

Análise da nova política de atenção especializada: mudança no papel federativo do Ministério da Saúde?

Analysis of the new specialized care policy: A change in the federative role of the Ministry of Health?

André Luis Bonifácio de Carvalho¹, Assis Luiz Mafort Ouverney^{2,3}, Edjavane da Rocha Rodrigues de Andrade¹, Juliana Terribili Novaes Santos¹

DOI: 10.1590/2358-28982026E311079P

RESUMO O artigo analisa a recente política do Ministério da Saúde para a atenção especializada no Sistema Único de Saúde (SUS), destacando seus impactos sobre o pacto federativo. A discussão parte da trajetória internacional e nacional de reformas em saúde, enfatizando a necessidade de integração, coordenação e fortalecimento da governança federal. No caso brasileiro, após um período de enfraquecimento das estruturas federais, observa-se a retomada do protagonismo do Ministério da Saúde com a criação da Política Nacional de Atenção Especializada, do Programa Mais Acesso a Especialistas e, posteriormente, do Programa Agora Tem Especialistas. Essas iniciativas introduzem inovações no financiamento, na regulação, na formação de profissionais, no uso de tecnologias digitais, na organização das redes de atenção e na ampliação da oferta de serviços, inclusive por meio de novas prerrogativas de atuação direta da União. Conclui-se que tais estratégias representam ações de retomada paulatina das capacidades de coordenação federativa do Ministério da Saúde, esvaziadas na última década. Assim, aos poucos, o Ministério da Saúde amplia suas estratégias de indução de políticas e programas setoriais, em parceria com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, recompondo seu papel de coordenador nacional do SUS.

PALAVRAS-CHAVE Atenção especializada. Federalismo. Ministério da Saúde. Governança em saúde. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT This article analyzes the Ministry of Health's recent policy on specialized care in the Unified Health System (SUS), highlighting its impact on Brazil's federative pact. The discussion begins with the international and national trajectory of health reforms, emphasizing the need for integration, coordination, and strengthening of federal governance. In the Brazilian case, following a period of weakening federal institutional capacity, the Ministry of Health has regained its leading role with the creation of the National Specialized Care Policy, the More Access to Specialists Program, and later the Now There Are Specialists Program. These initiatives introduce innovations in financing arrangements, regulation instruments, professional training, the use of digital technologies, the organization of care networks, and the expansion of service provision, including new prerogatives for direct federal action. The analysis concludes that these strategies represent a gradual effort to restore the Ministry of Health's capacity for federative coordination, which had been eroded over the past decade. Through incremental expansion of policy- and program-inducing mechanisms, developed in partnership with the National Council of Health Secretariats and the National Council of Municipal Health Secretariats, the Ministry progressively reconstitutes its role as the national coordinator of the SUS.

KEYWORDS Specialized care. Federalism. Ministry of Health. Health governance. Unified Health System.

¹Ministério da Saúde (MS), Departamento de Gestão Interfederativa e Participativa (DGIP) – Brasília (DF), Brasil. edjavane@gmail.com

²Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

³Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Centro de Estudos Estratégicos Antonio Ivo de Carvalho (CEE) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

O contexto atual de reformas dos sistemas de saúde: a governança nacional como agenda prioritária

Os sistemas de saúde têm experimentado expressivas transformações nas últimas três décadas, impondo desafios significativos aos padrões de organização historicamente construídos. No contexto internacional, as reformas dos sistemas de saúde, nos anos 1980 e 1990, motivadas por ajustes macroeconômicos, enfatizaram elementos de mercado, conformando novos formatos caracterizados pela separação das funções de organização, financiamento e provisão, com a introdução de mecanismos de competitividade entre provedores (mercados internos), descentralização e delegação, liberdade de escolha aos consumidores, o uso de copagamentos para racionalizar despesas, a redução de leitos e a ampliação da taxa de uso, entre outros^{1,2}.

Apesar do uso expressivo de mecanismos regulatórios diversos, esse processo, após duas décadas de implementação, intensificou diversas características indesejadas, verificadas em vários países, como a fragmentação da rede de prestadores, a insuficiência de continuidade do cuidado, a incapacidade de conter a elevação de custos, a perda de capacidade de planejamento, a focalização de políticas e programas, o crescimento do asseguração individual, a redução do volume de investimentos de expansão da rede, entre outras.

Em resposta, a partir dos anos 2000, a ideia de integração dos sistemas de saúde tornou-se fundamental para orientar as novas estratégias de reformas institucionais no setor saúde³⁻⁵. Nessa concepção, tornou-se essencial recuperar o caráter unificado dos sistemas de saúde, buscando fortalecer a lógica de redes regionalizadas de atenção à saúde, capazes de coordenar uma oferta ampla e articulada de ações e serviços de saúde, de diversas densidades tecnológicas, a partir da centralidade

da atenção primária como porta de entrada e coordenadora dos demais níveis de atenção, com o objetivo de garantir a longitudinalidade do cuidado⁶.

Nessa agenda, a integração do cuidado requer que as estruturas de provisão estejam minimamente articuladas em termos logísticos, financeiros e institucionais, o que valoriza a unificação das funções existentes em sistemas públicos de saúde, fundamentados em decisões conjuntas, mecanismos de coordenação central ou regional, planejamento compartilhado, alocação global per capita de recursos, entre outras estratégias.

A crise econômica de 2008 e as consequentes pressões fiscais e orçamentárias reforçaram a valorização do caráter público e unificado dos sistemas de saúde, porém reintroduziram a preocupação com a sustentabilidade financeira dos sistemas de saúde e a necessidade de buscar novas fontes sustentáveis de financiamento, conter custos, ampliar a qualidade dos serviços, produzir ganhos de eficiência no uso de recursos, racionalizar estruturas administrativas, entre outras⁷.

Em consequência, desde então, tem sido constante, nos países com sistemas de saúde mais consolidados, em especial no campo da atenção especializada, a necessidade de introduzir reformas microinstitucionais, de diversas naturezas, capazes de garantir, minimamente, a estabilidade financeira e lidar com os grandes desafios estruturais dos sistemas de saúde, sem comprometer a capacidade de prover uma pauta de ações e serviços de saúde que garanta os princípios da universalidade, da integralidade e da equidade⁸.

Entre esses grandes desafios, encontram-se tanto questões já clássicas, como a transição epidemiológica, as doenças crônicas, os custos crescentes, a fragmentação da rede de serviços especializados e a formação de recursos humanos quanto às emergentes, como a revolução tecnológica 4.0 e a saúde digital, os impactos ambientais e as novas emergências sanitárias globais, o *home working* e a saúde mental, entre outros.

