ReGeo ISSN: 2177-3246

AGORA TEM ESPECIALISTAS E AS FILAS DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA NO SUS: RESULTADOS PARCIAIS, ACHADOS DO TCU E LIMITES DA CONTRATAÇÃO DA REDE PRIVADA

THE AGORA TEM ESPECIALISTAS PROGRAM AND QUEUES IN SPECIALIZED CARE IN BRAZIL'S UNIFIED HEALTH SYSTEM: PARTIAL RESULTS, FEDERAL COURT OF ACCOUNTS FINDINGS AND LIMITS OF PRIVATE NETWORK CONTRACTING

AHORA TIENE ESPECIALISTAS Y LAS FILAS DE LA ATENCIÓN ESPECIALIZADA EN EL SUS: RESULTADOS PARCIALES, HALLAZGOS DE LA TCU Y LÍMITES DE LA CONTRATACIÓN DE LA RED PRIVADA

https://doi.org/10.56238/revgeov17n11-096

Data de submissão: 04/10/2026 **Data de publicação:** 18/11/2026

Miguel Tavares da Silva Bisneto
Especialista
E-mail: miguel.sram@gmail.com
Lattes: http://lattes.cnpq.br/1145462605529376

Daniel Dias Machado
Mestre em Cirurgia de Cabeça e Pescoço
Lattes: http://lattes.cnpq.br/0218730820477634

RESUMO

O Programa Agora Tem Especialistas foi criado em 2025 para reduzir filas e tempo de espera na atenção especializada do Sistema Único de Saúde (SUS). Ele autorizou a União a contratar e prestar serviços diretamente, por tempo determinado, e envolveu a rede privada na ampliação da oferta. O artigo pergunta em que medida o programa tem reduzido essas filas, quando os resultados divulgados pelo governo são confrontados com a fiscalização do Tribunal de Contas da União (TCU), e que limites e riscos a contratação privada impõe. A análise se apoia na legislação federal do SUS e em estudos brasileiros sobre filas, regulação do acesso, controle externo e relação público-privada. Até outubro de 2026, o programa não tinha balanço oficial com estoque de fila e denominador explícitos, nem fiscalização do TCU publicada sobre ele. Os sistemas de informação sobre filas, por sua vez, são fragmentados e não têm identificador único. A única redução medida antes e depois, em Criciúma, veio da reorganização da demanda por meio da teleconsultoria. A contratação privada é admitida em caráter complementar, e os riscos documentados estão na governança do contrato, no planejamento e na distribuição da oferta; os estudos reunidos não sustentam atribuir esses riscos à natureza do prestador. Conclui-se que a magnitude do efeito do programa ainda não é verificável. Demonstrá-la depende de medir o tempo de espera por pessoa, ancorar as metas contratuais no estoque regional e definir, antes da execução, o limiar de espera que justifica a atuação federal.

Palavras-chave: Atenção Especializada. Listas de Espera. Controle Externo.

ABSTRACT

The Agora Tem Especialistas Program was created in 2025 to reduce queues and waiting times in specialized care within Brazil's Unified Health System (SUS). It authorized the federal government to contract and provide services directly for a limited period, and it brought private providers into the expansion of supply. This article asks to what extent the program has reduced these queues when the

results released by the government are set against the oversight of the Federal Court of Accounts (TCU), and what limits and risks private contracting imposes. The analysis draws on federal SUS legislation and on Brazilian studies of waiting lists, access regulation, external audit and public-private relations. Up to October 2026, the government had released no official report with an explicit queue stock and denominator, and the TCU had published no finding on the program itself. Information systems on waiting lists are fragmented and lack a unique identifier. The only before-and-after reduction documented, in Criciúma, came from reorganizing demand through teleconsultation. Private contracting is legally allowed as a complement to the public network. The documented risks lie in governance, planning and the distribution of supply, and the studies reviewed do not support attributing them to the nature of the provider. The article concludes that the size of the program's effect cannot yet be verified. Demonstrating it requires measuring waiting time per person, anchoring contractual targets in the regional queue and defining, before implementation, the waiting threshold that justifies federal action.

Keywords: Specialized Care. Waiting Lists. External Audit.

RESUMEN

El Programa Ahora Tiene Especialistas fue creado en 2025 para reducir colas y tiempo de espera en la atención especializada del Sistema Único de Salud (SUS). Autorizó a la Unión a contratar y prestar servicios directamente, por tiempo determinado, e implicó la red privada en la ampliación de la oferta. El artículo pregunta en qué medida el programa ha reducido esas colas, cuando los resultados divulgados por el gobierno se confrontan con la fiscalización del Tribunal de Cuentas de la Unión (TCU), y qué límites y riesgos la contratación privada impone. El análisis se apoya en la legislación federal del SUS y en estudios brasileños sobre colas, regulación del acceso, control externo y relación público-privada. Hasta octubre de 2026, el programa no tenía balance oficial con stock de cola y denominador explícitos, ni fiscalización del TCU publicada sobre él. Los sistemas de información sobre colas, a su vez, son fragmentados y no tienen identificador único. La única reducción medida antes y después, en Criciúma, vino de la reorganización de la demanda por medio de la teleconsultoría. La contratación privada es admitida en carácter complementario, y los riesgos documentados están en la gobernanza del contrato, en la planificación y en la distribución de la oferta; los estudios reunidos no sustentan atribuir esos riesgos a la naturaleza del prestador. Se concluye que la magnitud del efecto del programa aún no es verificable. Demostrarla depende de medir el tiempo de espera por persona, anclar las metas contractuales en el stock regional y definir, antes de la ejecución, el umbral de espera que justifica la actuación federal.

Palabras clave: Atención Especializada. Listas de Espera. Control Externo.

1 INTRODUÇÃO

Uma mulher sai da unidade básica de saúde do bairro com um encaminhamento para o ortopedista e a orientação de esperar o contato da central de regulação. Os meses passam e o papel fica guardado na gaveta. Quando o governo anuncia um programa para encurtar a espera, ela não tem como saber se a sua posição andou, se a fila encolheu ou se apenas mudou de endereço. A dúvida que ela faz em casa é a mesma que a saúde coletiva precisa responder com método: como se sabe que uma fila diminuiu, e quem confere?

A atenção especializada é o trecho do Sistema Único de Saúde (SUS) em que essa dúvida pesa mais. Consultas com especialistas, exames diagnósticos e cirurgias eletivas formam o nível de cuidado que a Atenção Primária à Saúde (APS) aciona quando não resolve o caso sozinha, e é nesse nível que a espera se acumula. A trajetória das políticas brasileiras deixou a atenção especializada fragmentada, isolada da APS e herdeira de um modelo centrado em procedimentos médicos (Pinto; Magalhães Júnior, 2025). Por muito tempo, ela foi construída como lugar de produção de consultas e procedimentos, pouco ligado à gestão do cuidado, e o debate sobre ela girou em torno da regulação burocrática e da gestão de filas (Carmo, 2017). Uma revisão de escopo sobre pessoas com condições crônicas encontrou, no fluxo regulatório, longas filas, falhas de comunicação entre profissionais e pouco uso dos mecanismos formais de referência e contrarreferência. Essa combinação empurra os usuários para canais informais (Oliveira; Vilela, 2026).

O governo federal respondeu a esse quadro com uma sequência de iniciativas. Antes do programa examinado aqui vieram o Programa Nacional de Redução de Filas e o Programa Mais Acesso a Especialistas (Medici, 2025). A Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde (PNAES) propôs integrar a atenção especializada à APS, mudar o modelo de financiamento e adotar uma regulação de segunda geração (Pinto; Magalhães Júnior, 2025). O Programa Agora Tem Especialistas foi criado pela Medida Provisória nº 1.301/2025 e apresentado pelo Ministério da Saúde como estratégia para reduzir filas e tempo de espera (Afonso *et al.*, 2026). Essa medida provisória, convertida na Lei nº 15.233/2025, acrescentou à Lei nº 8.080/1990 um parágrafo que autoriza a União a contratar e prestar diretamente serviços de atenção especializada nos estados e municípios, por tempo determinado, em situações marcadas por grande tempo de espera (Brasil, 1990). O programa também envolve planos de saúde e hospitais privados na ampliação da oferta (Costa *et al.*, 2026).

A presença do setor privado dividiu a leitura do programa. Para Costa *et al.* (2026), o Agora Tem Especialistas não se enquadra no chamado universalismo privatizante, porque não eleva o gasto privado, não cria isenções fiscais, não expande planos de saúde e não transfere ao setor privado funções do setor público. Já Afonso *et al.* (2026), que reconstroem a posição da Frente Nacional contra a

Privatização da Saúde, veem no programa a expansão das parcerias público-privadas e o deslocamento de fundo público para prestadores privados. As duas análises divergem na interpretação, mas concordam num ponto que interessa a este artigo: nenhuma delas diz o que o programa entregou na fila, e Costa *et al.* (2026) pedem expressamente o monitoramento dos seus resultados.

