GRUPO I – CLASSE V – PLENÁRIO
TC 015.703/2025-8.
Natureza: Relatório de Auditoria.
Unidade jurisdicionada: Ministério da Saúde.
Interessados: Assessoria Especial de Controle Interno do Ministério da Saúde; Secretaria-executiva do Ministério da Saúde.
Representação legal: não há

SUMÁRIO: RELATÓRIO DE AUDITORIA OPERACIONAL. PROGRAMA AGORA TEM ESPECIALISTAS (PATE). AVALIAÇÃO DOS COMPONENTES CIRÚRGICO E AMBULATORIAL. BAIXA EFETIVIDADE NA REDUÇÃO DO TEMPO DE ESPERA. DESEQUILÍBRIO REGIONAL NA ALOCAÇÃO DE RECURSOS. SUBEXECUÇÃO DAS OFERTAS DE CUIDADO INTEGRADO. DEFICIÊNCIAS DE INTEGRAÇÃO TECNOLÓGICA (RNDS) E DE TRANSPARÊNCIA FINANCEIRA (FAEC). DETERMINAÇÕES E RECOMENDAÇÕES.

RELATÓRIO

Por registrar as principais ocorrências havidas no andamento do processo até o momento, resumindo os fundamentos das peças acostadas aos autos, adoto como relatório, com os ajustes necessários, a instrução da Unidade de Auditoria Especializada em Saúde (peça 306), que contou com a anuência do corpo diretivo (peças 307-308):

> "1. Trata-se de Auditoria Operacional nos componentes cirúrgico e ambulatorial do Programa Agora Tem Especialistas (Pate), abrangendo a gestão de 2023 a 2025, com o objetivo de avaliar sua eficácia em alcançar seus objetivos. Os objetivos do programa são: ampliar o acesso, reduzir filas e tempos de espera para consultas, exames e cirurgias eletivas (inc. I, art. 2º da Portaria GM/MS 7.266/2025), garantir a continuidade do cuidado (inc. II, art. 4º da Portaria GM/MS 7.266/2025) e fomentar a mudança do modelo de atenção e regulação na atenção especializada à saúde (inc. IV e VII, art. 2º, inc. III e IV do art. 3º da Portaria GM/MS 3.592/2024; inc. V, art. 20 da Portaria GM/MS 90/2023).
>
> 2. O trabalho também visa contribuir para a discussão da elaboração do orçamento no Congresso Nacional com informações úteis e tempestivas, por meio do Relatório de Fiscalizações em Políticas e Programas de Governo (RePP 2026), a ser encaminhado à Comissão Mista de Orçamento (art. 156 da Lei 15.321/2025 - LDO 2026). Além disso, o trabalho subsidia a avaliação do tema Acesso e Sustentabilidade à Saúde, que foi incluído na Lista de Alto Risco (LAR) da Administração Pública Federal de 2026, gerida pelo Tribunal de Contas da União (TCU). A realização da auditoria foi autorizada mediante Despacho de 24/7/2025 do Ministro Bruno Dantas no TC 014.262/2025-8.
>
> 3. Com base no diagnóstico do problema do tempo excessivo para acesso aos serviços da atenção especializada à saúde (AES) no Sistema Único de Saúde (SUS), foi definido o escopo da auditoria, que incluiu a análise de três questões que abrangem os seguintes temas referentes ao Pate: a evolução dos tempos médios de acesso a procedimentos cirúrgicos eletivos; a contribuição do programa para a produção de cirurgias eletivas no SUS; medidas adotadas para viabilizar a implementação do novo modelo de financiamento do componente ambulatorial (as Ofertas de Cuidados Integrados - OCI) e as mudanças no modelo de atenção à saúde; o estágio de implementação dos sistemas informatizados de regulação (Apêndice B – Metodologia, peça 306,

Para verificar as assinaturas, acesse www.tcu.gov.br/autenticidade e informe o código 80486594.

p.123-142).

4. Para subsidiar a elaboração do RePP, a auditoria examinou mais três questões comuns entre as diferentes fiscalizações realizadas pelo TCU, relacionadas apenas ao componente cirúrgico, por definição do grupo de trabalho responsável pela metodologia do relatório de avaliação. A auditoria examinou aspectos fundamentais da governança, gestão e alocação de recursos, aspectos de implementação e monitoramento e avaliação de resultados do Pate no contexto das auditorias que estão sendo conduzidas pelo TCU para elaborar o RePP (Apêndice B – Metodologia, peça 306, p.123-142). Os achados correspondentes são desenvolvidos no capítulo seis do relatório. A abordagem sobre causas raízes do problema que a política pública visa mitigar, no caso, o tempo excessivo de espera a AES, que também comporá o RePP, foi contemplada no capítulo sobre o componente cirúrgico do Pate.

5. O escopo da auditoria não abrange as iniciativas relacionadas aos demais componentes do Pate, a exemplo do credenciamento de hospitais privados e seguradoras de saúde para prestação de serviços no programa, mediante compensação de dívidas tributárias e de ressarcimento ao SUS pelas operadoras de planos de saúde, e da realização de atendimentos móveis e mutirões (art. 5º da Portaria GM/MS 7.266/2025). Não inclui igualmente a avaliação da gestão da regulação em saúde nos estados e municípios.

6. Foram aplicados os procedimentos previstos no Manual de Auditoria Operacional do TCU (BRASIL, 2020a), bem como a estrutura conceitual do Referencial de Controle de Políticas Públicas (2020c) e o enfoque integrado de governo (WoG). Este último é a forma de reconhecer que uma forma de o governo responder ao problema crescente da fragmentação e da especialização no setor público é a necessidade de aumentar a integração, a coordenação e a coerência das políticas públicas que atuam sobre determinado problema visando obter maiores benefícios para a sociedade (BRASIL, 2020a, p. 72).

7. A auditoria baseou-se em análise documental de notas técnicas e respostas a requisições de auditoria atendidas pelas seguintes unidades do Ministério da Saúde (MS): Secretaria de Atenção Especializada à Saúde (Saes) e seus Departamento de Estratégias para a Expansão e a Qualificação da Atenção Especializada (DEQAEE) e Departamento de Regulação Assistencial e Controle (DRAC); Secretaria Executiva (SE/MS) e sua Subsecretaria de Planejamento e Orçamento (SPO); Secretaria de Informação e Saúde Digital (Seidigi) e o Departamento de Informação e Informática do SUS (DATASUS), bem como a Ouvidoria-Geral do Sistema Único de Saúde. Foram examinados ainda documentos encaminhados pelas secretarias estaduais de saúde (SES) e secretarias municipais de saúde (SMS) visitadas.

8. Foi realizada extensa análise de dados de regulação, extraídos da Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS), para, entre outros, estimação de tempos de espera, e de dados de realização de cirurgias eletivas e de procedimentos ambulatoriais para o exame de possíveis reflexos do programa na produção.

9. Foram visitadas quatro SES e oito SMS, onde foram entrevistados os respectivos responsáveis pela AES, pelas centrais de regulação, representantes de unidades prestadoras de serviço de saúde, de Núcleos de Apoio à Gestão (NAG) e de Núcleos de Gestão do Cuidado (NGC), de 3 a 14/11/2025.

10. Entre 3/12/2025 e 9/1/2026, 25 SES e 596 SMS responderam a pesquisas eletrônicas, destinadas aos respectivos responsáveis pela AES, sobre a implantação do Pate.

11. Esta auditoria foi conduzida de acordo com as Normas de Auditoria do Tribunal de Contas da União (NAT) e as Normas Brasileiras de Auditoria do Setor Público (NBASP) aplicáveis (BRASIL, 2020b; IRB, 2021), que estão alinhadas às Normas Internacionais das Instituições Superiores de Controle (ISSAI), emitidas pela Organização Internacional de Instituições Superiores de Controle (Intosai). Nenhuma restrição significativa foi imposta aos exames.