Finalmente, a pandemia da covid-19 mostrou, com evidências de vários países, que a compatibilização desses objetivos complexos, que requerem uma agenda de médio e longo prazo, exige a recomposição das prerrogativas e dos instrumentos de coordenação nacional dos sistemas de saúde, bem como a cooperação com atores e instituições comprometidos com um projeto de inclusão e bem-estar social. Enfrentar as novas emergências sanitárias e os desafios tradicionais dos sistemas de saúde requer o fortalecimento da capacidade de governança federal para a definição e a implementação de uma agenda de reformas microinstitucionais de efetividade e eficiência⁹⁻¹¹.

Nessa agenda mais recente dos sistemas de saúde, o fortalecimento da capacidade de governança federal dos sistemas de saúde^{9,12} passa necessariamente por quatro dimensões fundamentais, que abrangem:

1. Construir uma pauta nacional de reformas institucionais prioritárias a partir de consensos fundados na percepção dos principais atores envolvidos, em especial os estados e municípios;
2. Instituir práticas, instâncias e dispositivos para a articulação das áreas internas da estrutura organizacional federal e atuação conjunta nos territórios regionais e locais;
3. Fortalecer os instrumentos de indução federal direcionados para a integração regional das redes de ações e serviços de saúde, articulando marcos regulatórios, incentivos financeiros/investimentos e inovação gerencial;
4. Desenvolver estratégias e dispositivos de monitoramento e avaliação dos principais indicadores de desempenho do sistema de saúde.

Cada país, de acordo com seu modelo de sistema de saúde, busca, no pós-pandemia, avançar nessas estratégias, considerando,

simultaneamente, ainda, a estrutura de oportunidades políticas de introdução de inovações, a capacidade fiscal para sustentar as reformas e a dinâmica de atores e instituições do setor saúde.

Neste artigo, apresentamos e analisamos o conteúdo das principais estratégias apresentadas pelo Ministério da Saúde (MS), de janeiro de 2023 a agosto de 2025, no âmbito da atenção especializada, delineando seus fundamentos, mecanismos e, em especial, seus possíveis impactos sobre o papel da esfera federal no âmbito do pacto federativo no Sistema Único de Saúde (SUS). A questão central aqui é analisar em que medida tais estratégias reposicionam o papel do MS no pacto federativo setorial.

Para tal, além desta seção, este artigo contém ainda três seções. A segunda seção discute os principais desafios a serem enfrentados no âmbito da atenção especializada no SUS, enquanto a terceira apresenta as três principais novas estratégias do MS para enfrentar esses desafios. Por fim, na quarta seção, concluímos analisando os possíveis impactos federativos iniciais destas políticas e programas.

Governança da atenção especializada no SUS: agenda de desafios fundamentais para o governo federal

No caso do Brasil, há o amplo reconhecimento da comunidade de especialistas de que, após um expressivo processo de desmonte das estruturas de coordenação e de políticas e programas federais, desde 2015, a recomposição da capacidade de governança do MS e de sua relação com as esferas estadual e municipal é essencial para desencadear uma agenda de reformas de aperfeiçoamento do SUS^{13,14}.

Nesse sentido, a governança do campo da atenção especializada à saúde consiste, particularmente, em um componente central para a recomposição do papel coordenador da esfera

federal no SUS. A atenção especializada compreende um amplo e diversificado conjunto de políticas voltadas à garantia do acesso a ações e serviços de natureza ambulatorial e hospitalar de maior densidade tecnológica, responsáveis pelas esferas secundária e terciária da atenção à saúde. Sua organização abrange áreas estratégicas como a atenção hospitalar, domiciliar e de urgência e emergência, a política nacional de transplantes, a regulação, a avaliação e o controle de sistemas e fluxos assistenciais, entre outras. Sua materialização mobiliza expressivos volumes orçamentários e um grande contingente de unidades de saúde, profissionais, equipamentos e insumos, cujo bom funcionamento é essencial para a garantia da integralidade no SUS¹⁵.

Torna-se imprescindível, portanto, no contexto atual de consolidação do SUS, após mais de três décadas de trajetória, o desenvolvimento de novas estratégias e dispositivos, neste campo, que ampliem a capacidade de governança federal para induzir mudanças político-institucionais, de gestão, de financiamento e da provisão de serviços de saúde, com o objetivo de superar uma série de desafios que se apresentam na agenda estratégica da política de saúde no Brasil.

Entre esses desafios, as desigualdades regionais de oferta também são uma prioridade na agenda atual, uma vez que o perfil da oferta especializada possui expressivas assimetrias no território e baixa adequação à demanda (excesso ou escassez de serviços). O processo de urbanização no Brasil, extremamente rápido e concentrado, levou à distribuição geográfica desigual de recursos e estruturas de provisão de serviços, principalmente os de maior densidade tecnológica. Assim, o acesso aos serviços de atenção especializada e hospitalar esbarra não só na insuficiência e assimetria na distribuição da oferta, mas também na baixa articulação desses com a atenção primária. São produtos desse processo: a existência de demanda reprimida, a descontinuidade e a inadequação da oferta às necessidades da população¹⁶.

Nas regiões de saúde, ainda são comuns barreiras e conflitos relacionados ao acesso de serviços de um município por cidadãos de outro, assim como a disputa por recursos e investimentos. Apesar da ênfase conferida à regionalização solidária e cooperativa, com a criação de uma instância específica para a pactuação e formação de consenso – a comissão intergestores regionais –, o desmonte promovido nos últimos anos desincentivou a construção de processos de interdependência, complementaridade, compartilhamento decisório e de recursos técnicos e financeiros e a definição de compromissos macrossanitários no espaço regional¹⁷.

Além da insuficiência da base de financiamento da política de saúde, o modelo atual de transferências financeiras intergovernamentais da atenção especializada, fundamentado em capacidade instalada, produz estímulos institucionais pouco favoráveis à construção de modelos de atenção pautados por continuidade do cuidado, arranjos integrados e funcionais de ações e de serviços de saúde e a gestão eficiente com responsabilização dos gestores por metas, objetivos e resultados socialmente relevantes. Apesar de avanços como a redução da fragmentação promovida pelos blocos instituídos pelo Pacto pela Saúde, há ainda significativo peso do perfil da oferta de serviços e das séries históricas como critérios de programação financeira e alocação de recursos de custeio nas regiões de saúde¹⁸.

