivale, por si só, à perda de efeito.

A PRODUÇÃO DO PROGRAMA SOMOU-SE À PRODUÇÃO REGULAR

Um risco inerente a programas financiados por recurso extrateto é a substituição: a produção antes paga pelo teto MAC passaria a ser paga pelo FAEC, sem ganho real de acesso. Os dados dos anos completos não indicam esse movimento. Entre 2022 e 2025, enquanto o FAEC do programa passou de zero para 1,42 milhão de procedimentos, a produção eletiva do rol paga pelo MAC cresceu 15,8% (de 3,57 milhões para 4,13 milhões). O crescimento simultâneo da produção cirúrgica fora do rol aponta na mesma direção: o programa adicionou produção, sem deslocar a capacidade dedicada a outros procedimentos. A redução da produção financiada com recursos do teto MAC observada em janeiro a julho de 2026, ainda sujeita a revisão, recomenda acompanhar esse indicador por UF e por estabelecimento.

DISTRIBUIÇÃO TERRITORIAL DA PRODUÇÃO

A produção do programa não se distribui de forma proporcional à população, e há concentração em poucos estados. Essa característica precisa ser interpretada à luz do desenho do componente cirúrgico: o pagamento é pós-fixado, condicionado à produção aprovada e limitado por tetos financeiros por UF, de modo que a execução depende da capacidade instalada, da disponibilidade de especialistas, da rede de prestadores e da existência de incentivos locais complementares, como tabelas estaduais que complementam os valores da Tabela SUS (TCU, 2026). Estados com maior capacidade produtiva e fiscal tendem a executar acima da programação, enquanto outros executam abaixo dela.

Dois cuidados são necessários. Primeiro, a proporcionalidade populacional não é, por si só, medida de equidade. Um programa voltado à redução de filas deveria ser avaliado pela aderência da produção às necessidades (tamanho das filas, tempo de espera e déficit prévio de oferta), informações que ainda não estão disponíveis de forma comparável entre as UF. Segundo, concentrações atípicas da produção em poucos estados dominam os índices agregados de desigualdade; quando esses casos são excluídos, a produção per capita converge entre as regiões (TCU, 2026). A desigualdade territorial é, portanto, um desafio de implementação, ligado às assimetrias preexistentes da rede assistencial já documentadas na análise da complexidade dos hospitais credenciados (MOREIRA; COSTA; BAHIA, 2026), e não uma consequência inerente ao desenho do programa. Seu enfrentamento depende de apoio técnico e financeiro dirigido aos estados com baixa execução e da incorporação de critérios de necessidade na definição dos limites financeiros por UF.

O CRESCIMENTO DAS FILAS DECLARADAS

O aumento das filas declaradas pelas UF nas programações anuais tem sido apontado como sinal de baixa efetividade. Essa conjectura desconsidera três aspectos. As filas são autodeclaradas, sem metodologia padronizada de dimensionamento (TCU, 2026), o que torna a variação entre anos sensível a mudanças no próprio procedimento de contagem. A ampliação da oferta e a maior visibilidade do programa tendem a revelar uma demanda antes reprimida ou não registrada, de pacientes que não chegavam a ser inscritos por não haver perspectiva de atendimento; nas fases iniciais, o crescimento da fila registrada pode expressar ampliação do acesso, e não o contrário. Por fim, a qualificação dos cadastros, com identificação obrigatória por CPF e integração a sistemas informatizados, incorpora listas antes mantidas em planilhas ou em controles internos dos prestadores.

Uma fila maior e mais bem registrada é condição para a gestão, e não evidência de fracasso. O indicador relevante não é o tamanho da fila declarada em um ano, mas a relação entre entradas, saídas e tempo de permanência dos pacientes, que depende de dados de regulação ainda não disponíveis em escala nacional.

INDICADORES DE EFETIVIDADE: O QUE É POSSÍVEL MEDIR HOJE

Os indicadores atualmente pactuados para o componente cirúrgico (número de cirurgias, execução física e financeira e taxa de expansão) medem sobretudo a entrega do programa, e há consenso de que a avaliação de efetividade requer indicadores voltados ao problema que ele busca enfrentar. Enquanto os dados de regulação não permitirem o cálculo confiável do tempo de espera, é possível construir, com as bases de produção já disponíveis, indicadores de resultado complementares:

- Participação das eletivas no total de cirurgias dos procedimentos do rol (eletivas e urgências). Passou de 71,2% antes do PNRF para 76,7% no PNRF/PMAE e 78,6% no PATE. O aumento indica que uma parcela maior das mesmas cirurgias está sendo realizada de forma programada.
- Urgências por condições tratáveis eletivamente, como colelitíase e hérnias. O acesso oportuno à cirurgia programada tende a reduzir complicações que levam à cirurgia de urgência. A queda das urgências em ginecologia (-19,9%) e oncologia (-17,6%) entre 2022 e 2026, simultânea ao crescimento das eletivas, é compatível com esse mecanismo e deve ser examinada por procedimento.
- Produção per capita e por necessidade estimada, por UF, macrorregião e região de saúde, como base para a alocação equitativa dos limites financeiros.
- Desfechos hospitalares registrados no SIH, como reinternação em 30 dias e mortalidade hospitalar após cirurgia eletiva, que permitem acompanhar a qualidade da produção ampliada.

Produção de consultas e procedimentos especializados

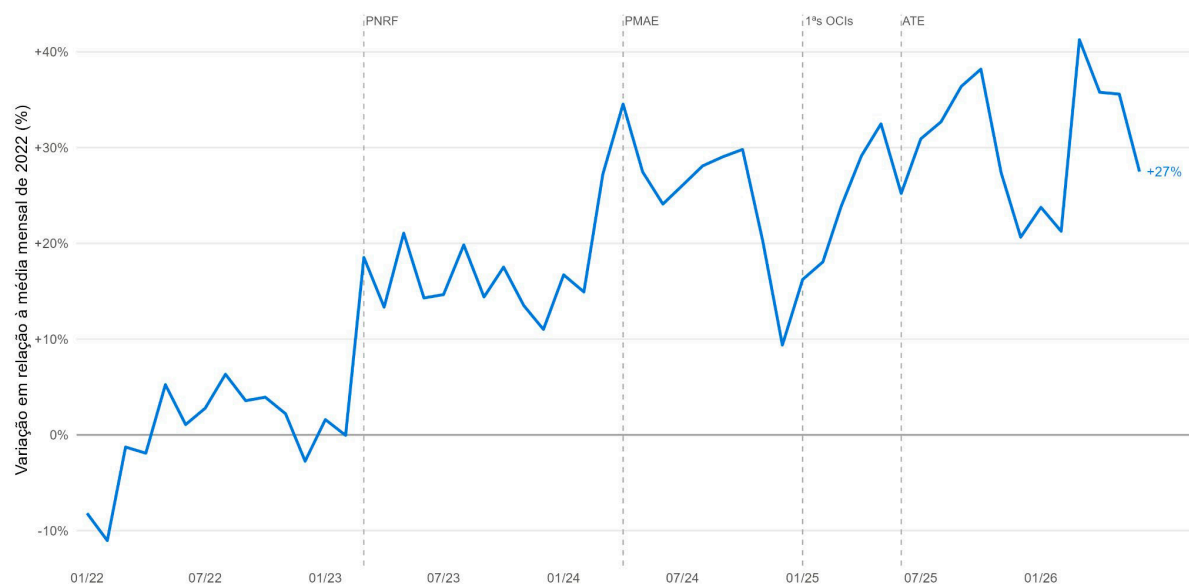
Esta seção descreve a evolução da produção clínica e diagnóstica da atenção especializada no SUS e de quatro grupos de procedimentos prioritários para o programa: as consultas médicas especializadas, as consultas especializadas realizadas por outros profissionais de nível superior, a quimioterapia e a radioterapia. Diferentemente do componente cirúrgico, esses registros não trazem marcação de pagamento pelo programa, de modo que a análise descreve a evolução da oferta total do SUS, e não a produção atribuível ao PATE.