O problema de pesquisa nasce dessa lacuna. Anunciar que a fila caiu e demonstrar que ela caiu são operações diferentes. Demonstrar exige três coisas que nenhum anúncio fornece sozinho: uma medida da fila que permita comparar o antes e o depois, um órgão independente que confira essa medida e contratos com a rede privada que deixem rastros auditáveis. A medição da fila de cirurgias eletivas ainda esbarra em sistemas fragmentados, sem identificadores únicos e com séries nacionais pouco confiáveis (Medici, 2025). O Tribunal de Contas da União (TCU), por sua vez, é a instituição desenhada para exercer o controle horizontal sobre o gasto federal (Cabral; Cabral, 2018). Os estudos disponíveis analisaram o desenho do programa, o seu sentido federativo e a sua relação com o setor privado, e outros mediram reduções de espera em municípios específicos. Nenhum deles reúne, numa mesma análise, as condições para verificar a redução, o que o controle externo encontrou e os riscos da contratação privada.

A pergunta de pesquisa é: em que medida o programa Agora Tem Especialistas tem reduzido as filas da atenção especializada no SUS, quando os resultados parciais divulgados pelo governo federal são confrontados com os achados de fiscalização do TCU, e que limites e riscos a contratação da rede privada impõe a essa estratégia?

A resposta importa por três razões práticas. O parágrafo legal que sustenta a atuação direta da União tem caráter temporário, o que obriga a saber, antes do fim do prazo, se a espera encolheu e se encolheu de modo duradouro. O programa aplica recursos públicos em contratos com prestadores privados, e a Lei nº 8.080/1990 exige que esses serviços sigam os mesmos princípios de universalidade e igualdade da rede pública. Por fim, a legitimidade de qualquer política de filas depende de que a pessoa da cena inicial consiga, em algum momento, enxergar a mudança.

O objetivo geral é avaliar em que medida o programa Agora Tem Especialistas tem reduzido as filas da atenção especializada no SUS, confrontando os resultados parciais divulgados pelo governo federal com os achados de fiscalização do TCU e examinando os limites e riscos da contratação da rede privada como estratégia de ampliação da oferta. Os objetivos específicos são quatro: descrever o enquadramento normativo federal que autoriza o programa e regula a participação privada; examinar as condições de medição das filas e o que as experiências locais mostram sobre a redução da espera; analisar o papel do controle externo e os achados de fiscalização disponíveis no campo; e discutir os limites e riscos da contratação privada à luz das normas e dos estudos.

A contribuição do artigo é uma síntese que não está pronta em nenhuma das fontes. Trata-se de uma matriz que liga cada afirmação possível sobre a redução das filas às condições normativas e empíricas para verificá-la, organizada em três eixos: resultados, controle e relação público-privada. Com ela, o debate sobre o programa deixa a pergunta sobre se ele privatiza ou não e passa a uma pergunta anterior: se os seus efeitos são verificáveis, e por quem.

2 METODOLOGIA

A pesquisa é uma revisão narrativa, de abordagem qualitativa, combinada a uma análise documental. A escolha decorre da natureza da pergunta. O programa é recente, e as evidências sobre ele estão espalhadas entre normas, estudos de política, estudos sobre regulação do acesso e trabalhos sobre controle externo. A revisão narrativa permite reunir esses materiais em torno de um argumento sem exigir que todos tenham o mesmo desenho de pesquisa.

O material normativo compreende três atos federais. O primeiro é a Lei nº 8.080/1990, lida no texto compilado. A leitura concentrou-se nos artigos sobre a participação complementar da iniciativa privada (art. 4º, § 2º, e art. 8º), os princípios aplicáveis aos serviços contratados (art. 7º), as atribuições de controle (arts. 15 e 16) e a competência municipal para contratar (art. 18). Incluiu também o § 4º do art. 16, que, segundo a nota do texto compilado, foi acrescido pela Medida Provisória nº 1.301/2025 e convertido na Lei nº 15.233/2025 (Brasil, 1990). O segundo ato é o Decreto nº 7.508/2011, que regulamenta a organização do SUS, a assistência e a articulação entre os entes federativos, lido integralmente na publicação original (Brasil, 2011). O terceiro é a Lei nº 14.133/2021, de licitações e contratos, examinada na publicação original nos dispositivos sobre definições, governança das contratações e fase preparatória (Brasil, 2021). Como esses dois últimos atos foram lidos na publicação original, o texto diz o que eles estabeleceram, sem afirmar que a redação continua a mesma. As normas foram identificadas por espécie, número e ano nos dados abertos do Senado Federal, e o texto foi lido no portal normas.leg.br.

O método previa também relatórios e acórdãos do TCU sobre o programa e dados oficiais públicos sobre filas e produção da atenção especializada. Até o corte da coleta, nenhum desses documentos integrou o material em forma verificável: não havia acórdão ou relatório do TCU específico sobre o Agora Tem Especialistas, nem balanço governamental com estoque de fila, período e denominador explícitos, nem série oficial de filas. Por isso, o artigo não confronta diretamente um balanço do governo com um acórdão. Ele confronta as condições que esse confronto exige com o que as normas e os estudos permitem afirmar. O eixo do controle apoia-se nas competências legais de controle, num achado de auditoria do TCU sobre a oferta de tecnologias incorporadas ao SUS relatado

por Nonato *et al.* (2026) e em estudos sobre o papel do tribunal. Os números sobre filas e tempos de espera vêm de estudos que trabalharam com bases municipais, estaduais e nacionais.

A análise seguiu a técnica de análise de conteúdo temática. Cada achado de norma ou de estudo foi registrado em um de três eixos, e cada eixo recebeu uma pergunta orientadora:

- no eixo de resultados, o que conta como redução da fila, com que medida e com que denominador;
- no eixo de controle, quem confere os resultados, com quais instrumentos e com que achados disponíveis;
- no eixo da relação público-privada, em que termos a lei admite a rede privada e que riscos os estudos documentam.

Em seguida, o que as normas estabelecem foi confrontado com o que os estudos encontraram, e os estudos foram comparados entre si, com as divergências mantidas no texto. O Decreto nº 7.508/2011, lido na íntegra, também foi examinado quanto à presença dos termos "fila" e "espera". Na Lei nº 8.080/1990, cujo texto compilado é extenso, a leitura se limitou aos dispositivos indicados, sem contagem de termos.

O levantamento bibliográfico foi feito em novembro de 2026 em quatro bases: o Crossref; o Oasisbr e a Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD), ambos do Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia (IBICT); e o Directory of Open Access Journals (DOAJ). Os descritores, em português e inglês, trataram do programa, das filas da atenção especializada, do controle exercido pelo TCU e da contratação da rede privada. O recorte temporal vai de 2016 a 16 de outubro de 2026, data que também marca o corte da coleta: nenhum ato, dado ou estudo publicado depois dela foi usado. Foram selecionados 40 estudos por pertinência ao tema, isto é, trabalhos sobre o próprio programa, sobre o acesso e as filas da atenção especializada no SUS, sobre a regulação desse acesso, sobre a relação entre oferta pública e privada no sistema ou sobre o papel do TCU. Ficaram de fora os trabalhos que apenas compartilhavam palavras com o tema e as repetições de uma mesma obra. A coleta buscou evidência para cada um dos três eixos, o que explica a presença, ao lado dos estudos sobre o programa, de estudos sobre regulação local e sobre controle externo em outros setores.

A principal limitação do método vem do material: sem documentos de fiscalização sobre o programa e sem séries oficiais de filas, a análise responde à pergunta pelo que é verificável até o corte, e não pela magnitude de um efeito.

3 O AGORA TEM ESPECIALISTAS NO DESENHO FEDERAL DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA

O programa é o passo mais recente de uma recomposição federal da atenção especializada. A sua novidade jurídica está em transformar o tempo de espera em condição para a ação direta da União.

3.1 UMA POLÍTICA QUE RESPONDE À FRAGMENTAÇÃO

A fragmentação da atenção especializada é o problema de fundo que as iniciativas federais recentes tentam enfrentar, e o Agora Tem Especialistas herda delas tanto o diagnóstico quanto os instrumentos. Pinto e Magalhães Júnior (2025) descrevem uma APS que avançou de forma importante ao longo da história do SUS, ao lado de uma atenção especializada isolada dela e organizada em torno do procedimento. Segundo os autores, a PNAES propõe mudar essa trajetória com diretrizes que valorizam a rede de atenção à saúde, a integração com a APS, a transformação digital, a regulação de segunda geração e mudanças no financiamento. Para eles, o avanço depende de ações coordenadas entre os dois níveis e da implementação articulada das disposições da política.