Da mesma forma, ainda se encontram em estágio inicial de difusão o uso de parâmetros e padrões de eficácia e eficiência das ações de saúde, instrumentos de monitoramento e avaliação dos serviços, mecanismos concretos de definição de metas pactuadas (contratos de gestão – públicos ou privados), assim como práticas de certificação de qualidade. O emprego de modelos de gestão por resultados com sistemas de custos, controladorias, planos de metas, auditoria clínica, sistemas de qualificação do trabalho em saúde, remuneração por desempenho, entre outros, mostra-se tímido e pouco difundido nas organizações de saúde,

o que dificulta a formação de uma cultura de eficiência gestora no interior do sistema¹⁹.

A coordenação gerencial nas regiões de saúde também é um dos desafios centrais para a garantia da integralidade no SUS. Os esforços para consolidar as políticas voltadas ao controle dos fluxos financeiros e assistenciais ainda se encontram em processo de consolidação, exigindo reformas para que seja possível superar a baixa funcionalidade e racionalidade do processo de organização e gestão dos sistemas de saúde em âmbito regional.

A consolidação da política de regulação, controle e avaliação, com a universalização do emprego dos complexos reguladores, e a atualização das Programações Pactuadas e Integradas (PPI) são um desafio central da gestão regional. Da mesma forma, há pouca difusão de instrumentos e sistemas de coordenação gerencial e suporte logístico voltados à construção de arranjos funcionais regionalizados, como os de transporte sanitário, comunicação, suprimentos etc.²⁰.

Essa coordenação é essencial para o enfrentamento de novas emergências sanitárias, em especial no que se refere à articulação entre os serviços especializados, a atenção primária e as vigilâncias, visando ampliar a capacidade de gerar respostas rápidas e integradas para informar a população adequadamente, evitar a sobrecarga sobre o sistema hospitalar, proteger a força de trabalho, entre outras estratégias.

Finalmente, em virtude das diversas barreiras de acesso, o direito constitucional de acesso universal à saúde, que representa um marco na história da proteção social do País, torna-se uma prerrogativa para a apropriação individualizada e inadequada de recursos públicos pela via judicial. Além de possibilitar a utilização desigual do sistema de saúde, em virtude do perfil socioeconômico dos que acessam o Poder Judiciário, tal prática desarticula e fragmenta processos de planejamento e programação assistencial e financeira dos entes federados, especialmente dos municípios²¹.

Diante desses desafios e em sintonia com a agenda internacional, que, como visto na

segunda seção, enfatiza a necessidade de fortalecer a capacidade de governança federal dos sistemas de saúde, duas linhas de ação são fundamentais para o atual governo.

A primeira é a reativação do pacto federativo, materializado nos processos de cooperação entre o MS, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), na capacidade de permeabilidade dos debates tripartites às prioridades do SUS, na profundidade técnica das discussões, na amplitude dos pontos de vista e interesses envolvidos e na extensão dos desdobramentos concretos futuras de cada agenda tripartite pactuada¹⁴.

Nessa mesma linha, é de extrema relevância a reconstrução da estrutura organizacional federal e de sua capacidade de formulação, implementação e avaliação de políticas e programas estratégicos, o que requer a recomposição de quadros técnicos, de processos e dinâmicas de trabalho, do funcionamento dos sistemas de informação, entre outros. Atenção especial precisa ser conferida ao desenho das estratégias e dispositivos de indução de políticas e programas, visando superar as barreiras para a adesão de estados e municípios e construir novas frentes de colaboração intergovernamental²².

Nesse sentido, as recentes iniciativas impulsionadas pelo MS para reformular a governança federativa nacional da atenção especializada, como a nova Política Nacional de Atenção Especializada (PNAES), o Programa Mais Acesso a Especialistas (PMAE) e o Agora Tem Especialistas, são estratégias importantes para superar os desafios acima apresentados.

Tais políticas e programas visam ampliar e diversificar os mecanismos pelos quais a esfera federal atuará para ampliar a oferta de serviços e melhorar a eficiência da alocação de recursos nas regiões de saúde. Entretanto, quais são seus principais componentes e formas de agir sobre a oferta do SUS? E como podem mudar as relações federativas no SUS? Abaixo, apresentamos essas três iniciativas pelo MS, conforme desenhadas até o momento da redação deste

artigo. Na quarta seção, em seguida, analisamos seus possíveis impactos federativos.

As novas estratégias do Ministério da Saúde: ampliando o escopo de ação da esfera federal na atenção especializada

Nesta seção, propomos apresentar as linhas gerais da PNAES, do PMAE e do Programa Agora Tem Especialistas. As três iniciativas estão articuladas e compõem um contínuo de atividade de formulação, discussão e pactuação com o Conass e o Conasems ao longo dos últimos dois anos e meio. Neste artigo, priorizamos as disposições contidas nas três normativas principais que delineiam os fundamentos e os mecanismos de ação destas iniciativas: a Portaria GM/MS nº 1.604/23, a Medida Provisória (MP) nº 1.301/25 e a Portaria GM/MS nº 7.266/25. Ao longo da seção, acrescentaremos, sempre que necessário, outras fontes de informação, tais como portarias, relatórios governamentais, apresentações oficiais de dirigentes do MS, informações de sistemas de dados do MS, entre outros.

A Política Nacional de Atenção Especializada: reafirmando a integralidade como princípio do SUS

A atenção especializada no SUS, até recentemente, caracterizava-se por uma significativa desarticulação entre os diferentes serviços, com normas e regulamentações dispersas. Essa fragmentação evidenciava a necessidade urgente de integração com a Atenção Primária à Saúde (APS), a fim de garantir a integralidade do cuidado²³.

No início dos debates para a construção da PNAES, gestada no âmbito da Secretaria de Atenção Especializada à Saúde (Saes) do MS, importantes iniciativas antecederam sua formulação. Entre elas, merece

atenção a Conferência Livre Nacional de Atenção Especializada no SUS: Desafios e Perspectivas, realizada virtualmente em maio de 2023. O evento teve como objetivo fomentar o debate sobre a construção de uma atenção especializada mais integrada, acessível e resolutiva no SUS.

Na sequência, em junho de 2023, foi promovido o Seminário Internacional de Atenção Especializada no SUS, que reuniu experiências nacionais e internacionais, contribuindo para a definição dos eixos centrais da nova política. Os debates abordaram temas relevantes, como a formação de profissionais, inovação tecnológica, governança federativa, revisão do financiamento e regulação do acesso ao cuidado especializado.