12. Além desta introdução, o relatório de auditoria tem outros nove capítulos. Inicia-se com a visão geral do Pate, seguida de cinco capítulos principais, que abrangem as questões de auditoria. O relatório é finalizado com as considerações finais e a proposta de encaminhamento. Os apêndices

Para verificar as assinaturas, acesse www.tcu.gov.br/autenticidade e informe o código 80486594.

suplementam o relatório com a relação de elementos comprobatórios citados no relatório e que constituem peças do processo de auditoria, detalhes sobre a metodologia aplicada pela auditoria, a análise dos comentários dos gestores e a análise dos pontos de exame do RePP 2026.

VISÃO GERAL DO PROGRAMA

13. Este capítulo apresenta uma visão geral do Programa Agora Tem Especialistas (Pate), abordando o histórico de sua criação, sua abrangência, as competências dos atores envolvidos, os componentes que o integram e aspectos orçamentários. Detalhes específicos sobre o programa são complementados nos capítulos deste relatório, segundo a pertinência com o tema tratado.

O Programa Agora Tem Especialistas

14. O Pate foi instituído em junho de 2025 (MPV 1.301, de 30/5/2025, convertida na Lei 15.233, de 7/10/2025). Sua regulamentação representou uma resposta do Governo Federal ao problema dos longos tempos de espera em filas para ter acesso a procedimentos da Atenção Especializada à Saúde (AES) no Sistema Único de Saúde (SUS).

15. Em síntese, a AES é um ponto da rede de atenção à saúde (RAS) caracterizado por maior densidade tecnológica, devendo ser ofertada de forma regionalizada e hierarquizada, objetivando a economia de escopo e escala, para assegurar adequada relação custo/benefício, qualidade da atenção, atendimento em tempo oportuno, efetividade e sustentabilidade. A população alvo da AES são pessoas que apresentam, num dado momento, a necessidade de cuidados mais intensivos e/ou diferentes daqueles disponíveis na atenção primária à saúde (APS). Assim, a AES atua como retaguarda da APS em um sistema de prestação de cuidados integrais à saúde. Deve assumir responsabilidade pelos usuários, de modo temporário, atendendo-os com vínculo e responsabilização, mas dialogando, compartilhando decisões e preservando a relação e vínculo preferencial do usuário com a APS, que é a responsável principal pela coordenação do cuidado (art. 2º e 10 da Portaria GM/MS 1.604/2023; NT 13/2023-Saes/GAB/Saes/MS).

16. O Pate foi criado em um contexto de declaração de urgência em saúde pública (Portaria GM/MS 7.061, de 6/6/2025), em razão do prolongado tempo de espera por parte dos usuários para a realização de procedimentos eletivos na AES, a saber consultas, exames e cirurgias. A demora para ter acesso aos procedimentos eletivos pode provocar a evolução da condição de saúde para situações mais graves, com impactos negativos na morbimortalidade e na resolutividade do SUS.

17. Além da redução do tempo de espera para consultas, exames, tratamentos e cirurgias eletivas, o Pate tem por objetivos integrar os níveis de atenção à saúde, qualificar o financiamento, gestão, regulação, monitoramento e avaliação da produção assistencial, promover a integração digital e a transparência na gestão das filas de espera, e qualificar a rede de diagnóstico e tratamento do câncer, especialmente o acesso à radioterapia (art. 2º da Portaria GM/MS 7.266, de 18/6/2025).

O início com o Programa Nacional de Redução de Filas (2023)

18. O Pate é resultado do fortalecimento e da ampliação de políticas públicas voltadas à ampliação do acesso à atenção especializada no SUS. Sua origem recente é o Programa Nacional de Redução das Filas de Cirurgias Eletivas, Exames Complementares e Consultas Especializadas (PNRF), instituído em 2023 (Portaria GM/MS 90, de 3/2/2023).

19. O PNRF foi criado com vigência inicial de um ano, prorrogável por igual período, tendo como objetivos organizar e ampliar o acesso a cirurgias, exames e consultas na AES, aprimorar a governança da RAS, fomentar o monitoramento e avaliação dos serviços, qualificar a contratualização com a rede complementar, mudar o modelo de gestão e regulação das filas, e fomentar a implementação de um novo modelo de custeio.

Para verificar as assinaturas, acesse www.tcu.gov.br/autenticidade e informe o código 80486594.

20. A adesão ao PNRF era condicionada ao envio de Planos Estaduais de Redução das Filas (PERF), elaborados conjuntamente pelas secretarias estaduais (SES) e municipais de Saúde (SMS) e pactuados nas respectivas Comissões Intergestores Bipartite (CIB). Os PERF continham a relação do número de cirurgias a serem realizadas pelos estados e seus municípios, por tipo de cirurgia, e atualmente correspondem à programação de cirurgias no Pate.

21. O PNRF facultava aos gestores a complementação dos valores dos procedimentos constantes nos PERF, com recursos federais, inicialmente, até o limite de 100% do valor da Tabela SUS (Portarias GM/MS 90, de 3/2/2023 e 237, de 8/3/2023). Essa regra foi alterada para permitir a complementação até os valores efetivamente contratados localmente, condicionados à aprovação da Saes caso ultrapassassem quatro vezes o valor da tabela SUS (Portaria GM/MS 1.370, de 28/9/2023). Nova alteração permitiu a complementação até o limite definido em portaria específica publicada pela Saes (Portaria GM/MS 5.820, de 4/12/2024). Esses limites foram fixados inicialmente pela Portaria Saes/MS 2.324, de 6/12/2024 (alterada pelas Portarias Saes/MS 2.985, de 27/6/2025 e 3.245, de 9/9/2025), variando de zero a 300%.

A transição para o Programa Mais Acesso a Especialistas (2024)

22. Apesar de um dos objetivos do PNRF ter sido o de ampliar o acesso a exames e consultas na AES (inc. I, art. 2º da Portaria GM/MS 90/2023), o programa não financiou a realização de procedimentos ambulatoriais, limitando-se à área cirúrgica.

23. Sendo assim, o Ministério da Saúde (MS) instituiu o Programa Nacional de Expansão e Qualificação da Atenção Ambulatorial Especializada, também denominado Programa Mais Acesso a Especialistas (PMAE) - Componente Ambulatorial (Portaria GM/MS 3.492/2024). Este programa representou uma evolução importante na abordagem da atenção especializada, introduzindo conceitos inovadores como a Oferta de Cuidado Integrado (OCI).

24. O PMAE-Ambulatorial foi concebido como estratégia da Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde (PNAES), com objetivo de ampliar e qualificar o cuidado e o acesso à AES, promovendo um novo modelo de financiamento por meio das OCI (inc. XV, art. 4º, inc. IV, art. 46 da Portaria GM/MS 1.604/2023 - PNAES).

25. As OCI correspondem a conjuntos de procedimentos, como consultas, exames e outras intervenções diagnósticas e terapêuticas, organizados de forma integrada para garantir atendimento oportuno e de qualidade, viabilizando a conclusão de uma etapa na linha de cuidado ou a condução ágil de agravos específicos (art. 5º da Portaria GM/MS 3.492/2024).

26. Dessa forma, a remuneração ocorre pela realização do conjunto de procedimentos previstos em cada OCI e não pelos procedimentos separadamente. Por sua vez, o valor fixado para remuneração das OCI é superior à soma dos valores dos procedimentos que o compõem, quando faturados individualmente pela tabela padrão do SUS. O valor adicional representado pela OCI corresponde ao acréscimo dos custos com tecnologias, como gestão clínica e saúde digital, visando valorizar a atenção integral e a coordenação do cuidado, a resposta em tempo oportuno, a boa gestão da fila de espera e a redução de deslocamentos e ações desnecessárias (art. 6º da Portaria GM/MS 3.492/2024).

27. Além disso, as OCI incluem a variável tempo na equação do pagamento de serviços ao estabelecer que devem ser concluídas em até sessenta dias (trinta dias no caso de oncologia) para serem remuneradas. Caso a OCI não seja concluída de acordo com as regras e com o prazo previsto, os procedimentos eventualmente realizados podem ser registrados e apresentados em boletim de produção ambulatorial individual (§5º, art. 13 da Portaria GM/MS 1.640/2024).