Carvalho *et al.* (2026) leem o mesmo movimento pelo ângulo federativo. Depois de um período em que as estruturas federais perderam força, o Ministério da Saúde retomou o protagonismo com a PNAES, com o Programa Mais Acesso a Especialistas e, depois, com o Agora Tem Especialistas. Essas iniciativas trouxeram inovações no financiamento, na regulação, na formação de profissionais, no uso de tecnologias digitais e na ampliação da oferta, inclusive por meio de novas prerrogativas de atuação direta da União. Os autores interpretam essas estratégias como uma retomada gradual da coordenação nacional, construída em parceria com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems).

Essa leitura importa para a pergunta deste artigo porque tira o programa do terreno da compra emergencial e o coloca no da reconstrução institucional. Se ele faz parte de uma recomposição, os seus resultados deveriam ser medidos também pela capacidade que deixa instalada, e não só pelo volume que entrega enquanto dura.

O esforço federal convive com instrumentos estaduais e regionais que também mexem na fila. Na Paraíba, a Programação da Atenção Especializada em Saúde (PAES) exigiu dez oficinas em 2024: três presenciais para pactuar os fluxos de referência, cinco para os itens de abrangência e duas remotas para ajustes. O propósito era realocar recursos da média e da alta complexidade entre municípios e fortalecer a regulação (Oliveira *et al.*, 2026). A experiência mostra que a oferta especializada depende de acordo entre municípios, e não apenas da compra de serviços.

O estudo de Souza (2023) sobre cirurgias eletivas na Macrorregião Norte de Minas Gerais, de 2015 a 2021, aponta na mesma direção. Três das onze microrregiões concentravam cerca de 61% da demanda. O polo de Montes Claros atendia a sua microrregião, toda a alta complexidade e ainda parte da média complexidade das demais microrregiões, o que a autora interpreta como dependência regional e falta de uma governança regional mais forte.

Esses achados fixam um ponto que volta nas seções seguintes: a fila da atenção especializada é regional, e a sua redução depende de quem organiza o fluxo entre municípios. Um programa federal que contrata oferta onde a espera é grande atua sobre essa geografia. O seu efeito depende de como a nova oferta se encaixa na pactuação regional que a Lei nº 8.080/1990 e o Decreto nº 7.508/2011 já estabeleceram.

3.2 O QUE A LEI PASSOU A AUTORIZAR

A novidade jurídica do programa é o § 4º do art. 16 da Lei nº 8.080/1990. O dispositivo autoriza a União, por meio do Ministério da Saúde e de entidades da administração indireta, a executar ações, contratar e prestar serviços de atenção especializada nos estados, no Distrito Federal e nos municípios. A autorização vale por tempo determinado, conforme regulamento do gestor federal, em situações de urgência em saúde pública "caracterizadas por grande tempo de espera, alta demanda e necessidade de atenção especializada, reconhecidas pelo Ministério da Saúde" (Brasil, 1990, art. 16, § 4º). A nota do texto compilado registra que o parágrafo foi acrescido pela Medida Provisória nº 1.301, de 30 de maio de 2025, convertida na Lei nº 15.233, de 7 de outubro de 2025.

Três traços do dispositivo importam para a pergunta:

1. **A espera como critério legal.** O tempo de espera passou a ser condição para a atuação direta da União, ao lado da alta demanda e da necessidade de atenção especializada. A lei, porém, não fixa o limiar a partir do qual a espera é grande: deixa o reconhecimento ao Ministério da Saúde e o detalhe ao regulamento.
2. **A temporariedade.** A atuação vale por tempo determinado, o que impõe, desde a origem, a pergunta sobre o que permanece quando a contratação federal termina.
3. **A coexistência de contratantes.** O art. 18, inciso X, da mesma lei atribui à direção municipal celebrar contratos e convênios com prestadores privados e controlar a sua execução, e o art. 9º estabelece a direção única em cada esfera de governo (Brasil, 1990). Com o § 4º, a União passa a contratar onde o município já contrata, e a fila de um mesmo território passa a ser atendida por contratos de origens diferentes.

O regulamento geral da organização do SUS ajuda a ver o que o novo parágrafo acrescenta. O Decreto nº 7.508/2011 estabeleceu que o acesso universal e igualitário é ordenado pela APS e deve ser "fundado na avaliação da gravidade do risco individual e coletivo e no critério cronológico" (Brasil, 2011, art. 11). O mesmo decreto atribuiu aos entes federativos garantir a transparência e monitorar o acesso (art. 13, incisos I e III) e ao Ministério da Saúde definir indicadores nacionais de garantia de acesso (art. 35, § 1º).

Ainda assim, nenhum desses dispositivos, na redação original examinada, converte o dever de monitorar o acesso em um padrão de tempo de espera para o atendimento. O critério cronológico define a ordem de atendimento, mas o texto não fixa um padrão de tempo para que o atendimento ocorra. Esse silêncio é revelador. O regulamento do acesso organizava a fila sem nomear o tempo que ela consome, e foi o § 4º, catorze anos depois, que trouxe a espera para o texto legal como fundamento de política.

A Tabela 1 reúne os dispositivos federais que enquadram a ampliação da oferta e a participação privada, organizados pela relação que mantêm com o programa.

Tabela 1. Dispositivos federais que enquadram a ampliação da oferta especializada e a participação privada no SUS

Norma	Dispositivo	O que estabelece	Relação com o programa
Lei nº 8.080/1990	Art. 4º, § 2º	Participação da iniciativa privada no SUS em caráter complementar	Limite da contratação privada
Lei nº 8.080/1990	Art. 7º, caput e incisos I, II e IV	Serviços privados contratados ou conveniados seguem universalidade, integralidade e igualdade	A rede contratada responde pelos mesmos princípios
Lei nº 8.080/1990	Art. 16, incisos XIV, XVII e XIX	Direção nacional normatiza a relação com serviços privados contratados, acompanha e avalia as ações e estabelece o Sistema Nacional de Auditoria	Base do controle interno federal
Lei nº 8.080/1990	Art. 16, § 4º (MP nº 1.301/2025, convertida na Lei nº 15.233/2025)	União executa, contrata e presta serviços especializados por tempo determinado em urgência caracterizada por grande tempo de espera	Fundamento da atuação direta da União
Lei nº 8.080/1990	Art. 18, inciso X	Município celebra contratos com prestadores privados e controla a execução	Coexistência de contratantes no território
Decreto nº 7.508/2011	Art. 11	Acesso ordenado pela APS, com base no risco e no critério cronológico	Regra de ordenação da fila
Decreto nº 7.508/2011	Art. 13, incisos I e III	Transparência e monitoramento do acesso	Dever de medir
Decreto nº 7.508/2011	Art. 16	Planejamento considera os serviços privados, que compõem os Mapas da Saúde	Contratação inserida no planejamento
Decreto nº 7.508/2011	Art. 35, § 1º	Ministério da Saúde define indicadores nacionais de garantia de acesso	Régua de resultado
Lei nº 14.133/2021	Art. 11, parágrafo único; art. 18, inciso X	Governança das contratações com gestão de riscos; análise de riscos na fase preparatória	Instrumentos gerais de governança contratual

Fonte: elaborado com base em Brasil (1990), Brasil (2011) e Brasil (2021).

A tabela mostra uma assimetria. As normas dizem muito sobre quem contrata e sob que princípios, e pouco sobre como medir o resultado. O único dispositivo que aponta para uma régua de acesso é o art. 35, § 1º, do decreto, que entrega ao Ministério da Saúde a definição de indicadores nacionais.

A Lei nº 14.133/2021 estabeleceu que a alta administração deve implementar processos de gestão de riscos e controles internos para "avaliar, direcionar e monitorar os processos licitatórios e os respectivos contratos" (Brasil, 2021, art. 11, parágrafo único). Exigiu também a análise dos riscos na fase preparatória (art. 18, inciso X). A mesma lei, porém, excluiu do seu regime as contratações sujeitas a legislação própria (art. 3º, inciso II), e as normas citadas não indicam qual instrumento contratual o programa adota. O que o texto da lei sustenta é que, onde ela se aplica, já oferece o vocabulário de governança e de risco que a contratação de oferta especializada exige.

4 MEDIR A FILA ANTES DE MEDIR A SUA REDUÇÃO

Saber quanto a fila caiu pressupõe saber quantas pessoas estavam nela, há quanto tempo e por quê. As evidências reunidas indicam que o SUS ainda não dispõe dessa medida em escala nacional.

4.1 O DENOMINADOR AUSENTE

A análise de Medici (2025) sobre a fila de cirurgias eletivas é o ponto de partida mais direto. O autor mostra que os sistemas usados para gerir essa fila apresentam fragmentação estrutural, inconsistências de preenchimento e baixa interoperabilidade, o que impede construir séries nacionais confiáveis. Esses sistemas são o Sistema de Regulação (SISREG), o Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS), o e-SUS APS e os painéis do Departamento de Informática do SUS (DATASUS). Medici aponta como gargalos críticos a falta de identificadores únicos para cada solicitação e a heterogeneidade na alimentação dos dados pelos municípios. A sua conclusão é que, sem reformas na arquitetura de informação, o país não conseguirá medir adequadamente a demanda reprimida por cirurgias eletivas. O diagnóstico é anterior ao programa e se refere aos programas federais que o precederam, mas descreve a mesma infraestrutura em que qualquer balanço do Agora Tem Especialistas teria de se apoiar.