Outro marco relevante foi a pesquisa ‘Cartografia da Atenção Especializada no Brasil’, desenvolvida pela Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), com a participação de 36 pesquisadores distribuídos nas 27 unidades federativas. A investigação teve duas estratégias principais: 1) elaborar um diagnóstico situacional da atenção especializada no País, identificando entraves no acesso e os fatores que contribuem para a formação de filas para cirurgias, consultas, exames e outros procedimentos; e 2) subsidiar a formulação da PNAES com dados e evidências.

A PNAES foi oficialmente instituída por meio da Portaria GM/MS nº 1.604, de 18 de outubro de 2023, logo após a aprovação do Conselho Nacional de Saúde, por meio da aprovação da Resolução nº 721/2023, em 6 de outubro de 2023. Seu principal objetivo é organizar e fortalecer a atenção especializada no SUS, assegurando o acesso a serviços de saúde de qualidade, com enfoque na integralidade do cuidado e na equidade da oferta. Para alcançar esse objetivo, a construção da PNAES considera diversos desafios estruturais e operacionais, que representam problemas e necessidades a serem enfrentados pela política.

A PNAES estabelece diretrizes para organizar a atenção especializada, com ênfase na ampliação do acesso oportuno e territorializado,

na redução das filas para cirurgias, consultas e exames especializados, na melhoria da qualidade assistencial, na equidade, integralidade e no uso mais eficiente dos recursos.

A regionalização dos serviços constitui eixo central, com fluxos assistenciais, transporte sanitário e regulação integrada, baseada em critérios clínicos claros, visando reduzir tempos de espera, absenteísmo e procedimentos desnecessários, além de fortalecer o vínculo e a corresponsabilização entre profissionais e usuários.

A política também prioriza o uso de tecnologias e soluções digitais, o fortalecimento da atenção especializada com maior participação federal no custeio, a qualificação do financiamento, a formação e fixação de profissionais em áreas prioritárias e a modernização tecnológica, assegurando a participação social e o controle social em todas as etapas da política.

Nesse sentido, a estruturação da atenção especializada no SUS, por meio da PNAES, tem como objetivo responder às necessidades de saúde da população de forma mais efetiva e integrada. Introduz inovações em relação à governança do SUS, buscando aprimorar a gestão e a coordenação dos serviços de saúde por meio da criação de estruturas de governança que facilitem a coordenação entre os diferentes níveis de atenção à saúde. Isso envolve a definição clara de papéis e responsabilidades dos gestores, visando a uma gestão mais integrada e eficiente.

Outrossim, a política enfatiza a necessidade de articulação entre diferentes setores, não apenas na saúde, mas também em áreas como educação, assistência social e desenvolvimento urbano. Essa perspectiva intersetorial é fundamental para abordar os determinantes sociais da saúde e promover um cuidado mais abrangente.

Essas inovações propostas pela PNAES em relação à governança do SUS visam fortalecer a gestão e a coordenação dos serviços de saúde, promovendo um sistema mais eficiente, transparente e centrado nas necessidades da população. A implementação efetiva dessas diretrizes será crucial para o sucesso da política e a melhoria dos serviços de atenção especializada no Brasil.

O Programa Mais Acesso a Especialistas

Para concretizar a nova estruturação da atenção especializada, o MS lançou o Programa Nacional de Expansão e Qualificação da Atenção Ambulatorial Especializada (AAE), também chamado de PMAE.

Instituído por meio da Portaria GM/MS nº 3.492, de 8 de abril de 2024²⁴, o PMAE foi formulado como estratégia de ampliação do acesso a consultas especializadas, exames e procedimentos terapêuticos de AAE e qualificação do cuidado, fundamentada nos eixos e diretrizes da PNAES.

O PMAE, como apresentado no *quadro 1*, tem como objetivo integrar a atenção especializada à APS, com enfoque na pessoa e em sua jornada no sistema de saúde, por meio de inovações voltadas à continuidade e integralidade do cuidado, bem como aos modelos de financiamento e governança. Nesse sentido, o programa fortalece a governança das Redes de Atenção à Saúde ao instituir Grupos Condutores Tripartites e Bipartites, responsáveis por acompanhar, monitorar, apoiar e avaliar as ações de forma compartilhada entre os entes federativos, com vistas à qualificação da gestão do cuidado.

Quadro 1. Síntese do Programa Mais Acesso a Especialista

Eixo	Síntese
Finalidade do PMAE	Promover a integração dos serviços com a Atenção Primária à Saúde (APS), com ênfase na pessoa e em sua jornada no sistema de saúde, assegurando continuidade e integralidade do cuidado.
Inovações do programa	Introdução de novos arranjos para o cuidado especializado, com mudanças no modelo assistencial, no financiamento e na governança da atenção ambulatorial especializada.
Problema enfrentado	Superação do cuidado fragmentado, caracterizado por tempos de resposta imprevisíveis e pela ausência de coordenação do percurso do usuário na atenção clínica e diagnóstica.
Ofertas de Cuidado Integrado (OCI)	Conjunto articulado de procedimentos, tecnologias e cuidados destinados à conclusão de etapas da linha de cuidado ou ao tratamento de agravos específicos, com qualidade e em tempo oportuno, garantindo resolutividade e integralidade do cuidado.
Protocolos e fluxos	Definição de protocolos e fluxos regulatórios que assegurem comunicação efetiva entre APS e Atenção Ambulatorial Especializada (AAE).
Sistemas de informação e regulação	Adequação dos sistemas para registro, captação e avaliação das informações, com ênfase no monitoramento do tempo de resposta assistencial.
Telessaúde	Utilização da telessaúde na regulação e na atenção como estratégia de ampliação do acesso e de fortalecimento da Educação Permanente.
Modelo de financiamento	Repasse de recursos federais por meio das OCI, com remuneração mais adequada aos prestadores públicos e privados que adotem práticas integradas e centradas no usuário.
Postura dos prestadores	Atuação baseada na humanização, coordenação do cuidado, resolutividade e integração com a APS ao longo da jornada do paciente.
PNRF no PMAE	Incorporação do Programa Nacional de Redução de Filas (PNRF), instituído pela Portaria GM/MS nº 5.820/2024, com resultados positivos na ampliação das cirurgias eletivas.

Fonte: elaboração própria.

Nesse sentido, observa-se que o PMAE, ao propor uma gestão inovadora da assistência à saúde – fundamentada na regulação articulada entre a APS e a AAE, no compartilhamento de informações entre serviços, na organização das filas e no monitoramento da realização das Ofertas de Consultas e Intervenções (OCI) –, insere-se em um movimento mais amplo de reestruturação da política nacional voltada à atenção especializada. É nesse contexto que a MP nº 1.301/25²⁵ foi editada, instituindo o Programa Agora Tem Especialistas, cuja criação reforça a tendência de ampliar o papel do MS na indução, coordenação e, mais recentemente, também na execução direta de ações no campo da atenção especializada.