28. O programa estabeleceu 29 OCI iniciais, distribuídas em cinco grupos de especialidades: seis OCI de cardiologia, nove OCI de oncologia, sete OCI de oftalmologia, três OCI de otorrinolaringologia e quatro de ortopedia (Portarias Saes/MS 1.822 a 1.826, de 11/6/2024). Posteriormente, foram acrescidas cinco OCI de ginecologia, perfazendo total de 34 OCI (Portaria GM/MS 7.273, de 18/6/2025). A operacionalização é realizada mediante Planos de Ação Regional

Para verificar as assinaturas, acesse www.tcu.gov.br/autenticidade e informe o código 80486594.

(PAR), elaborados e aprovados pelas Comissões Intergestores Regionais (CIR), com ciência das Comissões Intergestores Bipartites (CIB) para planos regionais, ou aprovação direta das CIB para planos macrorregionais ou estaduais (art. 8º da Portaria GM/MS 3.492/2024).

29. O PMAE instituiu os Núcleos de Gestão do Cuidado (NGC) e de Apoio à Gestão (NAG) como dispositivos de gestão (§ 4º, art. 10 e art. 12 da Portaria GM/MS 3.492/2024). O NGC deve ser situado dentro dos estabelecimentos de atenção ambulatorial especializada em saúde, cuja missão central é monitorar o tempo e a qualidade da realização das OCI, assegurando que a jornada do paciente seja fluida e resulte na transferência segura do cuidado para a APS (BRASIL, 2024a). O NAG é vinculado aos gestores estaduais e municipais do SUS, responsável por operacionalizar as diretrizes da PNAES e do PMAE, cujo papel é sistêmico, focado na coordenação da rede e no apoio ao gestor (BRASIL, 2024a; Portaria Saes/MS 3.092/2025).

30. Para o programa, a telessaúde e o matriciamento devem ser utilizados para integrar a AES e a Atenção Primária à Saúde (APS) e qualificar o cuidado (inc. II, §1º, inc. I, § 3º e § 4º, art. 10 da Portaria GM/MS 3.492/2024).

31. Em dezembro de 2024, o PNRF passou a ser denominado Programa Mais Acesso a Especialistas - Componente Cirurgias (PMAE-cirurgias), com duração indeterminada, integrando-o ao componente ambulatorial em um mesmo programa (Portaria GM/MS 5.820, de 4/12/2024).

A expansão por meio do Programa Agora Tem Especialistas (2025)

32. O Pate foi instituído em lei, que também alterou a Lei Orgânica da Saúde (MPV 1.301, de 30/5/2025, convertida na Lei 15.233, de 7/10/2025), para vigorar até 31/12/2023. Na sequência, foi declarada a Situação de Urgência em Saúde Pública (Portaria GM/MS 7.061/2025), foi publicada a regulamentação do Pate (Portaria GM/MS 7.266, de 18/6/2025) e foi criado o Comitê de Acompanhamento para implantação e operacionalização do programa (Portaria GM/MS 7.046, de 30/5/2025).

33. A legislação do Pate manteve a regulamentação dos anteriores componentes ambulatorial e cirúrgico do PMAE (art. 7º e 19 da Portaria GM/MS 7.266/2025) e adicionou seis novos componentes para ampliar as estratégias de enfrentamento das filas de espera: (i) Acesso à Radioterapia, (ii) Créditos Financeiros, (iii) Ressarcimento ao SUS, (iv) Provimento e Gestão da Força de Trabalho Especializada, (v) SUS Digital, e (vi) Prestação de Serviços Especializados em Caráter Complementar.

34. A Programação Anual de Saúde (PAS) 2025 detalha metas específicas relacionadas aos componentes cirúrgico e ambulatorial do Pate, incluindo: ampliar os procedimentos especializados para tratamento do câncer (meta de 4.753.741 procedimentos); alcançar taxa de expansão de cirurgias eletivas de 1,25; ampliar o número de profissionais especialistas (6.300 novos profissionais); implantar modelo de informação de regulação assistencial em 65% dos municípios; e realizar 80% das OCI previstas nos PAR aprovados.

Governança do Pate

35. A governança do Pate é exercida pelas diferentes instâncias colegiadas do SUS em arranjo tripartite e multinível: Comissão Intergestores Tripartite (CIT), Comissões Intergestores Bipartite (CIB) e Comissões Intergestores Regionais (CIR) (art. 26 da Portaria GM/MS 7.266, de 18/6/2025, alterada pela Portaria GM/MS 7.701, de 25/7/2025).

36. Há, ainda, o Grupo Condutor Tripartite de Implementação e Monitoramento, o qual atua como instância colegiada de coordenação do Pate. Esse grupo objetiva o acompanhamento, monitoramento, apoio e avaliação do Programa (art. 26 da Portaria GM/MS 7.266/2025, art. 17 da Portaria GM/MS 3.492/2024). Os estados, municípios e Distrito Federal devem instituir Grupos Condutores Estaduais e Distrital para coordenar e monitorar a implementação do programa, promovendo a articulação entre os diferentes atores do sistema, incluindo a organização dos

Para verificar as assinaturas, acesse www.tcu.gov.br/autenticidade e informe o código 80486594.

processos de trabalho e a identificação de pontos críticos. Esses grupos têm a participação do MS, secretarias estaduais de saúde (SES), secretarias municipais de saúde (SMS) e Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde (Cosems) (art. 27 da Portaria GM/MS 7.266/2025, alterado pela Portaria GM/MS 7.701/2025).

37. Além da estrutura de governança mencionada, o Pate conta com um Comitê de Acompanhamento para implantação, implementação e operacionalização do Programa. Seus objetivos incluem apoiar o MS na implementação e acompanhar, monitorar e avaliar o Programa, sem substituir ou sobrepor as atribuições de governança dos grupos condutores. O Comitê conta com 23 tipos de representação, incluindo diversas unidades organizacionais do MS e organizações de prestação de serviços de saúde supervisionadas pelo Ministério, Conselho Nacional de Saúde (CNS), Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), hospitais de excelência do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (Proadi-SUS), confederações e associações do setor saúde, totalizando cerca de sessenta membros (parágrafo único do art. 25 da Portaria 7.266/2025, alterado pela Portaria 7.701/2025; Portaria GM/MS 7.046, de 30/5/2025).

38. O MS é responsável por articular, promover e integrar as atividades e as ações de cooperação entre os entes federados envolvidos na construção da agenda interfederativa, observada a autonomia de cada ente federativo (art. 28 da Portaria GM/MS 7.266/2025). Compete à Secretaria de Atenção Especializada à Saúde (Saes) do MS a coordenação nacional do Pate, cabendo-lhe, para tanto, realizar a articulação interna no ministério e elaborar e disponibilizar a estados, municípios e Distrito Federal dispositivos, ações e instrumentos para o alcance dos objetivos do Programa (art. 4º da Portaria GM/MS 3.492/2024).

39. Em junho de 2025, foi criado o Departamento de Estratégias para a Expansão e a Qualificação da Atenção Especializada (DEEQAE) para coordenar as estratégias de ampliação do acesso à atenção especializada, com competências que incluem (a) planejar, coordenar e avaliar os componentes ambulatorial e hospitalar da atenção especializada e (b) coordenar a articulação interfederativa para implementação de estratégias com vistas à redução de filas e tempos de espera para consultas, exames e cirurgias especializadas (art. 31-A, do Anexo I do Decreto 11.798/2023, alterado pelo Decreto 12.489, de 4/6/2025).

Sistemas informatizados de regulação

40. A regulação assistencial no SUS refere-se à organização, controle, gerenciamento e priorização do acesso aos serviços de saúde e dos fluxos assistenciais, exercida por meio de complexos reguladores e suas unidades operacionais, as centrais de regulação (Portaria GM/MS 1.559/2008 - Política Nacional de Regulação - PNR). No contexto dos programas voltados à redução de filas de espera para atenção especializada, a regulação assume papel estratégico como instrumento de gestão do acesso.

41. O PNRF já estabelecia entre seus objetivos a mudança do modelo de gestão e regulação das filas para adequar a oferta de serviços às necessidades de saúde e à estratificação de risco (art. 2º, inc. V, da Portaria GM/MS 90/2023). O PMAE exigiu mais dos complexos reguladores ao criar as OCI, com definição de tempos máximos para conclusão e exigência de gestão qualificada das filas (Portaria GM/MS 3.492/2024 e Portaria Saes/MS 1.640/2024).