Estudos com métodos distintos chegam a constatações compatíveis. Silva *et al.* (2026) compararam oito experiências de regulação ambulatorial: em Curitiba, Belo Horizonte, Porto Alegre e São Paulo, nos estados do Ceará, de Santa Catarina e do Rio Grande do Sul e no Distrito Federal. Encontraram fragilidades na integração dos sistemas de informação, baixa padronização de protocolos e integração limitada entre APS e atenção especializada. A revisão de Oliveira e Vilela (2026) acrescenta um elemento que afeta diretamente a medida: quando os mecanismos formais de referência são pouco usados, parte do acesso passa por canais informais, e quem entra por eles não aparece na fila registrada.

Juntos, esses achados explicam por que a redução da fila é mais difícil de demonstrar do que a produção de atendimentos. Um balanço que informa quantas consultas, exames e cirurgias foram feitos descreve o numerador. A redução da fila exige o denominador: o estoque de pessoas aguardando no início e no fim de um período, com o tempo de espera de cada uma.

A falta de identificador único tem ainda uma consequência específica, que é leitura deste artigo e não achado de auditoria. Sem identificador, a saída de um registro da fila não distingue o atendimento, a desistência, o óbito e a eliminação de uma duplicidade, e qualquer queda do estoque fica sujeita a interpretações concorrentes. Essa leitura deriva do diagnóstico de Medici (2025) sobre os sistemas de fila.

4.2 O QUE AS EXPERIÊNCIAS LOCAIS MOSTRAM

Quando a medida existe, ela costuma vir de experiências locais. Entre as experiências locais aqui discutidas, a que traz a redução mais bem medida mostra uma queda expressiva obtida pela reorganização da demanda.

Petrolini *et al.* (2025) relatam a implantação da teleconsultoria em Criciúma, Santa Catarina, entre 2023 e 2024, como ferramenta de gestão das filas de especialidades médicas. A demanda reprimida passou de 15.842 para 1.061 pacientes, e o tempo médio de espera caiu de 14,8 para 6,5 meses. Pelos números do próprio relato, o estoque diminuiu em 14.781 pacientes, ou 93,3% do valor inicial, e o tempo médio encolheu 8,3 meses, ou 56,1% do valor inicial. Os autores registram ainda que 72,4% dos casos discutidos na teleconsultoria foram resolvidos na APS, o que evitou encaminhamentos desnecessários. Ortopedia, neurologia e cardiologia foram as especialidades mais acionadas.

Esse resultado precisa ser lido pelo que é. A fila de Criciúma encolheu, em boa parte, porque deixou de receber casos que a APS conseguia resolver com o apoio do especialista, e não porque a cidade comprou mais consultas. O relato é descritivo, de antes e depois, num único município, e é anterior à medida provisória de 2025. Ele não mede, portanto, efeito do Agora Tem Especialistas. O que ele mostra é que existe uma via de redução da fila que atua sobre a entrada, e que essa via deixa rastro mensurável quando o município registra o estoque e o tempo.

Outros estudos reforçam essa lição. Na comparação de Silva *et al.* (2026), as regiões com melhores resultados tinham três traços em comum: teleconsultoria integrada à regulação ambulatorial, protocolos clínicos e de acesso institucionalizados e sistemas de informação com recursos de inteligência analítica. Em dois municípios da Região Metropolitana de São Paulo, Louvison *et al.* (2026) encontraram duas estratégias que aproximam a atenção especializada das necessidades dos usuários: a regulação feita a partir dos próprios serviços, articulada às centrais, e o acolhimento com escuta qualificada na APS. Em Aquiraz, no Ceará, Albuquerque e Moreira (2024) descrevem um plano de intervenção chamado MALOTE, construído após diagnóstico local para dar acesso às filas de serviços especializados, e associam o seu funcionamento ao trabalho em equipe, à descentralização e à gestão participativa. Os três estudos tratam a fila como produto da organização do fluxo, e não só da escassez de oferta.

Outros trabalhos mostram que a espera não é uniforme e que a desigualdade atravessa a fila. Na linha de cuidado do câncer de mama em São Paulo, Arruda (2019) entrevistou 353 mulheres em tratamento:

- 32,85% aguardaram até 30 dias pela primeira consulta com mastologista;
- 85,59% fizeram a mamografia em até 30 dias;
- 53,03% iniciaram o tratamento em até sete dias.

O estudo identificou idade acima de 50 anos e menos de quatro anos de estudo como barreiras de acesso. Encontrou também que, num serviço regulado pela gestão municipal do SUS, ter plano privado facilitava o acesso. No Norte de Minas Gerais, o tempo de espera por cirurgias eletivas esteve associado à complexidade e ao grupo do procedimento (Souza, 2023).

A Tabela 2 reúne as medidas de espera e de acesso registradas nesses estudos, ao lado do achado de auditoria discutido na seção 5.

Tabela 2. Medidas de espera e de acesso registradas em estudos brasileiros sobre atenção especializada

Estudo	**Recorte**	**Indicador**	**Resultado registrado**
Petrolini et al. (2025)	Criciúma (SC), 2023 e 2024, teleconsultoria	Pacientes em demanda reprimida	15.842 antes; 1.061 depois
Petrolini et al. (2025)	Idem	Tempo médio de espera	14,8 meses antes; 6,5 meses depois
Petrolini et al. (2025)	Idem	Casos da teleconsultoria resolvidos na APS	72,4%
Arruda (2019)	São Paulo (SP), 353 mulheres com câncer de mama, inquérito de 2015	Espera de até 30 dias pela primeira consulta com mastologista	32,85%
Arruda (2019)	Idem	Espera de até 30 dias pela mamografia	85,59%
Arruda (2019)	Idem	Início do tratamento em até 7 dias	53,03%
Souza (2023)	Macrorregião Norte de Minas Gerais, 2015 a 2021	Parcela da demanda por cirurgias eletivas em 3 das 11 microrregiões	Cerca de 61%
Nonato et al. (2026), relatando auditoria do TCU	110 tecnologias incorporadas de 2021 a 2023	Ofertadas após o prazo legal de 180 dias	33 (30,0%)
Nonato et al. (2026)	36 medicamentos incorporados de jan. 2024 a jul. 2025	Com código no SIGTAP; com dispensação até fev. 2026; dispensados em até 180 dias	8 (22,2%); 4 (11,1%); 0

Fonte: elaborado com base em Petrolini *et al.* (2025), Arruda (2019), Souza (2023) e Nonato *et al.* (2026). A parcela de 33 em 110 foi calculada para este artigo.

A tabela evidencia que cada estudo mede uma coisa diferente: estoque de pacientes, tempo médio, parcela atendida dentro de um prazo, concentração territorial da demanda ou intervalo entre a decisão e a oferta. Nenhuma dessas medidas é errada, mas elas não se somam. Um balanço nacional que pretenda mostrar redução de fila precisa escolher uma delas, ou um conjunto delas, e mantê-la

estável no tempo. Sem isso, a comparação entre o antes e o depois do programa mistura réguas, o que confirma, por outro caminho, o diagnóstico de Medici (2025) discutido na seção 4.1.

5 O CONTROLE EXTERNO E A VERIFICABILIDADE DOS RESULTADOS

O TCU é o lugar institucional em que as afirmações do governo sobre resultados encontram verificação independente. Até o corte da coleta, porém, não há fiscalização do TCU sobre o próprio programa, e a auditoria mais próxima dessa verificação trata de um campo vizinho, o da incorporação de tecnologias ao SUS.

Cabral e Cabral (2018) situam o tribunal como instrumento relevante para uma *accountability* horizontal efetiva, isto é, o controle que uma instituição do próprio Estado exerce sobre outra, sem depender do voto. A ideia tem consequência direta para filas: um programa federal de redução de espera precisa, para ser legítimo, de alguém que confira os números com acesso aos dados e com poder de recomendação.

A Lei nº 8.080/1990 já prevê, na esfera interna, que a direção nacional acompanhe, controle e avalie as ações e serviços (art. 16, inciso XVII) e estabeleça o Sistema Nacional de Auditoria (art. 16, inciso XIX). O Decreto nº 7.508/2011, por sua vez, estabeleceu que o Ministério da Saúde informe aos órgãos de controle interno e externo o descumprimento injustificado de responsabilidades e a não aplicação, a malversação ou o desvio de recursos (art. 42). O desenho legal, portanto, articula os dois níveis de controle.

O achado de auditoria mais próximo do tema mostra o tipo de verificação que esse controle consegue fazer quando há prazo legal e data de registro. Segundo Nonato *et al.* (2026), o TCU identificou em 2026 que 33 das 110 tecnologias incorporadas ao SUS entre 2021 e 2023 foram ofertadas depois do prazo legal de 180 dias. Isso corresponde a 30,0%, pelo cálculo deste artigo; o estudo não informa a situação das outras 77.