ATENÇÃO ESPECIALIZADA

No primeiro semestre de 2026, foram aprovados 1,28 bilhão de procedimentos clínicos e diagnósticos na atenção especializada, 34,5% a mais que no mesmo período de 2022 (948,3 milhões). O crescimento concentrou-se em 2023 e 2024: o acumulado de janeiro a junho ficou 14,5% acima do de 2022 em 2023 e 27,6% acima em 2024, permaneceu no mesmo patamar em 2025 (+27,6%) e voltou a crescer em 2026 (Figura 7; Tabela 5).

A série registra um salto em março de 2023, mês de início do PNRF. Esse aumento, contudo, também aparece em procedimentos sem relação com o programa, como a aferição de pressão arterial e o atendimento de urgência, e na produção da atenção básica registrada no SIA, o que indica um movimento geral do sistema, e não um efeito do PNRF. Em junho de 2026, a produção ficou 27% acima da média mensal de 2022.

FIGURA 7: Variação mensal da produção de procedimentos clínicos e diagnósticos da atenção especializada em relação à média mensal de 2022. Brasil, janeiro de 2022 a junho de 2026.



NOTA: zero corresponde à média mensal de 2022 (162,4 milhões de procedimentos). As linhas tracejadas marcam o início do PNRF (03/2023), a portaria de instituição do PMAE (04/2024), o registro das primeiras OCI nos dados (01/2025) e o início do PATE (06/2025, "ATE" na figura); servem como referência temporal e não indicam efeito do programa. Fonte: SUS360/MS (SIA e SIH), quantidade aprovada por competência de atendimento (extração em 15/09/2026). Elaboração própria.

CONSULTAS ESPECIALIZADAS

As consultas especializadas cresceram em ritmo superior ao da atenção especializada como um todo, sobretudo as realizadas por outros profissionais de nível superior. As consultas médicas especializadas passaram de 50,7 milhões no primeiro semestre de 2022 para 64,9 milhões no de 2026 (+28,1%), e as de outros profissionais, de 63,3 milhões para 93,0 milhões (+46,9%) (Figura 8). Somadas, as duas categorias totalizaram 157,9 milhões de consultas no primeiro semestre de 2026, 38,5% a mais que no mesmo período de 2022.

As duas séries sobem de forma contínua desde 2022, com quedas sazonais no fim de cada ano. A distância entre elas se amplia a partir de 2024: no primeiro semestre daquele ano, as consultas de outros profissionais estavam 28,5% acima do mesmo período de 2022, e as médicas, 17,2%; em 2025, as diferenças eram de 33,7% e 20,6%, respectivamente (Tabela 5).

FIGURA 8: Variação mensal das consultas médicas especializadas e das consultas especializadas de outros profissionais de nível superior em relação à média mensal de 2022. Brasil, janeiro de 2022 a junho de 2026.

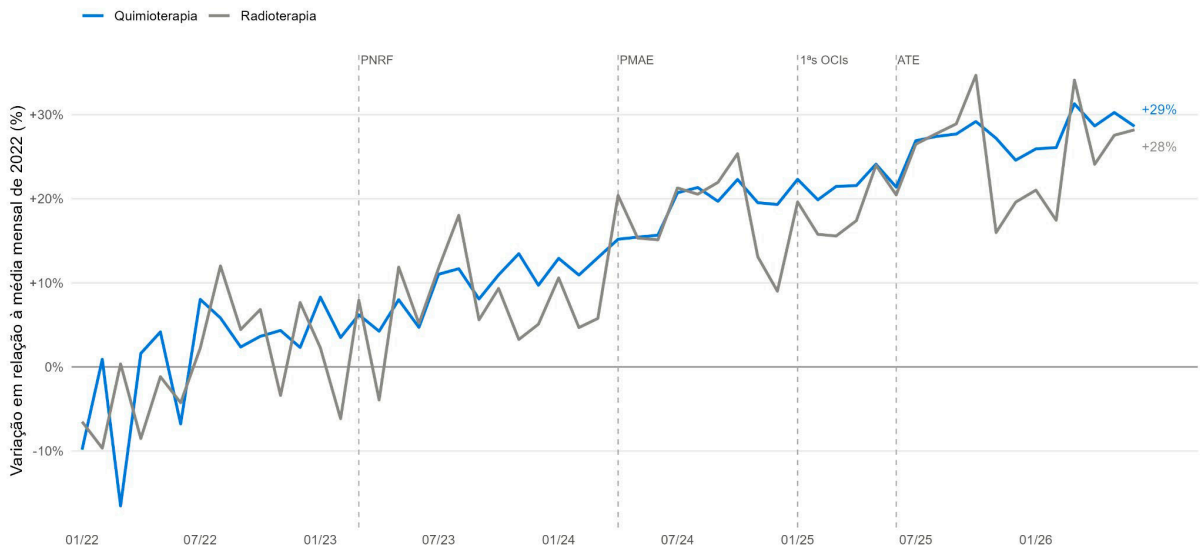


NOTA: zero corresponde à média mensal de 2022 (consultas médicas: 8,6 milhões; outros profissionais: 10,8 milhões). Linhas tracejadas como na Figura 7. Fonte: SUS360/MS (SIA e SIH), quantidade aprovada por competência de atendimento (extração em 15/09/2026). Elaboração própria.

QUIMIOTERAPIA E RADIOTERAPIA

A quimioterapia e a radioterapia cresceram cerca de um terço entre os primeiros semestres de 2022 e de 2026. Foram aprovadas 2,51 milhões de APAC de quimioterapia no primeiro semestre de 2026, ante 1,87 milhão em 2022 (+34,4%), e 97,7 mil procedimentos de radioterapia, ante 74,0 mil (+32,0%) (Figura 9). A quimioterapia apresenta trajetória mais estável, com crescimento progressivo a cada ano em relação a 2022: +10,7% em 2023, +19,1% em 2024 e +27,4% em 2025. A radioterapia oscila mais de um mês para outro, porque o volume mensal é pequeno, de cerca de 13 mil procedimentos.

FIGURA 9: Variação mensal da quimioterapia e da radioterapia em relação à média mensal de 2022. Brasil, janeiro de 2022 a junho de 2026.



NOTA: zero corresponde à média mensal de 2022 (quimioterapia: 326 mil APAC; radioterapia: 13 mil procedimentos). A quimioterapia é contada em APAC por mês de tratamento. Linhas tracejadas como na Figura 7. Fonte: SUS360/MS (SIA e SIH), quantidade aprovada por competência de atendimento (extração em 15/09/2026). Elaboração própria.

TABELA 5: Consultas e procedimentos especializados de janeiro a junho de cada ano e variação em relação ao mesmo período de 2022. Brasil, 2022-2026.

Série	Jan–jun 2022	Jan–jun 2026	Var. 2023	Var. 2024	Var. 2025	Var. 2026
Atenção especializada – total	948.317.769	1.275.188.786	+14,5%	+27,6%	+27,6%	+34,5%
Consulta médica especializada	50.674.852	64.889.533	+8,1%	+17,2%	+20,6%	+28,1%
Consulta especializada – outros profissionais	63.314.547	92.984.919	+13,4%	+28,5%	+33,7%	+46,9%
Quimioterapia (APAC)	1.867.839	2.510.597	+10,7%	+19,1%	+27,4%	+34,4%
Radioterapia	74.015	97.665	+8,2%	+17,8%	+25,0%	+32,0%

NOTA: variação da soma de janeiro a junho de cada ano em relação à soma de janeiro a junho de 2022. Quimioterapia contada em APAC por mês de tratamento. Fonte: SUS360/MS (SIA e SIH), quantidade aprovada por competência de atendimento (extração em 15/09/2026). Elaboração própria.