A Medida Provisória nº 1.301/25 e os fundamentos federativos do Programa Agora Tem Especialistas

A MP nº 1.301/2025, editada em 30 de maio de 2025, institui o Programa Agora Tem Especialistas, lançado na mesma data pelo Ministro da Saúde, Alexandre Padilha, em evento nacional com a presença do Presidente da República e outras autoridades²⁵. A iniciativa, como apresentado no *quadro 2*, tem como objetivo ampliar as prerrogativas, os recursos e a capacidade institucional do MS na atenção especializada, visando apoiar estados e municípios na ampliação da oferta e na redução do

tempo de espera por consultas, procedimentos e exames, especialmente em territórios com vazios assistenciais.

Do ponto de vista federativo, a principal inovação consiste na alteração do art. 16 da Lei nº 8.080/90²⁶, autorizando a União a prover ações e serviços de saúde diretamente nos territórios, por oferta própria ou contratada, em

situações caracterizadas por elevada demanda, longos tempos de espera e necessidade de atenção especializada. A MP também autoriza a criação de um sistema nacional de dados públicos sobre tempos de espera, sob gestão do MS, com alimentação obrigatória por estados e municípios.

Quadro 2. Síntese da ampliação das prerrogativas federais e reconfiguração do papel do Ministério da Saúde na atenção especializada do SUS no Brasil

Eixo Analítico	Descrição
Papel do Ministério da Saúde	O Ministério da Saúde passa a combinar funções clássicas de coordenação e indução de políticas com a possibilidade de provisão direta e contratação de serviços especializados.
Base legal e normativa	Introdução de novos instrumentos jurídicos que flexibilizam o marco regulatório vigente das Leis Orgânicas da Saúde e normativas infralegais, sem ruptura formal do modelo descentralizado.
Mecanismos de financiamento	Criação de novas fontes de financiamento federais por meio da compensação de créditos financeiros e débitos tributários do setor privado hospitalar e da saúde suplementar.
Contratação do setor privado hospitalar	Autorização para contratação de serviços hospitalares privados, lucrativos e filantrópicos, mediante utilização de créditos financeiros destinados prioritariamente à quitação de débitos tributários na PGFN e na Receita Federal.
Integração com a saúde suplementar	Possibilidade de conversão de débitos tributários relativos ao ressarcimento ao SUS em serviços prestados à população pelas operadoras de planos de saúde, mediante adesão a editais do Ministério da Saúde.
Racionalidade econômica da estratégia	Antecipação de receitas futuras decorrentes da negociação de passivos tributários, convertendo-as em capacidade imediata de compra de serviços sob gestão federal.
Relação federativa com estados e municípios	Disponibilização dos serviços contratados como oferta complementar aos entes subnacionais, condicionada a programações regionais pactuadas nas instâncias intergestores.
Reordenamento institucional	Ajustes normativos destinados a qualificar a institucionalidade do Ministério da Saúde e ampliar o escopo de políticas nacionais, incluindo a consolidação do Grupo Hospitalar Conceição S.A. como empresa pública federal, com maior segurança jurídica, autonomia administrativa e atuação ampliada em ensino e pesquisa.

Fonte: elaboração própria.

Na mesma direção, a MP amplia o escopo de atuação da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), autorizando o apoio a políticas e projetos nacionais por meio de convênios e contratos no âmbito da atenção especializada, inclusive com a contratação de pessoas e serviços para atuação em territórios descentralizados do SUS²⁷.

A MP também expande as prerrogativas da Agência Brasileira de Apoio à Gestão do SUS

(AGSUS), instituída pela Lei nº 14.621/23²⁸, permitindo sua atuação na atenção especializada, com contratação de médicos e serviços especializados, incorporação de tecnologias assistenciais e de gestão, desenvolvimento de programas continuados de qualificação profissional e prestação complementar de serviços aos estados e municípios, atribuições anteriormente restritas à atenção primária e à saúde indígena.

No campo das políticas e programas, destaca-se a ampliação do Programa Mais Médicos²⁹, com a criação do Projeto Mais Médicos Especialistas, voltado à provisão de profissionais para a atenção especializada em regiões prioritárias, selecionados por editais específicos e com acesso aos benefícios do programa. Expansão semelhante é prevista no Programa Médicos pelo Brasil³⁰. A MP inclui ainda ações para ampliar o acesso ao tratamento radioterápico no âmbito da Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer, assegurando transporte sanitário e o custeio de diárias para pacientes em tratamento fora do domicílio³¹.

Em síntese, a MP fortalece o papel do MS como coordenador nacional do SUS na atenção especializada, ampliando suas prerrogativas, inclusive para a provisão direta de serviços nos territórios. Ressalte-se que as medidas dependem de aprovação do Congresso Nacional: até a data de elaboração deste artigo (18 de agosto de 2025), a comissão mista já havia sido instalada (5 agosto de 2025) e realizada a primeira

audiência com o Ministro da Saúde (6 agosto de 2025), tendo prazo até 26 de setembro de 2025 para conclusão dos trabalhos³².

A Portaria GM/MS nº 7.266/25 e o detalhamento do Programa Agora Tem Especialistas

A Portaria GM/MS nº 7.266, de 18 de junho de 2025³³, institui o Programa Agora Tem Especialistas no âmbito do SUS, com o objetivo de ampliar o acesso a consultas, exames e cirurgias especializadas, reduzindo o tempo de espera da população. O programa contempla componentes ambulatoriais e cirúrgicos, regulamentados, respectivamente, pelas Portarias GM/MS nº 3.492/2024 e nº 5.820/2024 (PMAE), ampliando o acesso a partir de linhas de ação³³.

A portaria estabelece seis estratégias para a operacionalização do programa em ações conjuntas com os gestores dos estados e municípios, conforme mostra o *quadro 3* abaixo:

Quadro 3. Estratégias para operacionalização em ações conjuntas

1	Ampliação do uso da capacidade instalada pública, rede complementar e suplementar;
2	Realização de mutirões e disponibilização de serviços móveis especializados;
3	Comunicação direta com cidadãos, gestores e trabalhadores da saúde pelas plataformas do SUS Digital;
4	Oferta de estratégias de acesso inter-regionais e interestaduais para otimizar o atendimento oncológico;
5	Estruturação dos Complexos Regulatórios da Saúde;
6	Implementação de ações de provimento e formação de médicos especialistas.