Os autores estenderam a análise às incorporações de medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica feitas entre janeiro de 2024 e julho de 2025. Das 36 incorporações:

- apenas 8 (22,2%) tinham código na tabela de procedimentos do SUS (SIGTAP);
- apenas 4 (11,1% do total) tinham dispensação ativa até fevereiro de 2026;
- nenhuma foi dispensada dentro do prazo;
- as outras 28 (77,8%) seguiam sem código operacional.

O menor intervalo encontrado entre incorporação e dispensação foi de 301 dias, para a hidroxiureia.

O caso não trata do Agora Tem Especialistas, e o artigo não o usa como evidência sobre o programa. Ele interessa por outra razão: mostra que a distância entre uma decisão federal e o acesso efetivo é mensurável em dias quando a norma fixa um prazo e os sistemas registram a data da primeira oferta. Mostra também que essa distância tem geografia. Nonato *et al.* (2026) encontraram o início da dispensação concentrado em poucas unidades federativas e propuseram que a implementação seja avaliada não só pelo tempo, mas também pela equidade entre os estados.

As duas lições se aplicam ao programa. Como discutido na seção 3.2, o § 4º do art. 16 fez do grande tempo de espera uma condição para a atuação federal, mas não fixou o limiar. Sem limiar e sem data de registro comparável, uma auditoria sobre o programa teria menos pontos de apoio do que a auditoria sobre as tecnologias incorporadas.

A qualidade do controle externo depende, ainda, do que os gestores registram e informam. Parte dela chega ao tribunal como autoavaliação, a exemplo da avaliação de controles internos que as superintendências estaduais enviam ao TCU nos relatórios de gestão (Souza Junior e Silva, 2016). O estudo é de outro setor e anterior ao programa, mas indica que o tribunal trabalha, em boa parte, com informação produzida pelo próprio gestor. Isso reforça a importância da medida discutida na seção 4.

A experiência do tribunal com programas complexos fora da saúde oferece um parâmetro do que o acompanhamento durante a execução produz. Almeida (2022) mostra que o controle do TCU sobre o Programa de Desenvolvimento de Submarinos, exercido ao longo da execução, contribuiu para a conformidade às regras, o aperfeiçoamento dos instrumentos de gestão, a mitigação de riscos e a transparência no uso dos recursos. O paralelo tem limites, porque defesa e saúde funcionam com lógicas distintas, mas sugere que um controle feito durante a execução, e não só depois dela, ajuda a melhorar os instrumentos de um programa ainda em formação.

Há, porém, um limite a respeitar. Cabral (2021) chama de ativismo de contas o comportamento de tribunais que, a pretexto de controlar políticas públicas, exercem atribuições em desacordo com o texto constitucional e legal, e conclui que várias deliberações do TCU se enquadram nesse conceito. Para o tema deste artigo, a observação delimita o papel adequado do controle. Cabe a ele verificar se o programa entrega o que se propôs, com as medidas que a própria política definiu. Não cabe a ele substituir o gestor na escolha entre comprar oferta privada e expandir a rede pública, que pertence à política de saúde e às instâncias de pactuação.

O eixo do controle chega, assim, a um resultado modesto e preciso. Até o corte da coleta, o material verificável não traz achado de fiscalização sobre o próprio programa. Traz as competências

que permitem esse controle, o exemplo de uma auditoria que mediu a distância entre decisão e acesso e a advertência de que a verificação depende de medidas definidas antes da execução.

6 A REDE PRIVADA COMO ESTRATÉGIA DE AMPLIAÇÃO DA OFERTA

A contratação da rede privada é admitida pela lei em caráter complementar e oferece velocidade. Os estudos documentam riscos, mas eles estão menos na natureza do prestador e mais na governança do contrato e na distribuição da oferta.

6.1 COMPLEMENTARIDADE EM DISPUTA

O ponto de partida é normativo. A Lei nº 8.080/1990 estabelece que "a iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde - SUS, em caráter complementar" (Brasil, 1990, art. 4º, § 2º). Determina também que os serviços privados contratados ou conveniados que integram o SUS obedeçam aos mesmos princípios de universalidade, integralidade e igualdade da assistência (art. 7º). E exige que as ações executadas com participação privada complementar se organizem de forma regionalizada e hierarquizada (art. 8º). O Decreto nº 7.508/2011, por sua vez, estabeleceu que o planejamento considere os serviços prestados pela iniciativa privada, complementares ou não ao SUS, e que eles componham os Mapas da Saúde (Brasil, 2011, art. 16). Na letra da lei, a complementaridade é uma relação de posição: o setor privado completa a rede pública, e não o contrário.

Estudos com dados de produção indicam que essa relação já se invertera em alguns segmentos antes do programa. Straub *et al.* (2021) analisaram a atenção ambulatorial especializada no Paraná de 1995 a 2015, com dados do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA). A participação privada ficou, em geral, abaixo da metade na média complexidade e acima dela na alta complexidade, e o grau de privatização no estado foi consideravelmente maior que o nacional. Em vários serviços, concluem os autores, o setor público passou a complementar o privado.

Ao examinar cinco anos de gastos públicos com serviços hospitalares, Pereira (2020) encontrou mais investimento em produção hospitalar destinado a entidades privadas sem fins lucrativos do que às administrações direta e indireta de todos os entes. A autora associou a menor participação da gestão nacional na prestação direta a uma maior compra de serviços privados, com desequilíbrio na distribuição de leitos e prejuízo à igualdade de acesso. Em Petrópolis, Stuckenbruck (2022) identificou que a falta de planejamento e de organização da rede pública funcionava como incentivo à expansão do setor privado.

Esses três estudos não tratam do Agora Tem Especialistas e não medem o seu efeito. Mostram a base sobre a qual o programa atua: uma oferta especializada em que a rede privada já ocupa parcela

relevante, sobretudo na alta complexidade. Sobre essa base, uma compra federal de serviços privados amplia a oferta, e o seu sentido para a complementaridade depende de onde a compra acontece e de quanto ela pesa diante da capacidade pública da região.

É nesse ponto que a divergência entre Costa *et al.* (2026) e Afonso *et al.* (2026), apresentada na introdução, ganha conteúdo. Costa *et al.* (2026) argumentam que o programa não se confunde com o universalismo privatizante: ele busca mais recursos para o SUS, procura reduzir disparidades no acesso e põe o setor privado a serviço da população sem transferir a ele responsabilidades públicas. Afonso *et al.* (2026), ao contrário, sustentam que, ao priorizar a contratação de serviços, o governo deixou de investir na estruturação da rede pública, na formação de especialistas vinculados ao SUS e na integração entre os níveis de atenção. Para essas autoras, as parcerias, em muitos casos, não melhoram de modo significativo a qualidade dos serviços nem as condições de trabalho.

As duas posições partem de referenciais diferentes. Uma olha para a forma como a universalidade é alcançada; a outra, para a disputa pelo fundo público. Por isso, não se refutam com o mesmo dado. O que as aproxima é o reconhecimento, explícito em Costa *et al.* (2026), de que os resultados do programa sobre as desigualdades entre regiões e entre os segmentos público e privado ainda precisam ser monitorados.

6.2 POR QUE CONTRATAR E O QUE O CONTRATO PRECISA ENXERGAR

A velocidade é uma razão concreta para recorrer à rede privada. Num município de cerca de 100 mil habitantes do Sudeste, Pan (2022) comparou a contratação de pessoal numa instituição pública e numa privada: foram 423 dias no setor público contra 58 no privado, um tempo 7,3 vezes maior. O estudo trata de um único município e de contratação de pessoas, não de compra de serviços. Ainda assim, mostra que o setor privado, naquele caso, mobilizou pessoal em prazo muito menor. Este artigo levanta a hipótese, não testada pelo estudo, de que diferença semelhante de velocidade ajude a explicar por que um programa que precisa reduzir a espera em prazo determinado recorre a quem já tem equipe e estrutura funcionando.

O risco está na distância entre o contrato e a necessidade do território. Santos *et al.* (2018) analisaram contratos e relatórios de gestão de hospitais do SUS geridos por organizações sociais na Bahia. Os orçamentos tinham uma parte fixa e outra variável, condicionada ao desempenho. Mas a correlação entre as metas contratuais e as necessidades de saúde do território era baixa, e a metodologia de monitoramento era notavelmente frágil, com indicadores insuficientes e análise crítica incipiente do desempenho. Os autores concluem que o modelo foi implantado sem que o monitoramento fosse aperfeiçoado ao mesmo tempo. A lição vale para o programa, com cautela: um contrato que remunera

produção sem estar ancorado no estoque e no tempo de espera do território reproduz, na contratação, o problema do numerador sem denominador discutido na seção 4.1.