42. O Pate consolida e amplia essas estratégias, estabelecendo como diretriz a regulação com uso de indicadores de desempenho, sistemas interoperáveis (capazes de se comunicar, trocar dados e utilizar informações compartilhadas), critérios clínicos de priorização e transparência ativa e integração com a Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS) (art. 3º, inc. VIII, da Portaria GM/MS 7.266/2025). A programação das ofertas de serviços ocorre por meio dos Planos de Ação Regional (PAR), para as OCI, e das programações estaduais de cirurgias, submetidos à análise dos Grupos Condutores e pactuados nas CIB (art. 19 da Portaria GM/MS 7.266/2025).

43. Avanços recentes na regulação incluem a instituição do Modelo de Informação da Regulação Assistencial (Mira) em 2023 e o estabelecimento da obrigatoriedade de envio diário de dados de

Para verificar as assinaturas, acesse www.tcu.gov.br/autenticidade e informe o código 80486594.

regulação à RNDS (art. 1º, 2º, 5º e 9º da Portaria GM/MS 6.656/2025). O Mira define a estrutura e o conteúdo das informações da regulação assistencial nos sistemas de informação, padronizando os dados, e teve elaboração tripartite e pactuação na CIT (Portaria Conjunta Saes/Seidigi 3/2023). O Pate reforça que a interoperabilidade dos dados com a RNDS é componente essencial do programa, devendo seguir o modelo Mira (art. 14 e 22 da Portaria GM/MS 7.266/2025; art. 4º da Portaria GM/MS 7.495/2025).

44. Os dados da RNDS são provenientes de sistemas próprios de estados e municípios, do Sisreg, bem como dos módulos ambulatorial e de captação de filas do e-SUS Regulação. O Sisreg é o principal sistema de regulação do MS, fornecido aos entes federados gratuitamente. O e-SUS Regulação também é um sistema de regulação do MS e convive com o Sisreg, mas está em processo de substituí-lo. Ressalta-se que os dados de cirurgias hospitalares do Sisreg ainda não foram integrados à RNDS e que o e-SUS Regulação não possui módulo para regulação de cirurgias hospitalares.

45. A alimentação dos sistemas com fila individualizada, identificada por CPF, consolidada por UF e considerando as OCI, tornou-se condição para acompanhamento da execução do PAR e para repasses futuros (§1º do art. 14 da Portaria GM/MS 3.492/2024). A identificação obrigatória por CPF foi estabelecida para todos os procedimentos do PMAE, exceto para população indígena, que mantém a identificação por meio do Cartão Nacional de Saúde (Portaria Saes/MS 2.723/2025).

46. Esses avanços na regulação assistencial, quando efetivados, permitirão maior transparência, qualificação da gestão das filas e integração entre os níveis de atenção, viabilizando o monitoramento e a disseminação de informações para usuários, profissionais e gestores via plataformas do SUS Digital (art. 7º da Portaria GM/MS 7.495/2025).

Aspectos orçamentários e financeiros

47. No Plano Plurianual (PPA) 2024-2027, o Programa 5118 - Atenção Especializada à Saúde inclui objetivos específicos relacionados ao Pate. O objetivo 0470 visa 'Reduzir as filas de espera de procedimentos eletivos de atenção especializada em saúde'. O financiamento do Pate, nos componentes cirúrgico e ambulatorial, resulta da evolução dos programas predecessores e conta com duas fontes principais de recursos: o Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (Faec) e emendas parlamentares.

48. O PNRF disponibilizou R$ 600 milhões para cirurgias eletivas em 2023, com distribuição entre estados baseada em critério populacional (art. 1º da Portaria GM/MS 90/2023). Em 2024, foi aportado R$ 1,2 bilhão (Portaria GM/MS 2.336/2023), e em 2025, foram destinados R$ 1,5 bilhão, totalizando R$ 3,3 bilhões de 2023-2025, onerando o Programa de Trabalho 10.302.5118.8585, Plano Orçamentário 0005 (Fundo de Ações Estratégicas e Compensação - Faec). Os procedimentos cirúrgicos financiados pelo Programa recebem identificação numérica específica na autorização de internação hospitalar (AIH) (art. 10 da Portaria GM/MS 90/2023). Posteriormente, em novembro de 2025, foi publicada a Portaria GM/MS 8.674/2025 a qual criou o modelo de execução unificada dos recursos financeiros destinados ao custeio do componente ambulatorial e cirúrgico do Pate. Nesse cenário, recursos anteriormente direcionados exclusivamente para o componente ambulatorial poderiam ser aplicados no componente cirúrgico e vice-versa. Em entrevista, o MS esclareceu, que a produção excedente de 2025, a exemplo de Santa Catarina e Paraíba, foi paga por meio de remanejamento de valores previstos para o componente cirúrgico de outros estados que não apresentaram produção, bem como de recursos anteriores destinados a execução de OCI (Extrato entrevistas Pate - execução).

49. O PMAE-ambulatorial repassou recursos de incentivo destinados, prioritariamente, à estruturação de processos, contratação e capacitação de pessoal, com vistas à implantação e funcionamento dos NAG, com valores variáveis segundo abrangência populacional. O custeio da produção de OCI foi dividido em 30% de fomento em parcela única e 70% conforme produção (art. 15 e 16 da Portaria GM/MS 3.492/2024, alterados pela Portaria GM/MS 5.758, de 4/12/2024; Portaria Saes/MS 3.092, de 31/7/2025). Para 2025, foram aprovados recursos que totalizaram

Para verificar as assinaturas, acesse www.tcu.gov.br/autenticidade e informe o código 80486594.

R$ 1,8 bilhão, com execução de aproximadamente 32,2% quanto aos montantes de fomento da execução de OCI e os referentes à 50% do Incentivo à Implementação das Ações e Estratégias de Gestão do PAR e apenas 0,6% relativos à produção de OCI. Nesse sentido, foram repassados, até novembro de 2025, cerca de R$ 600 milhões (Planilha Copia_de_Tabela_dos_Recursos_Financeiros_Agora_Tem_Especialistas___Oficio_TCU_09_02_2026).

50. A exemplo do PNRF, os recursos do componente ambulatorial são transferidos a conta do Faec e os procedimentos ambulatoriais a serem financiados pelo programa recebem identificação numérica específica na autorização de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade (APAC).

51. Junto com o Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar (MAC), o Faec compõe o bloco da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar. O MAC financia as ações ordinárias de alta e média complexidade e o Faec as ações consideradas estratégicas. A intenção é que os procedimentos ambulatoriais e hospitalares de média e alta complexidade, financiados pelo Faec, sejam gradativamente incorporados ao MAC. Além dos componentes cirúrgico e ambulatorial do Pate, o Faec financia várias outras ações, entre as quais se destacam a terapia renal substitutiva (TRS) e os transplantes de órgãos e tecidos. Os recursos federais do MAC e do Faec são transferidos do Fundo Nacional de Saúde (FNS) aos Fundos de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios (Portaria GM/MS 204, de 29/1/2007).

52. Em 2025, com a unificação da execução orçamentária dos componentes cirúrgico e ambulatorial, manteve-se a transferência fundo a fundo pelo Faec, organizando o monitoramento financeiro em dois eixos (recursos provenientes do Faec e de emendas parlamentares), e condicionando a suplementação dos recursos à execução integral dos recursos já repassados e à manutenção da série histórica de produção de 2022 financiada pelo Teto MAC. Recursos não utilizados podem ser deduzidos dos tetos MAC, precedidos de comunicação oficial e prazo para contestação (par. 48 e art. 5º, 6º, 7º e 8º da Portaria GM/MS 8.674/2025).

53. O MS esclareceu que as despesas relacionadas ao componente cirúrgico do Pate podem ser realizadas utilizando programações discricionárias de emendas parlamentares classificadas como RP 6 (emenda individual), RP 7 (emenda de bancada) e RP 8 (emenda da comissão). O panorama dessa modalidade de recursos foi objeto de análise e consta na seção estrutura de governança e gestão do programa e no Apêndice F.