FONTES DE FINANCIAMENTO

Quase toda a produção clínica e diagnóstica da atenção especializada é financiada pelo teto MAC. O FAEC, fonte extrateto pela qual são pagos o PNRF e as OCI, respondeu por 1,3% dessa produção no primeiro semestre de 2026, proporção próxima à observada desde 2022, entre 0,9% e 1,0% (Tabela 6). Nas consultas médicas especializadas, o FAEC aparece apenas a partir de 2025 (0,8% naquele ano e 2,2% no primeiro semestre de 2026) e corresponde às consultas realizadas no âmbito das OCI. Nas consultas de outros profissionais, a participação do FAEC é praticamente nula.

A radioterapia passou a ser financiada pelo FAEC a partir de novembro de 2025 e, no primeiro semestre de 2026, 99,8% dos procedimentos foram pagos por essa fonte. Trata-se de mudança na forma de pagamento, e não de aumento de produção. Como os registros clínicos não trazem marcação do programa, o FAEC identifica apenas as OCI e a radioterapia após novembro de 2025; o restante da produção, paga pelo MAC, não permite separar o que foi realizado no âmbito do programa.

TABELA 6: Participação do FAEC na quantidade aprovada de consultas e procedimentos especializados, por ano. Brasil, 2022-2026.

Série	2022	2023	2024	2025	2026*
Atenção especializada – total	1,0%	0,9%	0,9%	1,0%	1,3%
Consulta médica especializada	0,0%	0,0%	0,0%	0,8%	2,2%
Consulta especializada – outros profissionais	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Quimioterapia (APAC)	0,9%	1,1%	1,2%	1,3%	1,6%
Radioterapia	0,0%	0,0%	0,0%	14,6%	99,8%

***2026:** janeiro a junho. Nota: o complemento corresponde ao teto MAC, inclusive a parcela paga como incentivo. Fonte: SUS360/MS (SIA e SIH), quantidade aprovada por competência de atendimento (extração em 15/09/2026). Elaboração própria.

DISTRIBUIÇÃO TERRITORIAL

O crescimento das consultas especializadas ocorreu em todas as regiões, com variações entre 25,1% (Nordeste) e 51,2% (Centro-Oeste) entre os primeiros semestres de 2022 e de 2026 (Tabela 7). Entre as UF, 26 das 27 registraram aumento, com variações entre 15,8% (Distrito Federal) e 92,8% (Rio Grande do Norte); o Maranhão foi a única UF com redução (–25,6%). Em 2025, o SUS realizou 1,5 consulta especializada por habitante, com o maior valor na Região Norte (1,8) e o menor na Região Sul (1,3).

Na quimioterapia e na radioterapia, as diferenças regionais de oferta são mais marcadas. Em 2025, a taxa de quimioterapia variou de 1.103 APAC por 100 mil habitantes na Região Norte a 3.491 na Região Sul, e a de radioterapia, de 51 a 136 procedimentos por 100 mil habitantes nas mesmas regiões; Roraima e Amapá não registraram produção de radioterapia no período. O crescimento da quimioterapia foi maior na Região Norte (+42,1%), mas insuficiente para reduzir de forma expressiva a distância em relação às demais. Como no componente cirúrgico, a produção por UF do estabelecimento reflete a capacidade instalada e o deslocamento de pacientes entre estados, e não necessariamente a necessidade da população residente.

TABELA 7: Consultas especializadas, quimioterapia e radioterapia, por região: taxa por população em 2025 e variação de janeiro a junho de 2026 em relação ao mesmo período de 2022. Brasil.

Região	Consultas por hab. (2025)	Var. consultas	Quimio. por 100 mil hab. (2025)	Var. quimio.	Radio. por 100 mil hab. (2025)	Var. radio.
Norte	1,83	+41,1%	1.103	+42,1%	51	+28,3%
Nordeste	1,52	+25,1%	2.147	+37,7%	79	+21,7%
Sudeste	1,49	+46,3%	2.563	+34,1%	103	+36,1%
Sul	1,28	+35,6%	3.491	+29,9%	136	+35,8%
Centro-Oeste	1,52	+51,2%	1.722	+36,2%	59	+32,2%
Brasil	1,50	+38,5%	2.396	+34,4%	94	+32,0%

NOTA: consultas especializadas correspondem à soma das consultas médicas e das de outros profissionais de nível superior. Produção por UF do estabelecimento; população do Censo Demográfico de 2022 (IBGE), a mesma para todos os anos. Fonte: SUS360/MS (SIA e SIH), quantidade aprovada, 01/2022 a 06/2026. Elaboração própria.

Os resultados mostram que a oferta de consultas e procedimentos especializados no SUS aumentou de forma consistente desde 2022, mas não permitem separar o que se deve ao PNRF, às OCI ou ao PATE do crescimento geral do sistema. Parte da diferença em relação a 2022 corresponde, ainda, à recuperação da produção após a pandemia, já que aquele ano ainda registrava volumes reduzidos.

A expansão das consultas especializadas ocorreu quase inteiramente na produção financiada pelo MAC, e a parcela realizada nas OCI, identificada pelo financiamento FAEC, ainda é pequena (Tabela 6). O crescimento da oferta de consultas não pode, portanto, ser atribuído às OCI, cujo alcance é discutido na seção seguinte.

Essa leitura difere da obtida para as cirurgias eletivas do rol, em que a marcação da produção paga pelo programa e a comparação com as urgências dos mesmos procedimentos permitem uma aproximação mais direta da contribuição do programa. Nos procedimentos clínicos, a ausência de marcação do programa nos registros e a pequena participação do FAEC limitam a atribuição. A identificação, nos sistemas de informação, dos atendimentos realizados no âmbito do PATE é condição para avaliar sua contribuição para a oferta especializada.

Realização de procedimentos relacionados à Oferta de Cuidados Integrados (OCI)

As OCI reúnem, em um único conjunto, as consultas, os exames e os demais procedimentos necessários para concluir a investigação diagnóstica ou o tratamento inicial de uma condição de saúde. São registradas no grupo 09 da Tabela de Procedimentos do SUS (SIGTAP) e financiadas pelo FAEC, e seus primeiros registros aparecem nos dados em janeiro de 2025. Entre janeiro de 2025 e junho de 2026, por competência de processamento, foram aprovadas 2.132.387 OCI no SUS, o equivalente a 1.050 OCI por 100 mil habitantes. Esta seção descreve a evolução dessa produção e sua distribuição entre as UF e as regiões, comparando a participação de cada uma no total de OCI com a sua participação na população.