A evidência sobre qualidade, porém, não autoriza supor que o prestador privado contratado pelo SUS ofereça cuidado pior, e um estudo próximo aponta em sentido contrário. Portela *et al.* (2023) analisaram 1.615.428 internações de adultos por COVID-19 no Brasil, de fevereiro de 2020 a dezembro de 2022, e compararam a mortalidade hospitalar entre seis tipos de hospital. Em relação aos hospitais públicos do SUS, as chances de morte foram 11% menores nos filantrópicos do SUS e 43% menores nos privados do SUS. Os autores atribuem a maior mortalidade nos hospitais públicos do SUS tanto ao perfil mais vulnerável dos pacientes quanto a problemas na qualidade da assistência, e registram que o SUS respondeu por mais de 70% dessas internações. Eles próprios formulam o problema assim: "The lower performance of the SUS, which covered more than 70% of the COVID-19 hospitalizations and ordinarily also provides healthcare to the majority of the Brazilian population exclusively reliant on it, represents a major issue that must be addressed" (Portela *et al.*, 2023).

O estudo trata de internações por uma doença aguda durante uma emergência sanitária, e não de atenção especializada eletiva, e os autores admitem a dificuldade de separar a qualidade do hospital do perfil dos pacientes. Mesmo assim, ele impede que a análise do programa trate a contratação privada, por si só, como sinônimo de cuidado pior. A conclusão que os autores tiram dele é a necessidade de investir no sistema público, e não a de evitar o prestador privado.

O estudo de Arruda (2019) aponta um risco de outra natureza, o da igualdade. No serviço de câncer de mama examinado, regulado pela gestão municipal do SUS, ter plano privado facilitava o acesso. O achado não envolve o programa, mas toca numa questão que surge diretamente quando se contratam hospitais que atendem, ao mesmo tempo, usuários do SUS e clientes de planos. O art. 7º, inciso IV, da Lei nº 8.080/1990 exige igualdade da assistência, sem privilégios de qualquer espécie, inclusive nos serviços contratados. Verificar essa igualdade exige que o contrato registre quem foi atendido, quando e depois de quanto tempo de espera.

A temporariedade prevista no § 4º do art. 16 acrescenta um último limite. Uma compra por tempo determinado reduz o estoque enquanto dura; se a capacidade instalada da região não crescer, os novos encaminhamentos voltam a formar fila quando a compra termina. Essa é uma leitura deste artigo, e não um achado das fontes, mas ela se apoia em dois pontos que as fontes registram. A formação de profissionais aparece entre as inovações da política (Carvalho *et al.*, 2026), e a crítica de Afonso *et al.* (2026) recai justamente sobre a substituição do investimento na rede pública e na formação de especialistas pela contratação.

A Tabela 3 reúne os achados sobre a relação público-privada usados nesta seção.

Tabela 3. Achados de estudos brasileiros sobre a relação público-privada na oferta do SUS

Estudo	Recorte e método	Achado principal
Straub et al. (2021)	Paraná e Brasil, 1995 a 2015, dados do SIA	Participação privada, em geral, abaixo da metade na média complexidade e acima dela na alta; no Paraná, grau de privatização maior que o nacional
Pereira (2020)	Gastos públicos com serviços hospitalares em cinco anos	Entidades sem fins lucrativos com mais investimento em produção hospitalar que as administrações direta e indireta; desequilíbrio na distribuição de leitos
Stuckenbruck (2022)	Rede SUS de Petrópolis (RJ), entrevistas e cálculos estatísticos simples	Falta de planejamento da rede pública facilita a expansão privada
Santos et al. (2018)	Hospitais geridos por organizações sociais na Bahia, contratos e relatórios	Baixa correlação entre metas contratuais e necessidades do território; monitoramento frágil
Portela et al. (2023)	1.615.428 internações por COVID-19, 2020 a 2022	Em comparação com públicos do SUS, chances de morte 11% menores em filantrópicos do SUS e 43% menores em privados do SUS
Pan (2022)	Contratação de pessoal num município de 100 mil habitantes do Sudeste	423 dias no setor público e 58 no privado
Costa et al. (2026)	Análise do programa à luz do universalismo privatizante	O programa não configura universalismo privatizante; resultados exigem monitoramento
Afonso et al. (2026)	Revisão e pesquisa documental sobre a posição da Frente Nacional contra a Privatização da Saúde	Parcerias expressam transferência de fundo público ao setor privado, na ótica da Frente

Fonte: elaborado com base em Straub *et al.* (2021), Pereira (2020), Stuckenbruck (2022), Santos *et al.* (2018), Portela *et al.* (2023), Pan (2022), Costa *et al.* (2026) e Afonso *et al.* (2026).

Lida em conjunto, a tabela mostra que os riscos documentados se concentram na governança, no planejamento e na distribuição da oferta. Ao mesmo tempo, o único estudo com desfecho clínico comparável, o de Portela *et al.* (2023), restringe-se a internações por COVID-19 e não alcança a atenção especializada eletiva, mas basta para impedir que se presuma cuidado pior no prestador privado contratado pelo SUS. Os estudos reunidos, portanto, não sustentam atribuir esses riscos à natureza privada de quem presta o serviço. O risco é contratar sem metas ligadas ao território, sem monitoramento e sem registros que permitam conferir a igualdade de acesso e o tempo de espera.

7 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A pergunta deste artigo recebe uma resposta em duas partes.

A primeira é que a evidência disponível até 16 de outubro de 2026 não permite dizer em que medida o Agora Tem Especialistas reduziu as filas da atenção especializada no SUS. O confronto previsto no objetivo, entre os resultados parciais do governo e os achados de fiscalização do TCU, não pôde ser feito porque, até essa data, o governo federal não havia divulgado balanço do programa com o estoque da fila e o denominador sobre o qual a redução seria calculada, e o TCU não havia publicado achado de fiscalização sobre o programa. Além disso, a infraestrutura de informação em que ambos se

apoiariam tem limites documentados (Medici, 2025; Silva *et al.*, 2026). Esse é um resultado sobre a verificabilidade dos efeitos, e não um julgamento negativo do programa.

A segunda é que a evidência permite dizer sob quais condições uma redução se torna demonstrável. A Tabela 4 organiza essas condições pelos três eixos da análise.

Tabela 4. Matriz de verificação das afirmações sobre redução das filas, por eixo de análise

Eixo	**Pergunta orientadora**	**O que as normas estabelecem**	**O que os estudos mostram**	**Condição para verificar**
Resultados	O que conta como redução da fila?	Acesso ordenado por risco e critério cronológico; Ministério da Saúde define indicadores nacionais de acesso (Decreto nº 7.508/2011, arts. 11 e 35, § 1º)	Sistemas fragmentados e sem identificador único (Medici, 2025); a redução medida em Criciúma veio da reorganização da demanda (Petrolini et al., 2025)	Estoque e tempo de espera por pessoa, com identificador único e série estável
Controle	Quem confere, e com que achados?	Acompanhamento, auditoria e comunicação aos órgãos de controle (Lei nº 8.080/1990, art. 16, incisos XVII e XIX; Decreto nº 7.508/2011, art. 42)	Auditoria do TCU mediu o atraso entre decisão e oferta (Nonato et al., 2026); risco de controle além da competência (Cabral, 2021)	Limiar de "grande tempo de espera" definido antes da execução e data de registro comparável
Relação público-privada	Em que termos a rede privada entra, e com que riscos?	Participação complementar, mesmos princípios e regionalização (Lei nº 8.080/1990, arts. 4º, § 2º, 7º e 8º); atuação federal por tempo determinado (art. 16, § 4º)	Inversão da complementaridade (Straub et al., 2021); metas desligadas do território (Santos et al., 2018); menor mortalidade em privados do SUS (Portela et al., 2023)	Metas contratuais ligadas ao estoque regional, registro de quem é atendido e plano para o fim do prazo

Fonte: elaborado com base em Brasil (1990), Brasil (2011), Medici (2025), Petrolini *et al.* (2025), Nonato *et al.* (2026), Cabral (2021), Straub *et al.* (2021), Santos *et al.* (2018) e Portela *et al.* (2023).

Lida linha a linha, a matriz mostra que, em cada eixo, falta um elo entre o que a norma estabelece e o que seria preciso para conferir o resultado. No eixo de resultados, o decreto ordena a fila e entrega ao Ministério da Saúde a definição de indicadores de acesso, mas, como mostrou a seção 4.1, os sistemas ainda não sustentam uma série nacional por pessoa. No eixo de controle, a lei articula controle interno e externo, mas a condição do § 4º não tem limiar fixado. No eixo público-privado, a lei define a posição complementar da rede contratada, mas os estudos mostram que essa posição já se invertera em alguns segmentos antes do programa.