TEMPOS DE ESPERA PARA ACESSO A CIRURGIAS ELETIVAS E A PRODUÇÃO DO PROGRAMA

54. Este capítulo examina como o componente cirúrgico do Programa Agora Tem Especialistas (Pate) contribui para a redução do tempo de espera para realização de cirurgias eletivas. São apresentados três achados. O primeiro analisa a evolução dos tempos de espera para acesso a cirurgias eletivas do rol do Pate, no nível nacional e estadual, por procedimento e por grupo de especialidade, identificando padrões, gargalos e desigualdades regionais. O segundo achado avalia se o componente cirúrgico do Pate potencializou o aumento da produção cirúrgica, a evolução das filas declaradas pelos entes federados e as causas raiz das filas para acesso à atenção especializada. O terceiro achado examina a proporcionalidade da distribuição da produção do programa entre os estados.

55. A análise de tempos de espera foi realizada a partir de dados de regulação extraídos da Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS), fornecidos pela Secretaria de Informação e Saúde Digital (Seidigi), compreendendo registros de cirurgias eletivas do rol do Pate realizadas entre 2018 e 2025. O rol do Pate é o conjunto de procedimentos cirúrgicos prioritários estabelecido em Portaria do MS para reduzir filas e tempos de espera e passíveis de financiamento pelo programa. A extração de dados da RNDS ocorreu em 24/2/2026 e registros de cirurgias realizadas em 2025

Para verificar as assinaturas, acesse www.tcu.gov.br/autenticidade e informe o código 80486594.

podem não ter sido incluídos por atraso na remessa pelos entes executores.

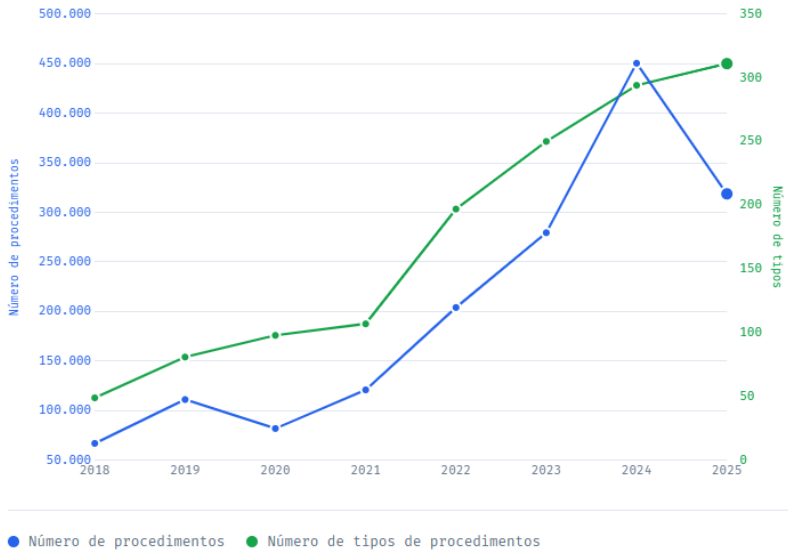
56. O tempo de espera é definido como o número de dias decorridos entre a data de solicitação e a data de realização da cirurgia. Para cada procedimento ou grupo de procedimentos, analisaram-se as medianas dos tempos de espera e do terceiro quartil (Q3). Optou-se pela utilização da mediana em vez da média, visto que aquela estatística é menos sensível a valores extremos do que esta. O terceiro quartil indica o tempo de espera acima do qual se encontra um quarto dos usuários. A cada etapa da análise (nacional, estadual, por procedimento e por grupo), foram considerados apenas procedimentos com mais de trinta realizações. A cobertura da RNDS em relação à produção de cirurgias eletivas do rol do Pate no SUS ainda é baixa, estimada em 10,4% em 2024, e localizada em certas unidades da federação (UF) (Capítulo 5, Gráfico 23 e par. 287), o que sugere viés de seleção e impede generalização das conclusões para o país. Não obstante, o volume de registros é suficiente para análises estatísticas descritivas de distribuição, com validade interna, e para acompanhar tendências temporais.

57. A trajetória do número de procedimentos registrados na RNDS (Gráfico 1) é de crescimento expressivo no período, com queda significativa em 2020, como reflexo da pandemia, que reduziu a realização de cirurgias eletivas no SUS de forma geral. A recuperação a partir de 2021 é consistente, culminando no pico de 2024 com 450,3 mil registros. A queda em 2025 pode refletir um atraso na inserção de dados e não uma reversão da tendência. Por sua vez, o número de tipos de procedimentos registrados apresenta crescimento contínuo, o que reforça a interpretação de que a queda do número de cirurgias realizadas em 2025 não reflete retração na adesão à RNDS, mas sim uma redução no volume de registros por tipo, possivelmente pela incompletude dos dados.

58. Apesar do aumento dos tipos de procedimentos cirúrgicos registrados na RNDS, em 2025 os 311 tipos de cirurgias na rede representaram apenas 24,5% de todos os procedimentos do rol do Pate (1.269, segundo a Portaria Saes/MS 3.245/2025).

59. Cabe esclarecer que os dados de regulação da RNDS não identificam as cirurgias que foram financiadas pelo Pate. As análises foram realizadas sobre procedimentos relacionados no rol do Programa, mas a produção com financiamento do Pate em 2025 representou cerca de 25% da produção de cirurgias realizadas pelo SUS listadas no rol.

Gráfico 1 - Número de tipos de procedimentos cirúrgicos eletivos do rol do Pate, registrados na RNDS com mais de trinta realizações e correspondente número de registros de realização de procedimentos, de 2018 a 2025



Fonte: elaboração própria a partir da planilha RNDS_RolPate_Eletivos_N30.xlsx, com dados de extração da RNDS, fornecida pela Seidigi, com registros de cirurgias eletivas do rol do Pate, por data de execução, de 2018 a 2025, e número de procedimentos realizados acima de trinta

Para verificar as assinaturas, acesse www.tcu.gov.br/autenticidade e informe o código 80486594.

A mediana dos tempos de espera está reduzindo para a maioria dos procedimentos cirúrgicos eletivos do rol do Pate registrados na RNDS, porém um quarto dos usuários enfrenta esperas cada vez mais longas

60. A análise dos dados de regulação da RNDS revela que a maioria dos usuários está sendo atendida mais rapidamente, porém uma parcela significativa enfrenta esperas cada vez mais longas.

61. As análises de tempos de espera a seguir precisaram ser realizadas sobre dados mais agregados e sobre procedimentos com maior volume de realização porque os dados da RNDS estão muito concentrados em poucos tipos de procedimentos cirúrgicos e há procedimentos com pouco volume que apresentam tempos de espera extremos, afetando de forma significativa as estatísticas.

62. Para os procedimentos que representam 80,2% (29 procedimentos) do volume de cirurgias registradas em 2025, a mediana dos tempos de espera apresentou queda em 62,1% deles (18/29) em 2023-2025. Isso indica que metade dos pacientes está sendo atendida mais rapidamente na maioria dos procedimentos de maior volume. Contudo, essa melhoria é acompanhada de aumento da dispersão dos tempos de espera, pois o desvio padrão subiu em 69% desses mesmos procedimentos (20 de 29). Além disso, o tempo de espera acima do qual se encontra um quarto dos usuários (chamado de terceiro quartil ou Q3) aumentou em 55,2% dos procedimentos (16 de 29). O fenômeno de redução das medianas com ampliação simultânea da dispersão em 2023-2025 indica que a melhoria da mediana pode estar mascarando a persistência de esperas excessivamente longas para 25% dos usuários (Tabela 21, Apêndice B).

63. Ante o movimento agregado observado, cabe examinar alguns casos específicos para ilustrar as peculiaridades nos padrões de espera das filas e a necessidade de gestão mais detalhada, que identifique as necessidades de intervenções específicas.