Fonte: elaboração própria.

Essas estratégias serão adotadas a partir de ações que abarcam oito componentes (linhas de ação), como o ambulatorial e cirúrgico, o acesso à radioterapia, uso de créditos financeiros, o de ressarcimento ao SUS, o componente de provimento, aprimoramento e formação pelo trabalho, fixação e gestão da força de

trabalho especializada, o de SUS Digital; e, por fim, o componente de prestação de serviços especializados em caráter complementar. Algumas linhas de ação destacam-se pela inovação. As duas primeiras tratam de troca de dívidas da iniciativa privada por atendimentos aos pacientes do SUS. Para operacionalizar

essa medida, a portaria estabelece os componentes crédito financeiro e ressarcimento ao SUS:

- **Créditos Financeiros:** referem-se à compensação de dívidas tributárias com a União como contrapartida à prestação de serviços especializados aos pacientes do SUS, o que poderá ser feito por estabelecimentos privados, com ou sem fins lucrativos. Para participar, essas unidades deverão aderir ao programa.
- **Ressarcimento ao SUS:** é destinado às operadoras de planos de saúde, que poderão converter as dívidas de recursos que deveriam ressarcir ao SUS em prestação de serviços especializados.

Outra linha de ação corresponde ao ‘Componente de Prestação de Serviços Especializados em Caráter Complementar’, implementado por meio da atuação direta da União nos estados, no Distrito Federal e nos municípios. Esse componente prevê o atendimento à população mediante a contratação de serviços de saúde a partir das necessidades identificadas localmente, integrando essa oferta aos fluxos de regulação do acesso já existentes nos territórios.

Esse componente também possibilita o credenciamento de empresas que executem serviços de saúde em unidades móveis. O objetivo é levar atendimentos especializados a comunidades indígenas e quilombolas, além de pacientes que vivem em áreas de difícil provimento ou que tenham serviços insuficientes para atender grande demanda e tempo de espera.

Em síntese, a Portaria GM/MS nº 7.266/2025 representa um marco no fortalecimento da atenção especializada no SUS, ao articular múltiplas estratégias e linhas de ação que combinam inovação no financiamento, ampliação da capacidade instalada e provisão direta de serviços em territórios com vazios assistenciais. Ao integrar recursos federais, estaduais e municipais, além de prever mecanismos de

cooperação com a rede privada e suplementar, o programa busca não apenas reduzir filas e tempos de espera, mas também promover maior equidade no acesso, reafirmando o compromisso com a universalidade e a integralidade do cuidado em saúde.

Por fim, cabe destacar que, até julho de 2025, já foram publicados 32 atos inerentes à implementação do Programa Agora Tem especialistas, sendo 1 MP, 3 decretos, 19 portarias e 9 editais, faltando apenas a portaria da radioterapia para completar o conjunto de normas que dão sustentabilidade ao programa.

Conclusões: uma mudança no papel do Ministério da Saúde no pacto federativo?

Nestas conclusões, resgatamos a questão central apresentada na introdução deste artigo, que consiste em analisar em que medida as principais estratégias desenvolvidas pelo MS, no âmbito da atenção especializada, até o presente momento, reposicionam o papel do MS no pacto federativo setorial.

A resposta para essa questão depende de com que período da trajetória de relações federativas dos últimos 35 anos a gente pode comparar o momento atual. De maneira geral, é possível distinguir três períodos caracterizados por padrões de relações intergovernamentais muito claros, que correspondem a um ‘*modus operandi*’ específico do MS na coordenação do SUS.

A primeira fase, ocorrida ao longo dos anos 1990, foi marcada pela construção do arcabouço institucional da descentralização, com transferência de responsabilidades de gestão, especialmente para os municípios. O MS, à época responsável por mais de dois terços do financiamento do SUS e detentor da *expertise* herdada do extinto Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), assumiu papel central no processo. Durante o governo Collor, prevaleceu um

modelo centralizador, formalizado na Norma Operacional Básica (NOB) 91, que reduzia os entes subnacionais a meros prestadores de serviços. Já no governo Itamar Franco, ocorreram avanços significativos, como a NOB 93, a extinção do Inamps, a implantação das Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite, a transferência fundo a fundo de recursos e a consolidação dos conselhos de saúde. Esse período consolidou a posição dos municípios como gestores do SUS, tornando o processo de descentralização irreversível. Ao final da década, com a implementação da NOB 96, houve um movimento de reequilíbrio, com o MS retomando maior capacidade regulatória ao condicionar os repasses à adesão às políticas nacionais. Ainda assim, a massiva habilitação de estados e municípios às regras da NOB 96 contribuiu para consolidar um federalismo setorial cooperativo, embora com polarização das relações entre União e municípios e fragilização do papel dos estados.

A segunda fase teve início nos anos 2000, especialmente durante os dois mandatos do Presidente Luiz Inácio Lula da Silva. Nesse período, buscou-se resgatar o caráter cooperativo do federalismo previsto na Constituição de 1988, fortalecendo o papel dos estados e incentivando uma cultura de gestão orientada a resultados. O MS promoveu uma série de mudanças organizacionais internas e instituiu mecanismos de maior articulação com o Conass e o Conasems. Essas iniciativas culminaram no lançamento do Pacto pela Saúde, em 2006, que propôs um novo modelo de relação intergovernamental. Paralelamente, o MS passou a exercer um papel de indutor de políticas públicas nacionais, com a criação de programas estratégicos como o Mais Médicos, a Farmácia Popular e a Rede Cegonha. Esse protagonismo foi acompanhado por um fortalecimento técnico e político do Conass e do Conasems, que passaram a ter papel central não apenas na formulação de políticas, mas também na sua implementação, monitoramento e avaliação, construindo redes de articulação com outros atores institucionais e técnicos em todo o País.

Por fim, a terceira fase tem início com a crise político-econômica que culminou no *impeachment* da Presidenta Dilma Rousseff. A partir do governo Michel Temer, teve início uma estratégia de desmonte de políticas sociais, incluindo cortes orçamentários, mudanças legislativas e reestruturações administrativas que enfraqueceram a presença e a capacidade de coordenação do MS. O teto de gastos, instituído pelo novo regime fiscal, somado ao enfraquecimento do presidencialismo de coalizão e ao surgimento de novas formas de coordenação regional, como os consórcios interestaduais, reduziu ainda mais a centralidade do governo federal na condução do SUS. O resultado foi a dispersão de recursos e a fragmentação da capacidade de indução políticas, comprometendo a lógica cooperativa e integrada que havia sido construída nas décadas anteriores, e resultando em um quadro de retirada deliberada do MS pelo governo Bolsonaro durante a pandemia da covid-19.