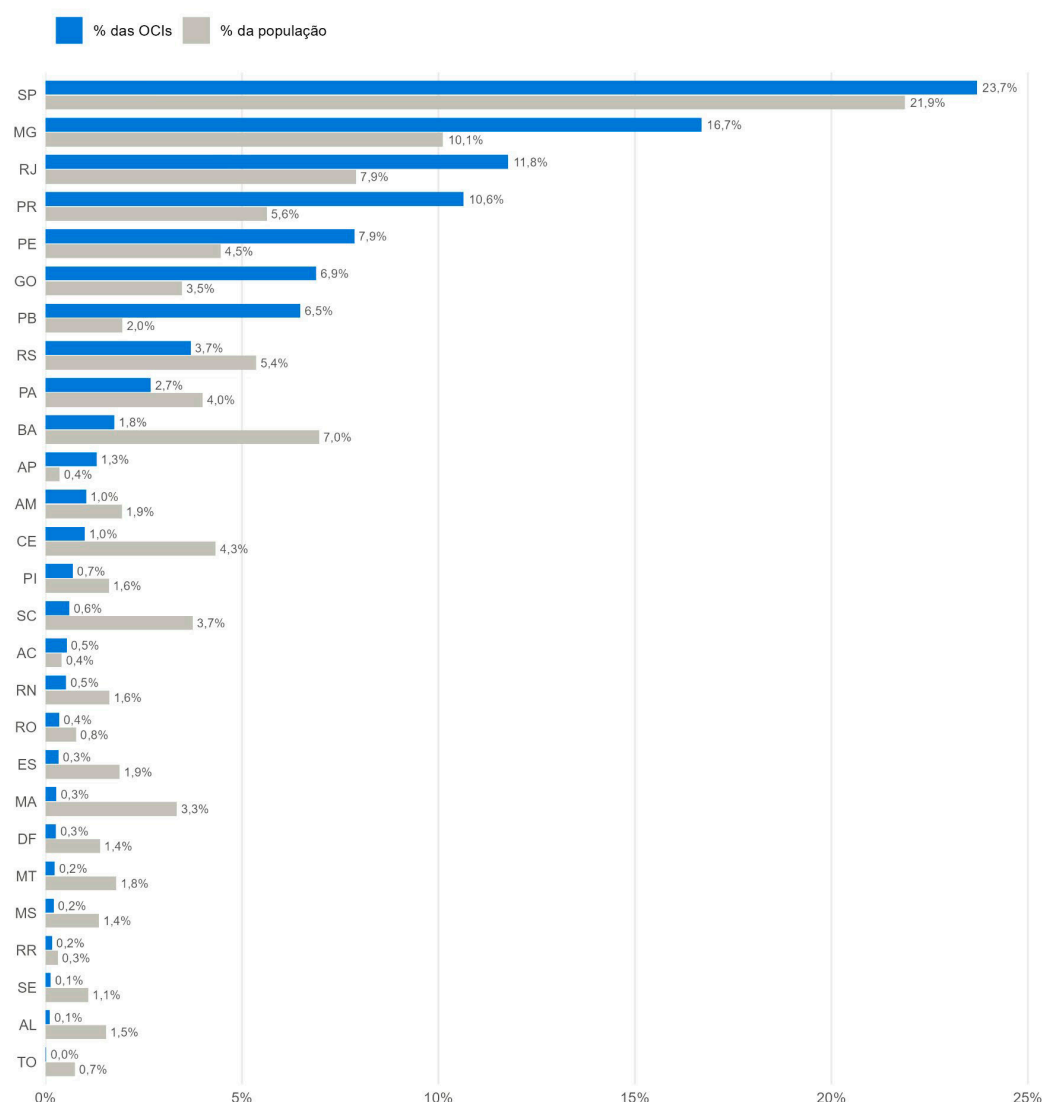
As OCI não foram concebidas para substituir a produção ambulatorial do SUS, mas para organizar, em linhas de cuidado selecionadas, etapas de diagnóstico e tratamento que devem ser concluídas dentro de prazo máximo definido. Cada OCI aprovada corresponde, portanto, a uma etapa de cuidado concluída, e não a um procedimento isolado. Por isso, sua participação ainda pequena no volume total de procedimentos ambulatoriais, esperada para um modelo em implantação, não é a medida adequada de seu alcance: o peso das OCI deve ser avaliado em relação à demanda das linhas de cuidado que abrangem. O crescimento geral da oferta especializada e a implantação das OCI são, assim, processos complementares. O primeiro amplia o volume de atendimentos; o segundo busca alterar a forma como parte desses atendimentos é organizada, regulada e remunerada, mudança que, por sua natureza e pelo pouco tempo de implantação, se manifesta de forma gradual.

A oftalmologia respondeu por 53,0% das OCI no período, seguida de cardiologia (20,4%), ortopedia (10,8%), oncologia (8,3%), saúde da mulher (4,2%) e otorrinolaringologia (3,2%). A oncologia e a saúde da mulher, esta com registros a partir de julho de 2025, ganharam participação em 2026, com 9,7% e 6,0% das OCI do primeiro semestre. Entre os pacientes, 66,7% são mulheres e 62,4% têm 50 anos ou mais; 51,8% se declararam pardos, 38,7% brancos e 4,8% pretos.

DISTRIBUIÇÃO ENTRE AS UF

A produção concentrou-se em poucas UF. São Paulo, Minas Gerais e Rio de Janeiro realizaram 52,2% das OCI do país, embora reúnam 39,9% da população. A razão entre a participação de cada UF no total de OCI e a sua participação na população variou de 0,03, no Tocantins, a 3,61, no Amapá (Figura 10). Amapá, Paraíba (3,32), Goiás (1,98), Paraná (1,89), Pernambuco (1,76) e Minas Gerais (1,65) realizaram OCI bem acima do peso de sua população. No outro extremo, Tocantins, Alagoas (0,07), Maranhão (0,08), Sergipe (0,12) e Mato Grosso (0,13) ficaram muito abaixo. Chama atenção, ainda, a baixa participação de UF populosas, como Bahia (1,8% das OCI e 7,0% da população), Ceará (1,0% e 4,3%) e Rio Grande do Sul (3,7% e 5,4%).

FIGURA 10: Participação de cada UF no total de OCI aprovadas e na população. Brasil, janeiro de 2025 a junho de 2026.



NOTA: UF de atendimento, isto é, onde a OCI foi realizada. Barra azul maior que a cinza indica que a UF realizou mais OCI do que o peso de sua população. Percentuais calculados sobre as OCI com UF informada. Fonte: SUS360/MS (SIA e CMD), OCI aprovadas por competência de processamento; população: IBGE, Censo 2022. Elaboração própria.

Entre as regiões, o Sudeste respondeu por 52,5% das OCI, com 41,8% da população (razão de 1,26). O Nordeste (18,8% das OCI e 26,9% da população; razão de 0,70) e o Norte (6,1% e 8,5%; razão de 0,71) ficaram abaixo de sua participação populacional (Tabela 8). Sul (1,01) e Centro-Oeste (0,95) realizaram OCI em proporção próxima à de sua população, mas com grande heterogeneidade interna: no Sul, a razão foi de 1,89 no Paraná e de 0,16 em Santa Catarina; no Centro-Oeste, Goiás registrou 1,98, enquanto Mato Grosso, Mato Grosso do Sul e Distrito Federal ficaram entre 0,13 e 0,19.

TABELA 8: OCI aprovadas por região: participação no total de OCI e na população e taxa por 100 mil habitantes. Brasil, janeiro de 2025 a junho de 2026.

Região	% da população	OCI aprovadas	% das OCI	Razão % OCI / % pop.	OCI por 100 mil hab.
Norte	8,5%	130.000	6,1%	0,71	749
Nordeste	26,9%	401.886	18,8%	0,70	735
Sudeste	41,8%	1.119.785	52,5%	1,26	1.320
Sul	14,7%	318.607	14,9%	1,01	1.064
Centro-Oeste	8,0%	162.024	7,6%	0,95	995
Brasil	100,0%	2.132.302	100,0%	1,00	1.050

NOTA: razão = % das OCI ÷ % da população; o valor 1 indica produção proporcional à população. Região da UF de atendimento; exclui 85 OCI sem UF de atendimento informada. Fonte: SUS360/MS (SIA e CMD), OCI aprovadas por competência de processamento; população: IBGE, Censo 2022. Elaboração própria.

A comparação entre a UF de atendimento e a UF de residência do paciente produz resultados praticamente idênticos: 2.132.302 OCI com UF de atendimento informada e 2.131.937 com UF de residência informada, com participações por UF que diferem, no máximo, em 0,1 ponto percentual. Isso indica pouco deslocamento interestadual para a realização das OCI. As maiores diferenças absolutas ocorreram no Paraná, que realizou 226.888 OCI e teve 225.205 de residentes, e no Amapá, com 27.826 OCI realizadas e 26.787 de residentes; em termos relativos, destaca-se Mato Grosso do Sul, com 4.460 OCI realizadas e 5.341 de residentes. Assim, a distribuição observada reflete, sobretudo, onde a oferta foi organizada, e não a busca de atendimento em outras UF.

EVOLUÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DAS OCI

A produção de OCI requer cuidados para ser descrita adequadamente, levando em conta o caráter recente e inovador do modelo, que exige mudanças simultâneas na regulação, nos protocolos de acesso, na contratação de prestadores, no registro em APAC e na organização dos serviços. Com base na quantidade de OCIs, é possível supor uma rápida e contínua incorporação do modelo pela rede de serviços. Em janeiro de 2025, primeiro mês com registros, foram aprovadas 1.341 OCI, realizadas por 10 estabelecimentos em 9 municípios de 3 UF. Em junho de 2026, foram 282.715 OCI, realizadas por 1.268 estabelecimentos em 742 municípios, 336 regiões de saúde e todas as 27 UF. Indicadores que comparam a produção dos primeiros meses com a programação inicial dos Planos de Ação Regionais (PAR), fixada antes de qualquer experiência prática com o modelo, tendem a subestimar essa evolução.

A produção também acelerou. No primeiro semestre de 2026, foram aprovadas 1.298.598 OCI, 56% a mais que em todo o ano de 2025 (833.789), e a produção mensal passou de 47.488, em junho de 2025, para 282.715, em junho de 2026. A expansão foi acompanhada de redução das desigualdades entre UF. A taxa mensal média de OCI por 100 mil habitantes, por UF de residência, passou de 6,0 no primeiro semestre de 2025 para 46,6 no segundo e 98,0 no primeiro semestre de 2026, e o coeficiente de variação entre UF caiu de 180% para 131% e 105%. No primeiro semestre de 2025, 16 UF tinham taxa inferior a uma OCI por 100 mil habitantes por mês; no primeiro semestre de 2026, todas tinham OCI aprovadas para seus residentes, com taxas entre 5,5 (Tocantins) e 442 (Amapá) OCI por 100 mil habitantes por mês (Figura 11).

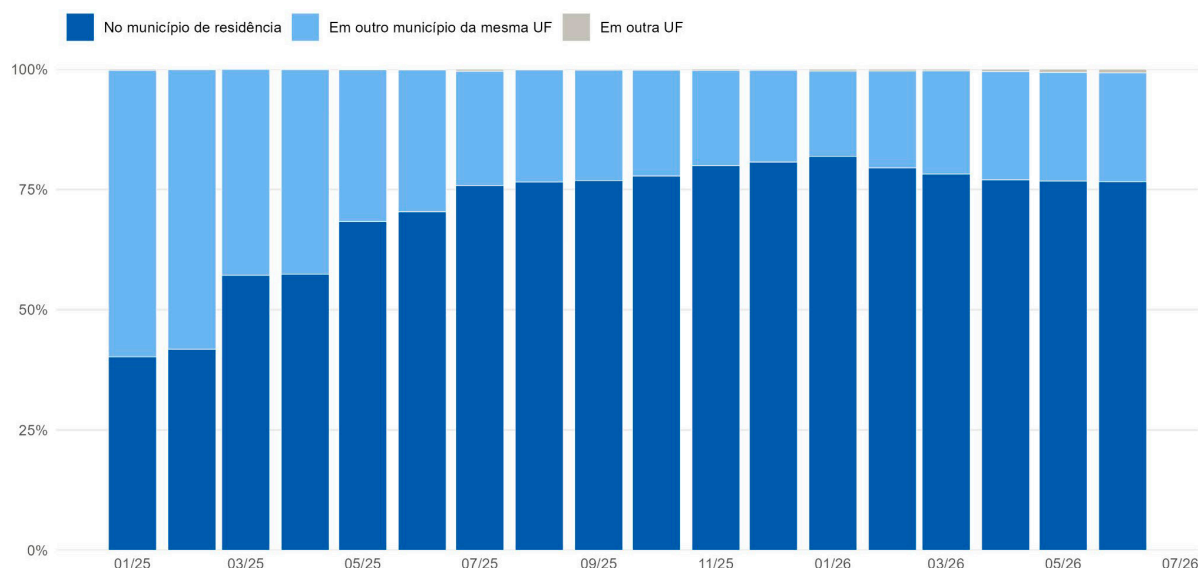
FIGURA 11: Taxa mensal de OCI aprovadas por 100 mil habitantes, por UF de residência do paciente e semestre. Brasil, janeiro de 2025 a junho de 2026.



NOTA: taxa = OCI do semestre ÷ número de meses ÷ população x 100.000; UF ordenadas pela taxa do primeiro semestre de 2026. Fonte: SUS360/MS (SIA e CMD), OCI aprovadas por competência de processamento; população: IBGE, Censo 2022. Elaboração própria.

A ampliação ocorreu, ainda, com maior proximidade do atendimento. A proporção de OCI realizadas no próprio município de residência do paciente passou de 40,2%, em janeiro de 2025, para 76,6%, em junho de 2026, e a realizada em outra UF manteve-se abaixo de 1% (Figura 12).

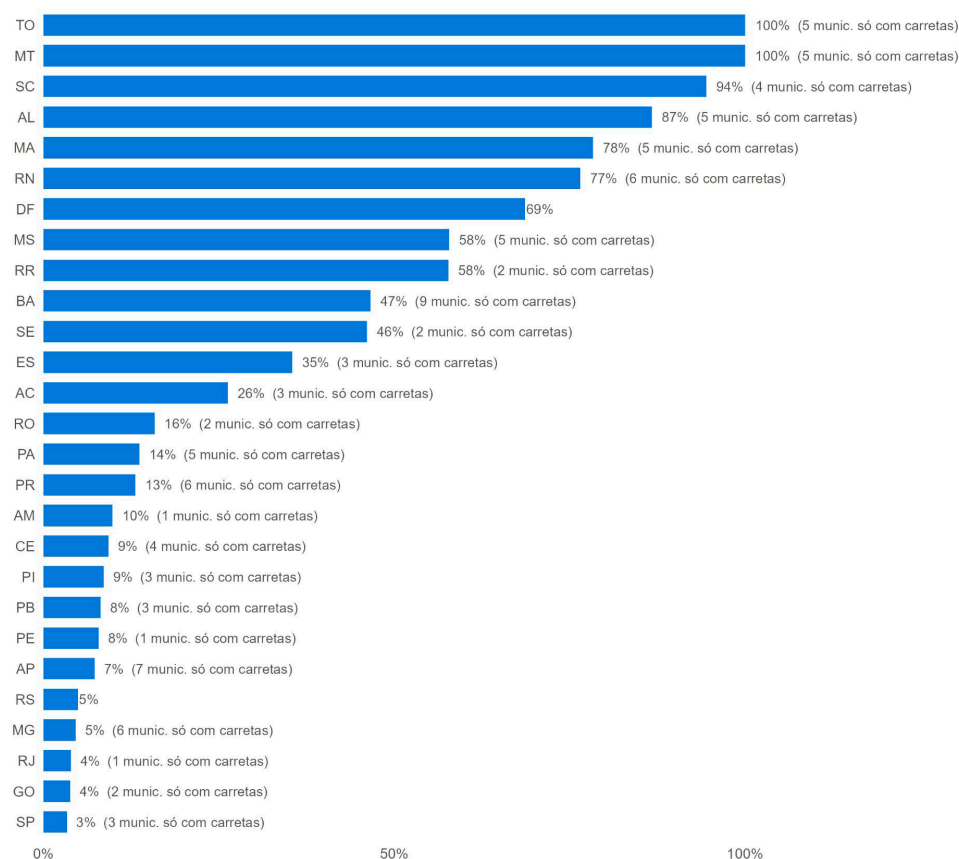
FIGURA 12: Distribuição mensal das OCI aprovadas segundo o local de atendimento em relação ao município de residência do paciente. Brasil, janeiro de 2025 a junho de 2026.



NOTA: o atendimento em outra UF é maior em Tocantins (19,5%) e Mato Grosso do Sul (17,8%). Fonte: SUS360/MS (SIA e CMD), OCI aprovadas por competência de processamento. Elaboração própria.