64. Dentre os 29 procedimentos de maior volume em 2025, merecem destaque alguns casos ilustrativos da dinâmica observada, pois a disponibilidade de pessoal especializado, de equipamentos, de instalações, de insumos, a exemplo de órteses e próteses, afetam de formas diferentes os tempos de espera para a realização dos procedimentos (Tabela 21, Apêndice B):

a) Padrão estável - a cirurgia de Catarata (Facoemulsificação com implante de lente intraocular dobrável), procedimento de maior volume, apresentou pouca variação em todas as métricas avaliadas de seu tempo de espera (mediana, desvio-padrão e terceiro quartil);

b) Melhoria central acompanhada de aumento na dispersão e piora para um quarto de pacientes com esperas mais longas - a cirurgia de Vesícula (Colecistectomia videolaparoscópica), terceiro procedimento em volume, teve queda na mediana de 50 para 28 dias, mas aumento de 111,3 dias no desvio padrão e de 49 dias no terceiro quartil (Q3);

c) Piora geral - a Esterilização masculina (Vasectomia), sétimo em volume, registrou aumento na mediana de 51 para 83 dias, de 104 dias no Q3 e de 13,9 dias no desvio padrão;

d) Menor espera - o tempo de espera para a Retirada do útero (Histerectomia total), décimo procedimento em volume, apresentou queda de 63 para 31 dias na mediana e de 230 para 134 dias no Q3, apesar de aumento do desvio padrão.

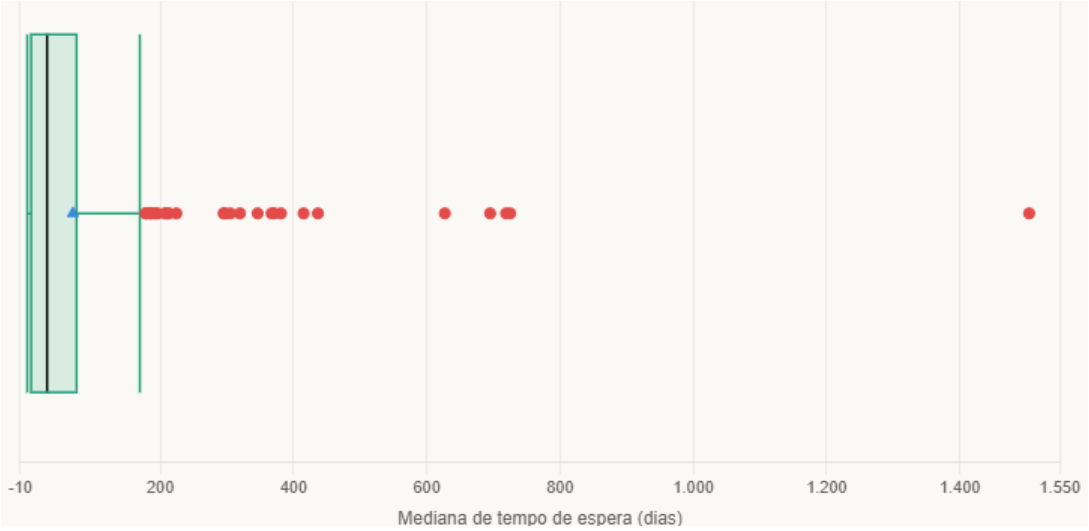
65. Como ilustração da existência de valores extremos (par. 61), constata-se que em 2024-2025, segundo a regra estatística do *box-plot* (BUSSAB; MORETTIN, 2017), foram identificados respectivamente 34 e 29 valores extremos para a mediana dos tempos de espera (outliers). Os tempos de espera foram considerados extremos quando ultrapassaram 152,5 e 165 dias em 2024 e 2025, respectivamente.

66. Em 2024, por exemplo, houve procedimentos para os quais 50% dos usuários tiveram que esperar mais de 153 dias (Redesignação sexual no sexo masculino) e até mais de 592 dias (Trat. cirúrgico de deformidade da coluna). Em 2025, as 29 medianas extremas encontravam-se entre 1.504 (Sinusotomia transmaxilar) e 166 dias (Retossigmoidectomia abdomino-perineal). A assimetria da distribuição das medianas de tempos de espera é evidente, com a cauda direita muito

Para verificar as assinaturas, acesse www.tcu.gov.br/autenticidade e informe o código 80486594.

longa, puxada por procedimentos, provavelmente, de alta complexidade (dez dos 29 procedimentos com tempos de espera extremos em 2025) ou oferta restrita (Tabela 22, Apêndice B; Gráfico 2).

Gráfico 2 - Gráfico de dispersão (box-plot) de medianas de tempos de espera para acesso os 311 tipos de cirurgias eletivas do rol do Pate registrados na RNDS em 2025

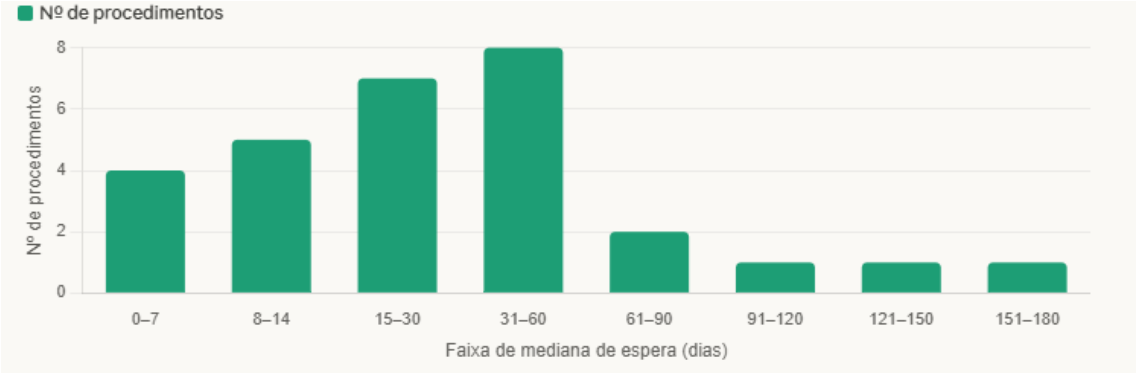


Fonte: elaboração própria a partir da planilha RNDS_RolPate_Eletivos_N30.xlsx, com dados de extração da RNDS, fornecida pela Seidigi, com registros de cirurgias eletivas do rol do Pate, por data de execução, de 2018 a 2025, e número de procedimentos realizados acima de trinta.

67. Esse cálculo de tempos de espera extremos é uma convenção estatística, não um critério clínico ou normativo. Ela identifica valores atipicamente distantes do corpo central da distribuição, mas não implica necessariamente que esses tempos sejam 'inaceitáveis', mesmo porque em todos os anos aparecem medianas extremas para procedimentos com baixo volume, o que pode indicar gargalos reais em procedimentos mais raros ou especializados.

68. Nota-se que os procedimentos com medianas extremas apresentam baixos volumes, entre 30 e 260 cirurgias realizadas, com a exceção da cirurgia de Pálpebra virada (Correção de entrópio/ectrópio), com 1.642 realizações, que é a única que também aparece entre as 29 de maior volume (Tabela 22, Apêndice B). Para definir critérios do que seria tempo de espera aceitável, são necessários referenciais normativos externos.

Gráfico 3 - Histograma de medianas de tempos de espera para acesso aos 29 tipos de cirurgias eletivas do rol do Pate com maior volume registrados na RNDS em 2025



Fonte: elaboração própria a partir da planilha RNDS_RolPate_Eletivos_N30.xlsx, com dados de extração da RNDS, fornecida pela Seidigi, com registros de cirurgias eletivas do rol do Pate, por data de execução, de 2018 a 2025, e número de procedimentos realizados acima de trinta.

69. Quando se restringe a análise aos 29 procedimentos de maior volume, os tempos de espera extremos desaparecem, pois nenhum desses procedimentos tem mediana acima de 180 dias. O caso

Para verificar as assinaturas, acesse www.tcu.gov.br/autenticidade e informe o código 80486594.

de tempo mais longo é o da cirurgia de Pálpebra virada (Correção de entrópio/ectrópio), com 169 dias. A distribuição dos tempos medianos de espera dos procedimentos cirúrgicos é relativamente equilibrada entre as faixas de 0 a 60 dias, com poucos casos nas faixas superiores (Gráfico 3). Os procedimentos de alto volume apresentam tempos de espera substancialmente melhores se comparados à distribuição completa. Porém, esse grupo de procedimentos é dominado por apenas dois que representam quase metade do volume total (par. 61). As cirurgias de Catarata (Facoemulsificacao c/ implante de lente intraocular dobrável) e a Limpeza da lente pós cirurgia de catarata (Capsulotomia a yag laser) representaram respectivamente 52,9% e 49,5% dos registros de cirurgias eletivas do rol do Pate na RNDS em 2025.