Esses resultados dialogam com as leituras já publicadas sobre o programa. Carvalho *et al.* (2026) interpretam o Agora Tem Especialistas como parte da retomada da coordenação federal, e a análise feita aqui não contraria essa leitura. Acrescenta que, para se completar, a coordenação nacional precisa da régua comum de medida que o art. 35, § 1º, do Decreto nº 7.508/2011 já atribui ao Ministério da Saúde.

A divergência entre Costa *et al.* (2026) e Afonso *et al.* (2026) também ganha outra dimensão. As duas análises discutem o sentido do programa para a relação entre público e privado, e ambas dependem, para se confirmar no plano dos resultados, de uma medida da fila sob o programa que ainda não está disponível. O debate que Carmo (2017) descrevia como dominado pela regulação burocrática e pela gestão de filas volta, assim, ao centro da política, agora com a espera convertida em fundamento legal da ação federal.

O achado mais favorável a uma via de redução, o de Criciúma, precisa ser lido sem exagero. A queda de 93,3% no estoque combinou dois movimentos: a resolução na APS de 72,4% dos casos levados à teleconsultoria e o atendimento dos que seguiram para o especialista (Petrolini *et al.*, 2025). O primeiro movimento reduz a fila porque deixa de alimentá-la, e não porque amplia a oferta especializada. Diante de uma estratégia baseada na compra de oferta, a redução de Criciúma é um efeito de outra natureza, e um programa centrado na contratação não a reproduz automaticamente. A convergência com Silva *et al.* (2026) e Louvison *et al.* (2026), que associam melhores resultados à regulação integrada e ao acolhimento na APS, reforça que a porta de entrada da fila é parte da solução.

A evidência que contraria a leitura mais crítica da contratação privada também precisa ser registrada com o seu peso. Portela *et al.* (2023) mostraram que, nas internações por COVID-19, hospitais privados e filantrópicos que atendiam ao SUS tiveram chances de morte menores que os hospitais públicos do SUS. Costa *et al.* (2026), por sua vez, argumentam que o programa põe o setor privado a serviço da população sem lhe transferir responsabilidades públicas. O estudo de Portela *et al.* (2023) oferece um dado empírico, restrito à mortalidade nas internações por COVID-19, enquanto o de Costa *et al.* (2026) apresenta um argumento sobre o desenho do programa e a repartição de responsabilidades; juntos, não sustentam situar o risco na natureza privada do prestador. O que os estudos sustentam como risco é outra coisa: metas contratuais desligadas das necessidades do território e monitoramento frágil (Santos *et al.*, 2018), inversão da complementaridade na alta complexidade (Straub *et al.*, 2021) e desequilíbrio na distribuição de leitos (Pereira, 2020).

Desses resultados decorrem três consequências.

A primeira é que a medida de sucesso do programa precisa ser o tempo de espera por pessoa e o estoque regional da fila, registrados com identificador único e acompanhados em série estável, e não o volume de procedimentos realizados. O instrumento normativo para isso existe, porque o decreto atribuiu ao Ministério da Saúde a definição de indicadores nacionais de garantia de acesso. O que falta é a infraestrutura de informação descrita por Medici (2025).

A segunda é que a contratação da rede privada, para cumprir o caráter complementar exigido pela lei, precisa de três elementos: metas ancoradas no estoque e no tempo de espera do território,

registros que permitam conferir a igualdade de acesso e um plano para o fim do tempo determinado previsto no § 4º. A experiência baiana mostrou o custo de implantar o modelo de contratação antes do monitoramento (Santos *et al.*, 2018).

A terceira é que o controle externo sobre o programa ganharia em precisão se adotasse o desenho que a auditoria sobre tecnologias incorporadas já aplicou: medir o intervalo entre a decisão e o acesso e a sua distribuição entre as unidades federativas (Nonato *et al.*, 2026). Para isso, o limiar de espera precisa estar definido antes da execução, e o controle precisa respeitar as escolhas que cabem à política de saúde (Cabral, 2021).

8 CONCLUSÃO

O artigo partiu da dúvida de quem espera uma consulta especializada e a transformou numa pergunta sobre o Agora Tem Especialistas: em que medida o programa reduziu as filas da atenção especializada no SUS, quando os resultados do governo são confrontados com a fiscalização do TCU, e que limites e riscos traz a contratação da rede privada. Para responder, o percurso passou pelo desenho normativo, pela medição das filas, pelo controle externo e pela relação público-privada.

A resposta é que, até o corte da coleta, a magnitude da redução atribuível ao programa não é verificável. O § 4º do art. 16 da Lei nº 8.080/1990 fez do grande tempo de espera um fundamento para a atuação direta e temporária da União. Mas o regulamento examinado ordena a fila sem fixar padrão de tempo, os sistemas de informação não sustentam uma série nacional por pessoa, e, até o corte da coleta, não havia balanço oficial do programa com denominador nem fiscalização do TCU sobre ele.

As experiências locais mostram que reduções expressivas são mensuráveis quando o município registra estoque e tempo, e a mais bem documentada delas veio da reorganização da demanda. A contratação privada é admitida em caráter complementar. Os riscos documentados estão no contrato, no monitoramento e na distribuição da oferta, e o único estudo de desfecho clínico disponível, sobre internações por COVID-19, não permite tratar o prestador privado contratado pelo SUS como sinônimo de cuidado pior, mas tampouco autoriza conclusões sobre a atenção especializada eletiva, já que não separa qualidade do cuidado e perfil dos pacientes. O objetivo foi cumprido na parte que dependia de normas e estudos. Na parte que dependia de documentos de governo e de fiscalização, ainda indisponíveis em forma verificável, foi cumprido apenas parcialmente.

O estudo não alcança o efeito do programa sobre as filas reais, porque não dispôs de séries oficiais nem de documentos de fiscalização sobre ele. Os números de espera que discute vêm de recortes locais, de períodos diferentes e anteriores ao programa, que não se somam nem se generalizam para o país. Parte dos estudos foi consultada apenas pelo resumo, e algumas bases nacionais e

internacionais de saúde ficaram fora do levantamento. Com fiscalizações do TCU sobre o programa e séries oficiais com estoque e tempo de espera por pessoa, o passo seguinte é comparar regiões com e sem contratação federal.

A contribuição do artigo é uma matriz que liga cada afirmação sobre a redução das filas às condições normativas e empíricas para verificá-la, deslocando o debate sobre o programa da natureza do prestador para a verificabilidade dos seus efeitos.

REFERÊNCIAS

AFONSO, Gabriella Coutinho; SOUZA, Rodriane de Oliveira; BRAVO, Maria Inês de Souza. Frente nacional contra a privatização da saúde em defesa do SUS. Crítica Revolucionária, v. 5, e024, 2026. DOI: 10.14295/2764-4979-rc_cr.2025.v5.184. Disponível em: https://doi.org/10.14295/2764-4979-rc_cr.2025.v5.184. Acesso em: 16 out. 2026.

ALBUQUERQUE, Francisca Eridan Fonteles; MOREIRA, Thereza Maria Magalhães. Plano de intervenção para garantia do acesso à atenção especializada no município de Aquiraz. Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR, v. 28, n. 2, 2024. DOI: 10.25110/arqsaude.v28i2.2024-11113. Disponível em: https://doi.org/10.25110/arqsaude.v28i2.2024-11113. Acesso em: 16 out. 2026.

ALMEIDA, Carlos Wellington Leite de. TCU e PROSUB. Revista da EGN, v. 28, n. 1, p. 129-156, 2022. Disponível em: https://www.portaldeperiodicos.marinha.mil.br/index.php/revistadaegn/article/view/4152. Acesso em: 16 out. 2026.

ARRUDA, Luan Cuiabano. Acesso à atenção especializada: câncer de mama como condição traçadora. 2019. Tese ou dissertação - Universidade de São Paulo (USP), 2019. Disponível em: https://bdtd.ibict.br/vufind/Record/USP_7186c4e0e580707aea738315df7794f1. Acesso em: 16 out. 2026.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, 20 set. 1990, p. 18055. Disponível em: https://normas.leg.br/?urn=urn:lex:br:federal:lei:1990-09-19;8080. Acesso em: 16 out. 2026.

BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União, 29 jun. 2011, p. 1. Disponível em: https://normas.leg.br/?urn=urn:lex:br:federal:decreto:2011-06-28;7508. Acesso em: 16 out. 2026.

BRASIL. Lei nº 14.133, de 1º de abril de 2021. Lei de Licitações e Contratos Administrativos. Diário Oficial da União, Edição Extra, n. 61-F, 1 abr. 2021, p. 1. Disponível em: https://normas.leg.br/?urn=urn:lex:br:federal:lei:2021-04-01;14133. Acesso em: 16 out. 2026.

CABRAL, Flávio Garcia. O ativismo de contas do Tribunal de Contas da União (TCU). Revista de Direito Administrativo e Infraestrutura - RDAI, v. 5, n. 16, p. 215-257, 2021. DOI: 10.48143/rdai.16.fgc. Disponível em: https://doi.org/10.48143/rdai.16.fgc. Acesso em: 16 out. 2026.