As carretas começaram a registrar OCI em janeiro de 2026 e responderam por 10,5% das OCI do país no primeiro semestre, chegando a 18,3% em junho. Nas UF em que a produção era praticamente nula até o fim de 2025, foram a principal forma de oferta: 100% das OCI de Tocantins e Mato Grosso, 94,5% das de Santa Catarina, 86,7% das de Alagoas e 78,3% das do Maranhão (Figura 13). Em 98 municípios, todas as OCI foram originadas em carretas. Esse arranjo levou a oferta a esses territórios em curto prazo, mas a consolidação do modelo depende da estruturação de serviços fixos e da gestão local do cuidado. A concentração remanescente, com as sete UF de menor razão entre a participação nas OCI e na população situadas entre 0,03 e 0,16, é compatível com a fase inicial de um modelo novo e isugere prioridades para apoio à implementação.

FIGURA 13: Participação das carretas nas OCI aprovadas, por UF de atendimento. Brasil, janeiro a junho de 2026.



NOTA: entre parênteses, número de municípios em que todas as OCI vieram de carretas; esses municípios podem ter recebido a unidade móvel por poucos dias. Carretas identificadas pelo campo de componente/modalidade do registro. Fonte: SUS360/MS (SIA e CMD), OCI aprovadas por competência de processamento. Elaboração própria.

O QUE OS RESULTADOS PERMITEM AFIRMAR

Em seu primeiro ano e meio, as OCI alcançaram escala nacional, com produção registrada em todas as UF, mas com implantação muito desigual. A comparação entre a participação no total de OCI e a participação na população indica onde a produção foi maior ou menor que o peso demográfico, mas não mede necessidade: não considera o perfil epidemiológico, a demanda reprimida nem a oferta já existente por outras formas de financiamento.

As diferenças entre UF podem refletir o ritmo de adesão e de habilitação dos serviços, a capacidade de organização das gestões estaduais e municipais e a substituição de procedimentos antes registrados de forma avulsa, pagos pelo MAC, pelo registro como OCI. Por isso, a produção de OCI não deve ser lida, em sua totalidade, como produção adicional, nem como medida direta da ampliação do acesso ou da redução do tempo de espera.

Tempo de espera: limites dos dados atualmente disponíveis

A redução do tempo de espera é objetivo central do programa, e sua mensuração é condição para avaliar a efetividade. No entanto, com os dados atualmente disponibilizados por estados e municípios, não é possível estimar de forma robusta o tempo de espera para cirurgias eletivas no país, nem para concluir que ele diminuiu, nem para concluir que aumentou. Essa questão será objeto de análise específica em etapa posterior desta pesquisa; antecipam-se aqui alguns elementos principais.

A RNDS: AVANÇOS RECENTES E FASE DE IMPLANTAÇÃO

A constituição de uma base nacional de dados de regulação é um avanço institucional recente e relevante para o SUS. Até 2023, o Ministério da Saúde não dispunha de informações consolidadas sobre filas cirúrgicas (TCU, 2026), e cada ente mantinha registros próprios, muitas vezes em planilhas ou em papel, sem padrão comum. Desde então, foram dados passos estruturantes. Em 2023, o Modelo de Informação da Regulação Assistencial (Mira) foi elaborado de forma tripartite e pactuado na Comissão Intergestores Tripartite (Portaria Conjunta SAES/SEIDIGI nº 3/2023), padronizando os dados de solicitação, agendamento e execução. A Portaria GM/MS nº 6.656/2025 tornou obrigatório o envio diário desses registros à Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS). A Lei nº 15.233/2025 elevou essa obrigação ao plano legal, ao incluir na Lei nº 8.080/1990 o dever de estados e municípios registrarem e enviarem os dados da regulação, inclusive a dimensão das filas (art. 47-A). A identificação dos pacientes por CPF, exigida no programa (Portaria SAES/MS nº 2.723/2025), cria as condições para acompanhar o percurso de cada pessoa entre a solicitação e a realização do procedimento.

Os resultados já são visíveis. A RNDS acumula mais de 768 milhões de registros de regulação entre 2018 e 2025 (TCU, 2026). O próprio programa pode funcionar como indutor da informatização da regulação. Há, ainda, ganhos ao alcance imediato: a integração do módulo hospitalar do Sisreg, cujos dados já estão sob gestão do Ministério, elevaria a cobertura das cirurgias eletivas para cerca de 10%, sem exigir mudanças nos sistemas de origem.

Trata-se, contudo, de uma rede em fase de implantação, e sua cobertura ainda é insuficiente para sustentar estimativas nacionais de tempo de espera. Em 2024, de cada quinze cirurgias eletivas realizadas no SUS, apenas uma tinha registro de regulação na RNDS: a rede captou somente 6,8% dessa produção, considerando todos os tipos de solicitação registrados (eletivo, urgência e emergência) (TCU, 2026). Os cinco estados que concentram 55% da produção cirúrgica eletiva do país (São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais, Rio Grande do Sul e Bahia) apresentavam cobertura inferior a 1,2%, de modo que os dados disponíveis refletem sobretudo estados do Norte e do Centro-Oeste. A estratégia de implantação priorizou os dados ambulatoriais, em especial as Ofertas de Cuidado Integrado; o módulo hospitalar do Sisreg ainda não foi integrado, e o e-SUS Regulação não dispõe de módulo para cirurgias hospitalares. Na fase de ajuste dos sistemas ao novo padrão, parcela expressiva dos dados enviados ainda é rejeitada (cerca de um terço em um mês observado de 2025), e, entre os registros aceitos, há inconsistências entre a situação da solicitação e as datas, como registros com status “agendado” e data de execução preenchida (TCU, 2026).

Há, por fim, lacunas que antecedem o envio dos dados. Em muitos locais, regula-se a consulta pré-cirúrgica com o especialista, mas a solicitação da cirurgia permanece em controles internos dos prestadores, e a realização nem sempre é registrada por unidades financiadas por orçamento global (TCU, 2026). A própria Portaria GM/MS nº 6.656/2025 torna facultativo o envio das solicitações com status internado ou atendido e da data de execução (art. 2º, § 3º). São desafios próprios da construção de uma infraestrutura nacional de dados em um sistema federativo, com milhares de entes, sistemas próprios e níveis distintos de capacidade tecnológica (Tenório Filho; Mota; Santana, 2023). O balanço é de avanço consistente, mas ainda incompleto: a RNDS já é a base sobre a qual o tempo de espera deverá ser medido, mas, no estágio atual, seus dados não são representativos do país.

Limitações do estudo

BASE DE COMPARAÇÃO. A série começa em 2022 para evitar a base deprimida de 2020 e 2021, mas os meses de janeiro e fevereiro de 2022 ainda refletem efeitos da pandemia, o que pode ampliar ligeiramente as variações calculadas sobre o acumulado de janeiro a julho de 2022.

ROL APLICADO A TODO O PERÍODO. O rol atual foi aplicado de 01/2022 a 07/2026, inclusive a anos em que vigoravam listas diferentes (Portarias SAES/MS nº 237/2023 e nº 2.324/2024). O indicador mede a produção dos procedimentos do rol atual, e não a do rol vigente em cada época.

COMPETÊNCIA DE PROCESSAMENTO. Os dados referem-se ao mês de aprovação, e não ao de realização; os meses mais recentes ainda podem ser revistos.

UNIDADE DE MEDIDA. A unidade é o procedimento aprovado, e não o paciente nem a internação; nas cirurgias múltiplas e sequenciais, contam-se o código 04.15 e cada procedimento do rol registrado. A análise usa quantidade, e não valor: não mede gasto federal, complementação sobre a Tabela SIGTAP nem a produção efetivamente financiada após os acertos de contas entre o Ministério da Saúde e os entes.