70. O principal referencial para avaliação dos tempos de espera em cirurgias eletivas é o Enunciado 93 da Jornada de Direito à Saúde do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), que considera inefetiva a política pública de saúde quando o tempo de espera para cirurgias e tratamentos supera 180 dias (Enunciado 93, com redação dada na VI Jornada de Direito da Saúde, 15/6/2023).

71. Para procedimentos oncológicos, aplica-se um critério mais restritivo, que é o de que o primeiro tratamento do paciente diagnosticado com neoplasia maligna deve ser iniciado em até sessenta dias (art. 3º da Lei 12.732/2012). Além disso, a redução do tempo de espera para o tratamento de usuários diagnosticados com câncer é um dos objetivos específicos do Pate, em especial do seu componente de radioterapia (inc. I, art. 2º-A da Lei 12.732/2012, alterada pela MPV 1.301/2025, convertida na Lei 15.233/2025).

72. Entre os critérios gerais cuja citação é pertinente, está o objetivo do programa de ampliação do acesso e a redução do tempo de espera para consultas, exames, tratamentos e cirurgias eletivas (inc. I, art. 2º da Portaria GM/MS 7.266/2025). A transparência dos processos regulatórios e a comunicação direta com cidadãos sobre a situação da lista de espera e o tempo estimado de atendimento são diretrizes da Política Nacional de Regulação do SUS (inc. XIV e XV, art. 5º da Portaria GM/MS 9.262/2025). Os indicadores para monitoramento da implementação dessa política devem contemplar o tempo médio de espera para o acesso regulado aos serviços da atenção especializada (inc. VI, art. 55 da Portaria GM/MS 9.262/2025).

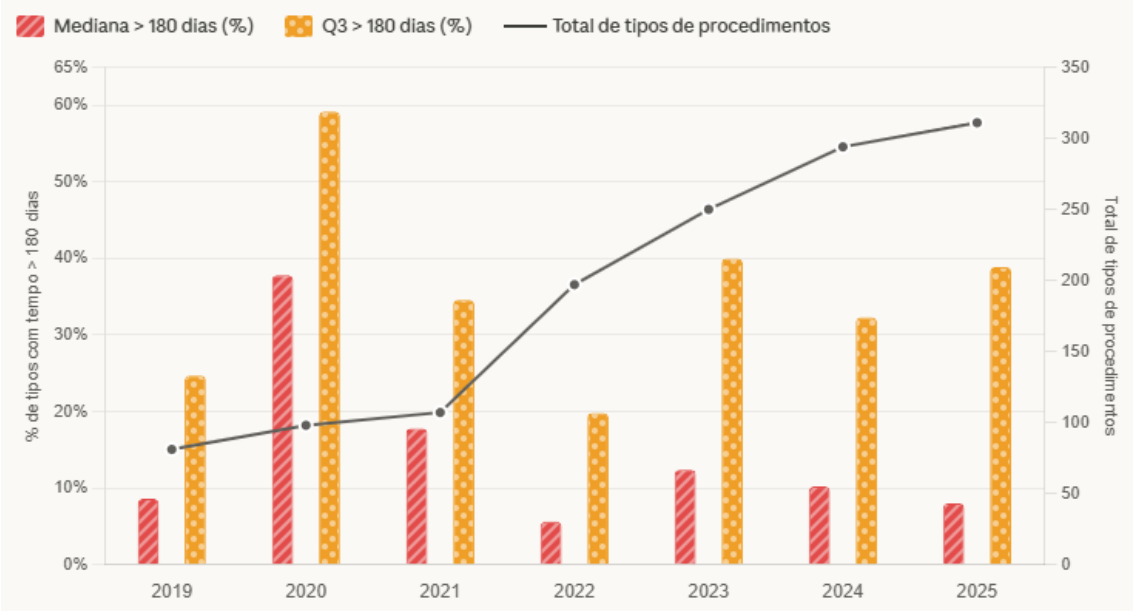
73. Por fim, ressalta-se que o registro dos dados de regulação, em especial os de tempo de espera, e seu envio pelos entes federativos para o MS são prescritos em lei (art. 47-A da Lei 8.080/1990, alterada pela Lei 15.233/2025). O envio desses dados para que sejam integrados a RNDS possibilitará análises mais representativas da situação nacional quanto a tempos de espera para cirurgias no SUS.

Pelo menos metade dos usuários esperam mais de 180 dias para acesso em cerca de 10% dos procedimentos registrados na RNDS

74. Apenas 8% a 12,4% do total dos procedimentos cirúrgicos eletivos do rol do Pate registrados na RNDS nos anos recentes (2023-2025) apresentam tempos de espera acima de 180 dias para 50% de seus usuários. No entanto, entre 32,3% e 40% dos procedimentos registrados apresentam tempos de espera maiores de 180 dias para um quarto dos pacientes, isto é, descumprem o critério do Enunciado 93 do CNJ, mesmo quando as medianas dos tempos de espera estão abaixo de 180 dias (Tabela 23, Apêndice B; Gráfico 4).

Gráfico 4 - Total de tipos de procedimentos cirúrgicos eletivos do rol do Pate registrados na RNDS e número de tipos de procedimentos com medianas de tempos de espera e terceiro quartil (Q3) maiores de 180 dias, de 2019 a 2025

Para verificar as assinaturas, acesse www.tcu.gov.br/autenticidade e informe o código 80486594.



Fonte: elaboração própria a partir da planilha RNDS_RolPate_Eletivos_N30.xlsx, com dados de extração da RNDS, fornecida pela Seidigi, com registros de cirurgias eletivas do rol do Pate, por data de execução, de 2018 a 2025, e número de procedimentos realizados acima de trinta.

75. O gráfico evidencia a dissociação entre os dois indicadores. Enquanto a barra a esquerda (mediana > 180 dias) recua para 8% em 2025, próxima ao patamar pré-pandêmico de 2019, a barra a direita (Q3 > 180 dias) permanece em 38,9%, quase no mesmo patamar de 2023. Isso significa que a melhora do tempo de espera para metade dos usuários não se traduz em melhora para o quarto mais afetado dos pacientes. A linha que representa o total de tipos de procedimentos por ano contextualiza a situação, mostrando que a variedade de tipos de procedimentos cresce de 81 para 311, o que torna os percentuais de medianas e Q3 acima de 180 dias comparáveis, com a ressalva de que o denominador se expande ao longo da série.

76. Quatro procedimentos se destacam pela recorrência entre os de maiores tempos de espera em três ou mais anos da série: Neurocirurgia vascular (Microcirurgia vascular intracraniana, com técnica complementar) (2019, 2023 e 2025), Cirurgia de câncer de tireoide (Tireoidectomia total em oncologia) (2022, 2023 e 2025), Retirada da paratireoide (Paratireoidectomia) (2022, 2023 e 2025) e a Cirurgia de escoliose (Tratamento cirúrgico de deformidade da coluna via posterior, 12 níveis ou mais - TCDCP) (2022, 2023 e 2024). Os três primeiros apresentam medianas entre 695 e 725 dias em 2025 (Tabela 22, Apêndice B), enquanto o último registrava mediana de 592 dias em 2024. A mediana do tempo de espera para a Cirurgia de escoliose apresenta piora contínua entre 2023 e 2025 (208 → 348 → 592 dias). São procedimentos de alta complexidade, à exceção da Retirada da paratireoide, que é de média complexidade. Ressalvada a baixa cobertura da RNDS, há indicação de que esses procedimentos configuram gargalos estruturais, e não oscilações pontuais de fila.