Assim, o momento atual mostra uma dinâmica mais próxima ao segundo período, em que o MS retoma, paulatinamente, as funções de coordenador nacional do SUS, esvaziadas na última década. Três características da ação atual do MS evidenciam a mesma dinâmica entre esses dois momentos.

A primeira consiste na atividade expansionista das áreas do MS na formulação de políticas e programas, associada ao emprego de diversos instrumentos indutivos para estimular estados e municípios a ampliarem sua oferta de ações e serviços de saúde para a população. Nessa categoria, podemos incluir portarias de políticas, novos recursos financeiros, novos métodos de pagamento (como as OCI), programas de formação, atividades de apoio técnico, oficinas sobre credenciamento de políticas etc.

A segunda envolve a expansão de suas áreas internas e de mecanismos regulatórios de monitoramento da implementação das políticas e programas. As mudanças promovidas nas estruturas institucionais do Grupo Hospitalar Conceição SA, na AGSUS e no escopo de

parcerias da Fiocruz são bons exemplos dessa dinâmica, assim como a qualificação dos sistemas de informação e as regras que exigem que estados, municípios e prestadores mantenham atualizados os dados sobre qualidade e perfil de demanda e oferta de serviços especializados.

A terceira, finalmente, trata da dinâmica da relação com o Conass e o Conasems. Todo o processo de construção dessas novas iniciativas tem sido realizado de forma conjunta com as duas entidades, que têm participado das atividades desde a fase inicial de formulação até as revisões pós-apresentação e aprovação na Comissão Intergestores Tripartite^{34,35}.

O que se observa, portanto, é a retomada da capacidade de coordenação federativa do MS, esvaziada na última década, mas mantendo a dinâmica tripartite característica do federalismo setorial. Obviamente, mudanças como a alteração na Lei nº 8.080/90, que

permite ao MS prestação direta de serviços no território, criam possibilidades novas, porém, com volumes financeiros adicionais ainda bem menores do que os montantes anuais do teto de média e alta complexidade que consiste na base do financiamento da atenção especializada em todo o País. Além disso, a oferta do programa será conforme pactuação com estados e municípios. É preciso acompanhar a implementação do programa para análises futuras.

Contribuições de autoria

Carvalho ALB (0000-0003-0328-6588)*, Ouverney ALM (0000-0002-8581-3777)*, Andrade ERR (0000-0002-7854-5751)* e Santos JTN (0000-0001-7059-0083)* contribuíram igualmente para elaboração do manuscrito. ■

Referências

1. Saltman RB, Figueras J, Sakellarides C. Critical challenges for health care reform in Europe. State of Health series. Maidenhead (UK): Open University Press; 1998.
2. Costa NR, Silva PLB, Ribeiro JM. A experiência internacional de reforma do setor saúde: inovações organizacionais e de financiamento. Rev Adm Públicas [Internet]. 2000 [acesso em 2025 ago 20];34(1):209-27. Disponível em: <https://periodicos.fgv.br/rap/article/view/6259/4850>
3. Mur-Veeman I, van Raak A, Paulus A. Comparing integrated care policy in Europe: does policy matter? Health Policy. 2008;85(2):172-83. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2007.07.008>
4. Navarrete MLV, Núñez RT, Lorenzo IV, et al. Organizaciones sanitarias integradas: una guía para el análisis. Rev Esp Salud Publica [Internet]. 2005 [acesso em 2025 ago 20];79(6):633-643. Disponível em: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272005000600003
5. World Health Organization. Integrated health services: what and why? Geneva: WHO; 2008. Technical Brief n. 1.
6. Silva SF, Magalhães E. Redes de Atenção à Saúde na agenda de prioridades do SUS. Rev CONASEMS. 2008.
7. Thomson S, J. Figueras T, Evetovits M, et al. Economic crisis, health systems and health in Europe:

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

- Impact and implications for policy. Copenhagen: WHO/European Observatory on Health Systems and policies; 2014.
8. Polin K, Hjortland M, Maresso A, et al. 'Top-Three' health reforms in 31 high-income countries in 2018 and 2019: an expert informed overview. *Health Policy*. 2021;125(7):815-32. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2021.04.005>
9. Organisation for Economic Co-operation and Development. Building resilience to the Covid-19 pandemic: the role of centres of government [Internet]. OECD Policy Responses to Coronavirus (COVID-19). OECD: Paris; 2020 [acesso em 2025 maio 5]. Disponível em: <https://www.oecd.org/coronavirus/policy-responses/building-resilience-to-the-covid-19-pandemic-the-role-of-centres-of-government-883d2961/>
10. Rozell MJ, Wilcox C. Federalism in a time of plague: How federal systems cope with pandemic. *Am Rev Public Adm*. 2020;50(6-7):519-25. DOI: <https://doi.org/10.1177/0275074020941695>
11. Chattopadhyay RF, Knüpling D, Chebenova L, editores. Federalism and the response to COVID-19: A comparative analysis. New Delhi: Routledge; 2021.
12. Bakvis H, Douglas Brown D. Policy coordination in federal systems: Comparing intergovernmental processes and outcomes in Canada and the United States. *Publius* [Internet]. 2010 [acesso em 2025 ago 17];40(3):484-507. Disponível em: <https://www.jstor.org/stable/40865319>
13. Abrucio FL, Grin EJ, Franzese C, et al. Combate à COVID-19 sob o federalismo bolsonarista: um caso de descoordenação intergovernamental. *Rev Adm Pública*. 2020;54(4):663-77. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-761220200354>
14. Fleury S, Ouverney AM. Federalismo de confrontação: tensões, inovações e limites da estratégia de enfrentamento à pandemia de Covid-19 no Brasil. In: 11º Congresso Latino-Americano de Ciência Política (ALACIP); 2022 jul 21-23; Santiago. Santiago: ALACIP; 2022
15. Lima LD, Scatena JHG, Albuquerque MV, et al. Governance arrangements for specialized assistance in health regions in Brazil. *Rev Bras Saude Mater Infant*. 2017;17:S107-19. DOI: <https://doi.org/10.1590/1806-9304201700S100006>
16. Ribeiro JM, Moreira MR, Ouverney AM. Políticas de saúde e lacunas federativas no Brasil: uma análise da capacidade regional de provisão de serviços. *Ciênc saúde coletiva*. 2017;22(4):1031-44. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.03732017>
17. Oliveira RAD, Duarte CMR, Pavão ALB, et al. Barreiras de acesso aos serviços em cinco Regiões de Saúde do Brasil: percepção de gestores e profissionais do Sistema Único de Saúde. *Cad Saúde Pública*. 2019;35(11):e00120718. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00120718>
18. Teles AS, Coelho TCB, Ferreira MP. Sob o prisma da equidade: financiamento federal do Sistema Único de Saúde no estado da Bahia. *Saude Soc*. 2016;25(3):786-99. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902016152020>
19. Carvalho ALB, Shimizu HE. A institucionalização das práticas de monitoramento e avaliação: desafios e perspectivas na visão dos gestores estaduais do Sistema Único de Saúde (SUS). *Interface (Botucatu)*. 2017;21(60):23-33. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0817>
20. Barbosa DVS, Barbosa NB, Najberg E. Regulação em Saúde: desafios à governança do SUS. *Cad Saúde Colet*. 2016;24(1):49-54. DOI: <https://doi.org/10.1590/1414-462X201600010106>
21. Paixão ALS. Reflexões sobre a judicialização do direito à saúde e suas implicações no SUS. *Ciênc saúde coletiva*. 2019;24(6):2167-72. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018246.08212019>
22. Vieira FS, Servo LMS. Covid-19 e coordenação federativa no Brasil: consequências da dissonância federal para a resposta à pandemia. *Saúde Debate*. 2020;44(Esp 4):100-13. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042020E406>

23. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. *Ciênc saúde coletiva*. 2010;15(5):2297-305. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000500005>
24. Ministério da Saúde (BR), Gabinete da Ministra. Portaria GM/MS nº 3.492, de 8 de abril de 2024. Institui o Programa Nacional de Expansão e Qualificação da Atenção Ambulatorial Especializada, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União, Brasília, DF*. 2024 abr 11; Edição 70; Seção I:98.
25. Atos do Poder Executivo (BR). Medida Provisória nº 1.301, de 30 de maio de 2025. Institui o Programa Agora Tem Especialistas, dispõe sobre o Grupo Hospitalar Conceição S.A., altera as Leis nºs 8.080, de 19 de setembro de 1990; 8.958, de 20 de dezembro de 1994; 9.656, de 3 de junho de 1998; 12.732, de 22 de novembro de 2012; 12.871, de 22 de outubro de 2013; e 13.958, de 18 de dezembro de 2019. *Diário Oficial da União, Brasília, DF*. 2025 maio 30; Edição 101-A; Seção I:1.
26. Presidência da República (BR). 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. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF*. 1990 set 20; Edição 182; Seção I:18055-9.
27. Presidência da República (BR). Lei nº 8.958, de 20 de dezembro de 1994. Dispõe sobre as relações entre as instituições federais de ensino superior e de pesquisa científica e tecnológica e as fundações de apoio e dá outras providências. *Diário Oficial da União, Brasília, DF*. 1994 dez 21; Seção I:20025.
28. Presidência da República (BR). Lei nº 14.621, de 14 de julho de 2023. Institui a Estratégia Nacional de Formação de Especialistas para a Saúde no âmbito do Programa Mais Médicos; e altera as Leis nºs 12.871, de 22 de outubro de 2013, 13.959, de 18 de dezembro de 2019, e 13.958, de 18 de dezembro de 2019, para criar novos incentivos e regras no âmbito do Projeto Mais Médicos para o Brasil e do Exame Nacional de Revalidação de Diplomas Médicos Expedidos por Instituição de Educação Superior Estrangeira (Revalida) e para transformar a Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (Adaps) em Agência Brasileira de Apoio à Gestão do SUS (AG-SUS). *Diário Oficial da União, Brasília, DF*. 2023 jul 14; Seção IExtra B:1.
29. Presidência da República (BR). Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. *Diário Oficial da União, Brasília, DF*. 2013 out 23; Edição 206; Seção I:1-4.
30. Presidência da República (BR). Lei nº 13.958, de 18 de dezembro de 2019. Institui o Programa Médicos pelo Brasil, no âmbito da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), e autoriza o Poder Executivo federal a instituir serviço social autônomo denominado Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (Adaps). *Diário Oficial da União, Brasília, DF*. 2019 dez 19; Edição 245; Seção I:1-3.
31. Presidência da República (BR). 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. *Diário Oficial da União*. 2012 nov 23; Seção I:1.
32. Ministério da Saúde (BR). Ministro da Saúde apresenta avanços do Agora Tem Especialistas em audiência pública no Senado. *Gov.br [Internet]*. 2025 ago 7 [acesso em 2025 ago 19]; Notícias. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2025/agosto/ministrodasaudeapresentaavancosdoagora-temespecialistasemaudienciapublicanosenado>
33. Ministério da Saúde (BR), Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS nº 7.266, de 18 de junho de 2025. Dispõe sobre o Programa Agora Tem Especialistas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União, Brasília, DF*. 2025 jun 18; Edição 114-A; Seção I:1.
34. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. CIT destaca sucesso do Congresso do Conasems e discute aprimoramentos no Programa Agora Tem Especialistas

listas. Conass [Internet]. 2025 jun 26 [acesso em 2025 ago 21]. Disponível em: <https://www.conass.org.br/cit-destaca-sucesso-do-congresso-do-conasems-e-discute-aprimoramentos-no-programa-agora-tem-especialistas/>

35. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. Palácio do Planalto: Conasems participa de lançamento do programa 'Agora Tem Especialistas'. Conasems [Internet]. 2025 maio 30 [acesso 2025 ago 21]. Disponível em: https://portal.conasems.org.br/noticias/1058_agora-tem-especialistas-conasems-participa-de-lancamento-de-programa-que-visa-

-ampliar-o-atendimento-a-populacao-e-reduzir-tempo-de-espera-no-sus?utm_source=chatgpt.com

Recebido em 29/08/2025

Aprovado em 11/04/2026

Conflito de interesses: inexistente

Disponibilidade de dados: os dados de pesquisa estão contidos no próprio manuscrito

Suporte financeiro: Fiocruz/Ensp/Estudos Estratégicos em Atenção Primária à Saúde

Editor responsável: Marcelo Moreira Rasga, Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Estratégia Fiocruz para a Agenda (EFA 2030), Rio de Janeiro (Rio de Janeiro/RJ), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7851702065010431>, Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-3356-7153>, e-mail: rasgamoreira@gmail.com