SUBSTITUIÇÃO DE FONTE. Não se pode descartar substituição parcial da produção financiada pelo MAC por produção financiada pelo FAEC em parte das UF ou dos estabelecimentos, sobretudo em 2026; recomenda-se acompanhar o indicador por UF.

INFERÊNCIA CAUSAL. A análise é descritiva. A comparação com as urgências dos mesmos procedimentos é um contrafactual indicativo, e não prova de efeito causal do programa.

PROCEDIMENTOS CLÍNICOS SEM MARCAÇÃO DO PROGRAMA. Nas consultas e nos procedimentos especializados, não há marcação do programa em cada registro, como nas cirurgias; o FAEC identifica apenas as OCI e, a partir de novembro de 2025, a radioterapia. Por isso, a análise descreve a oferta total do SUS, e não a produção atribuível ao PATE. Na quimioterapia, cada mês de tratamento corresponde a uma APAC, e não a um paciente.

Referências temporais distintas. A análise cirúrgica usa a competência de processamento e vai até julho de 2026; a de consultas e procedimentos especializados usa a competência de atendimento e vai até junho de 2026, com extração em 15/09/2026; a das OCI usa a competência de processamento e vai até junho de 2026. Os meses mais recentes podem receber produção atrasada: em junho de 2026, 304 municípios ainda não haviam informado consultas, o equivalente a 1,9% do volume de maio.

REGISTROS ATÍPICOS. Há meses com volumes atípicos em municípios específicos, possivelmente decorrentes de erro de digitação, como os 2,5 milhões de consultas da atenção básica registrados em Manaus em outubro de 2024. Os dados foram mantidos como constam no SUS360; nas séries da atenção especializada, o efeito é inferior a 0,2% ao ano.

IMPLANTAÇÃO RECENTE DAS OCI. As OCI começaram em janeiro de 2025 e foram habilitadas gradualmente; taxas baixas em 2025 refletem o início da implantação em cada UF, e não necessariamente ausência de demanda. Em UF pouco populosas, pequenas variações no número de OCI alteram muito a taxa e a razão em relação à população, como no Amapá, que tem 734 mil habitantes e a maior taxa do país. Municípios em que todas as OCI vieram de carretas podem ter recebido a unidade móvel por poucos dias.

Considerações finais

Os resultados indicam expansão expressiva e sustentada da produção de cirurgias eletivas do rol do PATE no SUS. Entre janeiro e julho de 2026, foram aprovadas 3,47 milhões de cirurgias eletivas do rol, 74% a mais que no mesmo período de 2022, enquanto as urgências dos mesmos procedimentos cresceram 11%. Desde a introdução do programa, em março de 2023, a média mensal de cirurgias eletivas passou de 311 mil para 499 mil no período do PATE (+60%), ao passo que as urgências cresceram 8%. O padrão se repete nos sete grupos de cirurgias.

A separação entre eletivas e urgências a partir do PNR e o crescimento simultâneo da produção paga pelo teto MAC entre 2022 e 2025 indicam que a expansão não se explica pela recuperação pós-pandemia nem pela simples troca da fonte de pagamento. A desaceleração de 2025 coincidiu com a transição normativa e financeira do programa, e a retomada de 2026 (+9,7%), acompanhada do aumento da participação da produção financiada pelo programa, não é compatível com a hipótese de esgotamento da capacidade de produção.

Nas consultas e nos procedimentos especializados, a produção também cresceu de forma consistente. No primeiro semestre de 2026, a atenção especializada aprovou 1,28 bilhão de procedimentos clínicos e diagnósticos, 34,5% a mais que no mesmo período de 2022; as consultas médicas especializadas cresceram 28,1%, as de outros profissionais de nível superior, 46,9%, a quimioterapia, 34,4%, e a radioterapia, 32,0%. Diferentemente das cirurgias, porém, esses registros não identificam a produção do programa, e a trajetória não mostra mudança de ritmo nas datas dos marcos, de modo que o crescimento não pode ser atribuído ao PATE com os dados atualmente disponíveis.

As OCI, por sua vez, alcançaram escala nacional em seu primeiro ano e meio, com 2,1 milhões de registros aprovados entre janeiro de 2025 e junho de 2026 e oferta em todas as UF. A rede executora passou de 10 estabelecimentos em 3 UF, em janeiro de 2025, para 1.268 estabelecimentos em 742 municípios das 27 UF, em junho de 2026. A participação ainda pequena das OCI no total da atenção especializada não mede seu alcance, pois cada OCI corresponde a uma etapa de cuidado concluída, e não a um procedimento isolado. A implantação acelerou em 2026: as 1,30 milhão de OCI aprovadas no primeiro semestre superaram em 56% a produção de todo o ano de 2025, razão pela qual comparar a produção dos primeiros meses com a programação inicial subestima essa evolução. A oferta também se tornou menos desigual entre as UF, com queda do coeficiente de variação das taxas de 180% para 105%, e mais próxima do paciente, com 76,6% das OCI realizadas no município de residência. A produção, contudo, ainda se concentra no Sudeste, e UF populosas do Nordeste e do Norte seguem abaixo do peso de sua população; nas UF que iniciaram a execução mais tarde, a oferta depende sobretudo de carretas. Apoiar a estruturação de serviços fixos e da gestão local do cuidado nessas UF é condição para que a estratégia contribua para reduzir desigualdades de acesso à atenção especializada.

Permanecem desafios relevantes. A execução é desigual entre as UF e depende da capacidade instalada, da disponibilidade de especialistas e de incentivos locais, o que exige critérios de alocação orientados pela necessidade e apoio dirigido aos estados com baixa execução. A redução da produção financiada com recursos do teto MAC em 2026 deve ser acompanhada. A transparência também pode avançar: os painéis públicos ainda não distinguem a produção registrada com a marcação do programa da produção efetivamente financiada após os acertos de contas, e o painel do programa inclui procedimentos acessórios que não constituem cirurgias. A adoção do rol como recorte de referência, com a separação entre cirurgias e procedimentos acessórios, contribuiria para leituras mais precisas dos resultados.

Por fim, a avaliação do efeito do programa sobre o tempo de espera depende da consolidação dos dados de regulação na RND, ainda em implantação e com cobertura insuficiente nos estados de maior produção. Nessas condições, nem a afirmação de que o programa reduziu o tempo de espera nem a de que ele foi pouco efetivo para isso se sustentam nos dados disponíveis. A ampliação da cobertura, a qualificação dos registros e a adoção de métodos que considerem os pacientes ainda em espera são condições para que essa avaliação seja feita com rigor.

Declaração de uso de inteligência artificial

Na elaboração deste documento, foi utilizada a ferramenta de inteligência artificial generativa Claude (Anthropic), como apoio à estruturação do texto, à leitura e síntese de documentos de referência, ao cálculo de indicadores e à busca de referências bibliográficas. A extração, o processamento e a validação dos dados de produção, bem como a elaboração das figuras, foram realizados pelos autores. Todo o conteúdo gerado foi revisado e editado pelos autores, que assumem integral responsabilidade pelo texto, pelas análises e pelas conclusões.

Referências

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1990.

BRASIL. Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012. Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início. Brasília, DF: Presidência da República, 2012.