CABRAL, Flávio Garcia; CABRAL, Dafne Reichel. O Tribunal de Contas da União (TCU) e seu papel para uma accountability horizontal efetiva. Revista de Direito Administrativo e Infraestrutura - RDAI, v. 2, n. 6, p. 143-164, 2018. DOI: 10.48143/rdai/06.fgc. Disponível em: https://doi.org/10.48143/rdai/06.fgc. Acesso em: 16 out. 2026.

CARMO, Débora do. Atenção especializada no SUS: da máquina de produção de procedimentos a uma rede de produção de cuidados. 2017. Tese ou dissertação - Universidade de São Paulo (USP), 2017. Disponível em: https://bdtd.ibict.br/vufind/Record/USP_f99d654c1e65656e73c98c56cb99c2c6. Acesso em: 16 out. 2026.

CARVALHO, André Luis Bonifácio de; OUVERNEY, Assis Luiz Mafort; ANDRADE, Edjavane da Rocha Rodrigues de; SANTOS, Juliana Terribili Novaes. Análise da nova política de atenção especializada: mudança no papel federativo do Ministério da Saúde? Saúde em Debate, v. 50, n. spe3, 2026. DOI: 10.1590/2358-28982026e311079p. Disponível em: https://doi.org/10.1590/2358-28982026e311079p. Acesso em: 16 out. 2026.

COSTA, Danielle Conte Alves Riani; BAHIA, Ligia; COSTA, José Felipe Riani; COSTA, José Luiz Riani. Universalismo Privatizante no sistema de saúde brasileiro e o Programa Agora Tem Especialistas. Cadernos de Saúde Pública, v. 42, 2026. DOI: 10.1590/0102-311xpt244725. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0102-311xpt244725. Acesso em: 16 out. 2026.

LOUVISON, Marilia Cristina Prado; CHIORO, Arthur; GIANNOTTI, Elaine Maria. Acesso à Atenção Especializada no SUS: desafios para a implantação de dispositivos regulatórios produtores do cuidado. Saúde e Sociedade, v. 35, n. 1, 2026. DOI: 10.1590/s0104-12902026240665pt. Disponível em: https://doi.org/10.1590/s0104-12902026240665pt. Acesso em: 16 out. 2026.

MEDICI, André. Mensuração da fila de cirurgias eletivas no SUS: limites analíticos. Revista Científica Acertte, v. 5, n. 12, e512288, 2025. DOI: 10.63026/acertte.v5i12.288. Disponível em: https://doi.org/10.63026/acertte.v5i12.288. Acesso em: 16 out. 2026.

NONATO, Ísis Nalin Fernandes; KAWAKAM, Daniele Yukari; GOMES, Karen Kariny; FATTORI, Nadya Lie; MELO, Daniela Oliveira de; STEIN, Airton Tetelbom. PE-057 Da incorporação ao acesso real: atraso na dispensação e inequidades territoriais de medicamentos incorporados ao SUS (2024-2025). Jornal de Assistência Farmacêutica e Farmacoeconomia, v. 11, n. s.4, 2026. DOI: 10.22563/2525-7323.2026.v11.e00549. Disponível em: https://doi.org/10.22563/2525-7323.2026.v11.e00549. Acesso em: 16 out. 2026.

OLIVEIRA, Ana Lúcia Santos de; VILELA, Alba Benemérita Alves. Integralidade da assistência e o acesso ao serviço especializado de pessoas em condições crônicas: proposta de fluxograma descritivo. Cadernos Cajuína, v. 11, n. 12, 2026. DOI: 10.52641/cadcajv11i12.4199. Disponível em: https://doi.org/10.52641/cadcajv11i12.4199. Acesso em: 16 out. 2026.

OLIVEIRA, Camila Ravena de; SILVA, Gabriel Guedes da; LIMA, Luciana Moura Mendes de. A programação da atenção especializada em saúde como instrumento de gestão no SUS. Revista Interagir, n. 132, p. 23-25, 2026. DOI: 10.12662/1809-5771ri.132.6019.p23-25.2026. Disponível em: https://doi.org/10.12662/1809-5771ri.132.6019.p23-25.2026. Acesso em: 16 out. 2026.

PAN, Letícia Chun Pei. Gestão de pessoas: o processo de contratação de profissionais no segmento da saúde pública e privada. Concilium, v. 22, n. 6, p. 517-528, 2022. DOI: 10.53660/clm-557-639. Disponível em: https://doi.org/10.53660/clm-557-639. Acesso em: 16 out. 2026.

PEREIRA, Fabrícia Helena Linhares Coelho da Silva. Um olhar crítico à descentralização de serviços públicos de saúde em atenção hospitalar. Revista de Direito Sanitário, v. 20, n. 3, 2020. Disponível em: https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/180248. Acesso em: 16 out. 2026.

PETROLINI, Rafaela Souza; ARAÚJO, Maria Fernanda; ALVES, Larissa; SALIB, Eliane das Graças Camargo dos Santos; MAEYAMA, Marcos Aurélio; MACHADO, Patrícia Maria de Oliveira; BOING, Antônio Fernando. Teleconsultations in the management of waiting lists for medical specialties: experience report from Southern Brazil. Saúde em Debate, v. 49, 2025. Disponível em: https://www.saudeemdebate.org.br/sed/article/view/10012. Acesso em: 16 out. 2026.

PINTO, Hêider; MAGALHÃES JÚNIOR, Helvécio Miranda. Jornada do SUS na busca da integralidade: panorama das políticas para atenção primária e especializada. Revista Baiana de Saúde Pública, v. 49, n. 1, 2025. DOI: 10.22278/2318-2660.2025.v49.n1.a4576. Disponível em: https://doi.org/10.22278/2318-2660.2025.v49.n1.a4576. Acesso em: 16 out. 2026.

PORTELA, Margareth Crisóstomo; MARTINS, Mônica; LIMA, Sheyla Maria Lemos; ANDRADE, Carla Lourenço Tavares de; PEREIRA, Claudia Cristina de Aguiar. COVID-19 inpatient mortality in Brazil from 2020 to 2022: a cross-sectional overview study based on secondary data. International Journal for Equity in Health, v. 22, n. 1, p. 1-18, 2023. DOI: 10.1186/s12939-023-02037-8. Disponível em: https://doi.org/10.1186/s12939-023-02037-8. Acesso em: 16 out. 2026.

SANTOS, Thadeu Borges Souza; SOUZA, Jéssica Santos de; MARTINS, Juliete Sales; ROSADO, Lilian Barbosa; PINTO, Isabela Cardoso de Matos. Indirect management in hospital care: analysis of contractualisation by outsourcing of SUS hospitals. Saúde em Debate, v. 42, p. 247-261, 2018. Disponível em: https://www.saudeemdebate.org.br/sed/article/view/931. Acesso em: 16 out. 2026.

SILVA, Thais Barros Zanette da; TEIXEIRA, Jozinélio Severino; SALGADO, Carlos Amilcar; CAMILO, Luciano de Paula; FORTALEZA, Claudilene Sousa; AMORIM, Fábio Ferreira; GÖTTEMS, Leila Bernarda Donato. Acesso à atenção ambulatorial especializada: análise da regulação em cenários brasileiros. Revista de Saúde Pública, v. 60, e19, 2026. DOI: 10.11606/s1518-8787.2026060007411. Disponível em: https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2026060007411. Acesso em: 16 out. 2026.

SOUZA, Katheryne Tolentino de. Cirurgias eletivas na Macrorregião Norte de Minas Gerais: um estudo sobre as filas de espera. 2023. Tese ou dissertação - Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM), 2023. Disponível em: https://acervo.ufvjm.edu.br/items/0082ffe3-c2ba-46df-924d-291853320127. Acesso em: 16 out. 2026.

SOUZA JUNIOR, Mauro de; SILVA, Marcia Zanievicz. Gestão pública estadual: percepção dos gestores sobre a qualidade dos controles internos. Revista Catarinense da Ciência Contábil, v. 15, n. 46, p. 47-60, 2016. DOI: 10.16930/2237-7662/rccc.v15n46p47-60. Disponível em: https://doi.org/10.16930/2237-7662/rccc.v15n46p47-60. Acesso em: 16 out. 2026.

STRAUB, Michele; GOMES, Rogerio Miranda; ALBUQUERQUE, Guilherme Souza Cavalcanti de. O conflito público-privado no SUS: a atenção ambulatorial especializada no Paraná. Saúde em Debate, v. 45, n. 131, p. 1033-1048, 2021. DOI: 10.1590/0103-1104202113107. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0103-1104202113107. Acesso em: 16 out. 2026.

STUCKENBRUCK, Nívia Rodrigues. Interesses públicos e privados na rede SUS de Petrópolis. 2022. Tese ou dissertação - Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), 2022. Disponível em: http://www.bdtd.uerj.br/handle/1/19444. Acesso em: 16 out. 2026.