BRASIL. Lei nº 15.233, de 7 de outubro de 2025. Institui o Programa Agora Tem Especialistas. Brasília, DF: Presidência da República, 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.604, de 18 de outubro de 2023. Institui a Política de Atenção Especializada (PNAES), no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 90, de 3 de fevereiro de 2023. Institui o Programa Nacional de Redução das Filas de Cirurgias Eletivas, Exames Complementares e Consultas Especializadas. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.492, de 8 de abril de 2024. Institui o Programa Mais Acesso a Especialistas. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 5.820, de 4 de dezembro de 2024. Altera a Portaria GM/MS nº 90/2023. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 6.656, de 7 de março de 2025. Estabelece a obrigatoriedade e a periodicidade do envio de dados de Regulação Assistencial ao Ministério da Saúde no âmbito do SUS, utilizando o Modelo de Informação da Regulação Assistencial (MIRA). Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, ed. 46, p. 85, 10 mar. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 7.266, de 18 de junho de 2025. Reestrutura o Programa Mais Acesso a Especialistas e institui o Programa Agora Tem Especialistas. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Portaria SAES/MS nº 2.723, de 2025. Estabelece a identificação obrigatória do usuário por CPF nos procedimentos do Programa Mais Acesso a Especialistas. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Portaria SAES/MS nº 3.245, de 9 de setembro de 2025. Anexo I - Rol de procedimentos do Componente Cirúrgico e limite de complementação federal, por UF - Programa Agora Tem Especialistas. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/agora-tem-especialistas/legislacao/anexo-i-portaria-saes-ms-no-3-245-de-9-de-setembro-de-2025.pdf/view>. Acesso em: 15 ago. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Portaria SAES/MS nº 4.654, de 7 de agosto de 2026. Altera o Anexo I da Portaria SAES/MS nº 3.245/2025. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Relatório dos indicadores do PNRF. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 25 fev. 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/relatorios/2025/relatorio-dos-indicadores-do-pnrf-25-02-2025.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde; Secretaria de Informação e Saúde Digital. Portaria Conjunta SAES/SEIDIGI nº 3, de 18 de abril de 2023. Institui o Modelo de Informação da Regulação Assistencial (MIRA). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. SUS360: painel de cirurgias. Disponível em: <https://sus360.saude.gov.br/painel/cirurgias/>. Acesso em: 19 out. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. SUS360: Panorama ambulatorial e hospitalar clínico. Disponível em: <https://sus360.saude.gov.br/>. Acesso em: 15 set. 2026.

CARVALHO, André Luis Bonifácio de et al. Análise da nova política de atenção especializada: mudança no papel federativo do Ministério da Saúde? Saúde em Debate, v. 50, n. esp. 3, 2026.

COSTA, Danielle Conte Alves Riani et al. Universalismo Privatizante no sistema de saúde brasileiro e o Programa Agora Tem Especialistas. Cadernos de Saúde Pública, v. 42, p. e00244725, 2026.

COSTA, Marcus Vinicius da Silva; CAMARGOS, Mirela Castro Santos; VIANA, Sônia Maria Nunes; MENDES, Ueliton Vieira de Souza. Avanços e desafios da interoperabilidade no Sistema Único de Saúde. Journal of Health Informatics, Brasil, v. 17, n. 1, p. 1112, 2025. DOI: 10.59681/2175-4411.v17.2025.1112. Disponível em: <https://jhi.sbis.org.br/index.php/jhi-sbis/article/view/1112>. Acesso em: 20 out. 2026.

DANTAS, Aline Cavalcanti. Austeridade fiscal em tempos do novo arcabouço fiscal: direcionamentos da Política Nacional de Atenção Especializada do Sistema Único de Saúde. 2025. 51 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Serviço Social) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2025. Disponível em: <https://repositorio.ufrn.br/items/e6862f58-d92b-43b0-9e70-896730815695>. Acesso em: 20 out. 2026.

FARIAS, Cynthia Moura Louzada et al. Tempo de espera e absenteísmo na Atenção Especializada: um desafio para os sistemas universais de saúde. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 43, n. esp. 5, p. 190-204, dez. 2019.

FRIO, G. S. et al. The disruption of elective procedures due to COVID-19 in Brazil in 2020. *Scientific Reports*, v. 12, art. 10942, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1038/s41598-022-13746-5>.

GIANNOTTI, Elaine Maria. Dispositivos regulatórios para produção do cuidado e redução dos tempos de espera da atenção ambulatorial especializada. 2025. Tese (Doutorado em Ciências) - Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2025.

GIANNOTTI, Elaine Maria; LOUVISON, Marília Cristina Prado; CHIORO, Arthur. Acesso à atenção especializada no SUS: desafios para a implantação de dispositivos regulatórios produtores do cuidado. *Saúde Sociedade*, São Paulo, v. 35, n. 1, e240665pt, 2026. Disponível em: https://revistas.usp.br/sausoc/pt_BR/article/view/248129/222178. Acesso em: 20 out. 2026.

HADDAD, Ana Estela; LIMA, Nísia Trindade. Saúde Digital no Sistema Único de Saúde (SUS). *Interface (Botucatu)*. 2024; 28: e230597. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/interface.230597>. Acesso em: 20 out. 2026.

HADDAD, Frederico. Créditos financeiros e ressarcimento ao SUS: análise da implementação inicial. In: ANDRIETTA, Lucas Salvador et al. (orgs.). *Programa Agora Tem Especialistas: Nota Técnica nº 2*. Rio de Janeiro: IESC/UFRJ; ISC/UFBA; FM/USP; FSP/USP, set. 2026. 88p. ISBN 978-65-02-33246-7.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Censo Demográfico 2022: população e domicílios: primeiros resultados. Rio de Janeiro: IBGE, 2023.

KLAUMANN, Ana Paula. A influência dos instrumentos de financiamento e regulação nos serviços de telessaúde: uma investigação dos casos brasileiro e mexicano. 2026. 226 f. Tese (Doutorado em Economia) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2026.

LUI, Lizandro; SCHABBACH, Letícia Maria; NORA, Carlise Rigon Dalla. Health regionalization and federative cooperation in Brazil: the role of inter-municipal consortium. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, n. 12, p. 5065-5074, dez. 2020.

MOREIRA, J. P. L.; COSTA, D. C. A. R.; BAHIA, L. Complexidade estrutural dos hospitais credenciados no PATE. In: ANDRIETTA, L. S. et al. (orgs.). *Programa Agora Tem Especialistas: Nota Técnica nº 2*. Rio de Janeiro: IESC/UFRJ, ISC/UFBA, FM/USP, FSP/USP, 2026. p. 63-69.

OECD. Waiting times for health services: next in line. Paris: OECD Publishing, 2020. (OECD Health Policy Studies).

REDE DE PESQUISA EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (REDE APS / ABRASCO). O papel estratégico da Atenção Primária à Saúde no Programa "Agora Tem Especialistas". *Boletim Rede APS*, Rio de Janeiro, 8 jun. 2025.

TEIXEIRA, Gabriela Maria de Almeida; COHN, Amélia. Esperar para viver: o impacto da falta de critérios na fila do SUS para cirurgias cardíacas. *Revista Brasileira de Direito Constitucional*, v. 25, p. 463-476, jan./dez. 2025.

TENÓRIO FILHO, L.; MOTA, F. R. L.; SANTANA, O. M. D. B. Rede Nacional de Dados e os desafios da interoperabilidade entre os sistemas de informação na rede de atenção do Sistema Único de Saúde no Brasil. In: COLÓQUIO INTERNACIONAL MEDINFOR VI - A MEDICINA NA ERA DA INFORMAÇÃO, 6., 2023, Porto. *Anais [...]*. Porto: Universidade do Porto, Faculdade de Letras, 2023. p. 65. Disponível em: <https://ler.letras.up.pt/uploads/ficheiros/20614.pdf>. Acesso em: 21 out. 2026.

TESSER, Charles Dalcanale; POLI NETO, Paulo. Atenção especializada ambulatorial no Sistema Único de Saúde: para superar um vazio. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, n. 3, p. 941-951, 2017.

TORRES, Osvaldo F.; MAHOCHÉ, B. A.; BARRETO, K.; MAIA, A. Avaliação de reformas de pagamento por pacote na atenção especializada: o caso do Programa Agora Tem Especialistas. 2026. (Texto para Discussão).

TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO (TCU). Relatório de auditoria operacional: Programa Agora Tem Especialistas (PATE) - avaliação dos componentes cirúrgico e ambulatorial. TC 015.703/2025-8. Relator: Ministro Bruno Dantas. Brasília, DF: TCU, 2026.