77. Os maiores tempos de espera concentram-se em procedimentos de volume baixo de realização. Entre 2019 e 2025, a proporção de procedimentos com até cinquenta realizações entre os que apresentam mediana acima de 180 dias é sempre superior a 35%, chegando a 54,5% em 2022. A média mais alta do número de cirurgias registradas por procedimento em 2020 é de 138,2, refletindo o fato de que naquele ano mesmo procedimentos de volume relativamente alto (colecistectomia, laqueadura, reconstrução ligamentar) ultrapassaram o limiar de 180 dias por efeito do represamento pandêmico. Nos demais anos, a média oscila entre 63 e 111, indicando que os procedimentos com maior demora para acesso tendem a ser realizados em volume moderado abaixo (Tabela 24, Apêndice B). Essa concentração sugere que a oferta restrita de determinados especialistas e a dependência de poucos centros especializados são gargalos difíceis de resolver por ações de aumento geral do financiamento de procedimentos.

78. Ressalva-se que procedimentos com amostras pequenas (N ≤ 30-40) são mais suscetíveis a

Para verificar as assinaturas, acesse www.tcu.gov.br/autenticidade e informe o código 80486594.

distorções por valores extremos. A presença ou ausência de certos procedimentos no grupo dos que apresentam maiores tempos de espera pode refletir mudança no padrão de envio de dados para a RNDS e não necessariamente melhoria de acesso.

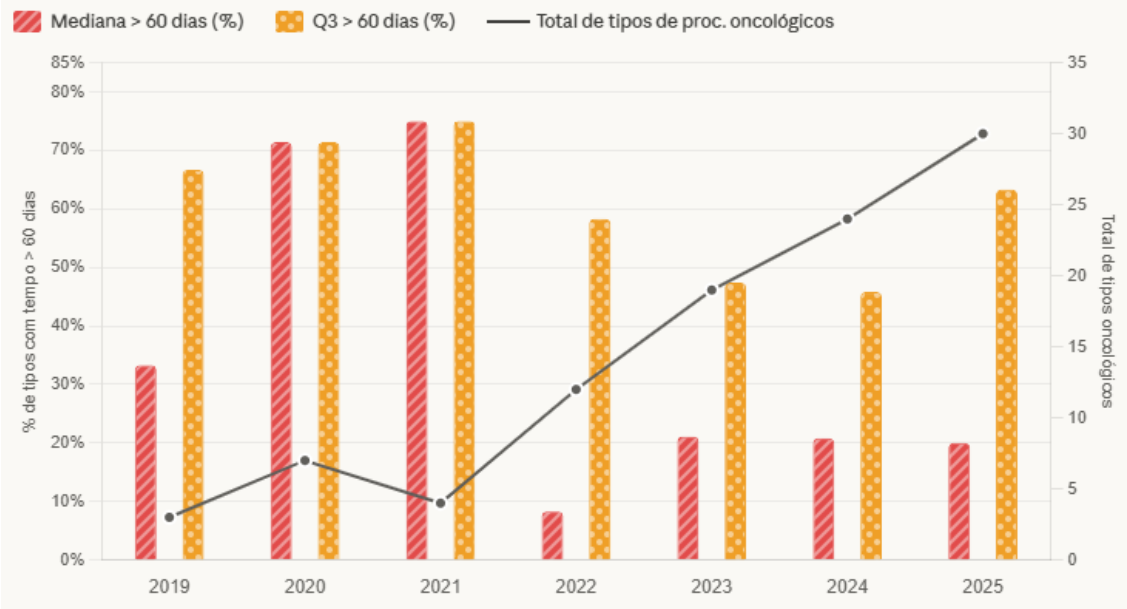
Pelo menos metade dos usuários esperam mais de 60 dias para acesso em cerca de 20% dos procedimentos oncológicos eletivos registrados na RNDS

79. Em torno de 20% dos procedimentos oncológicos na RNDS em 2023-2025 tiveram 50% de seus usuários esperando mais de 60 dias pela realização da cirurgia. Esse patamar é inferior ao do choque pandêmico de 2020-2021, mas ainda significativo tratando-se de pacientes oncológicos com garantia legal de início de tratamento em 60 dias (Lei 12.732/2012) (Tabela 25, Apêndice B; Gráfico 5). Além da existência de critério legal, o grupo de procedimentos oncológicos é aquele no qual a espera excessiva gera maior preocupação clínica, dado o impacto direto do tempo de espera sobre prognóstico e sobrevida (UNGVARI, FEKETE, FEKETE et al., 2025; UNGVARI, FEKETE, BUDA et al., 2025).

80. Em 2025, enquanto em 20% dos tipos de procedimentos oncológicos, 50% de seus usuários esperaram por mais de 60 dias, em quase dois terços dos tipos de procedimentos oncológicos registrados na RNDS, pelo menos 25% dos pacientes esperaram além do prazo legal. Esse é o pior patamar da série, excluindo os anos de baixa cobertura da RNDS para tipos de procedimentos oncológicos (2019-2021), sugerindo que o número de procedimentos com tempo mediano de espera excessivo em oncologia está se ampliando, mesmo com a expansão da cobertura da RNDS (de 12 para 30 tipos registrados entre 2022 e 2025).

81. O caso de 2022 chama a atenção porque, apesar de haver apenas um procedimento oncológico para o qual 50% dos usuários esperaram mais de 60 dias (8,3%), em sete dos doze tipos de procedimentos oncológicos registrados na RNDS naquele ano (58,3%) um quarto dos usuários aguardaram acima do tempo fixado em lei (art. 3º da Lei 12.732/2012, par. 71).

Gráfico 5 - Total de tipos de procedimentos cirúrgicos oncológicos eletivos do rol do Pate registrados na RNDS e número de tipos de procedimentos com medianas de tempos de espera e terceiro quartil (Q3) maiores de 60 dias, de 2019 a 2025



Fonte: elaboração própria a partir da planilha RNDS_RolPate_Eletivos_N30.xlsx, com dados de extração da RNDS, fornecida pela Seidigi, com registros de cirurgias eletivas do rol do Pate, por data de execução, de 2018 a 2025, e número de procedimentos realizados acima de trinta.

Para verificar as assinaturas, acesse www.tcu.gov.br/autenticidade e informe o código 80486594.

82. Nos dois anos mais recentes da série, nove tipos de procedimentos oncológicos do rol do Pate apresentaram mediana de tempo de espera superior a 60 dias. A proporção de não atendimento a esse critério varia de uma vez até doze vezes o limite legal. A Cirurgia de câncer de tireoide (tireoidectomia total em oncologia) é o caso mais anômalo da série, com trajetória sem tendência definida: mediana de 1.121 dias em 2022, queda para 421 dias em 2023, aparente normalização para 75 dias em 2024 e aumento para 719 dias em 2025.

Tabela 1 - Procedimentos cirúrgicos eletivos oncológicos do rol do Pate registrados na RNDS com medianas de tempo de espera entre as dez maiores medianas de procedimentos em geral, de 2019 a 2025

Ano de realização do procedimento	Nome do procedimento	Número de cirurgias realizadas e registradas na RNDS	Mediana do tempo de espera (dias)	Terceiro quartil (Q3)
2019	Cirurgia parcial de mama (Setorectomia / Quadrantectomia)	30	140	289
2021	Cirurgia parcial de mama (Setorectomia / Quadrantectomia) Cirurgia aberta de próstata (Prostatectomia suprapúbica) Raspagem da próstata (Ressecção endoscópica de próstata)	135 161 125	452 438 339	744 482 472
2022	Cirurgia de câncer de tireoide (Tireoidectomia total em oncologia)	63	1.121	1.290,5
2023	Retirada de parte do intestino (Colectomia videolaparoscópica) Cirurgia de câncer de tireoide (Tireoidectomia total em oncologia)	34 47	370 421	484,5 527
2025	Cirurgia de câncer de tireoide	83	719	748

Para verificar as assinaturas, acesse www.tcu.gov.br/autenticidade e informe o código 80486594.

	(Tireoidectomia total em oncologia)			

Fonte: elaboração própria a partir da planilha RNDS_RolPate_Eletivos_N30.xlsx, com dados de extração da RNDS, fornecida pela Seidigi, com registros de cirurgias eletivas do rol do Pate, por data de execução, de 2018 a 2025, e número de procedimentos realizados acima de trinta.

83. Vários procedimentos mostram queda expressiva na mediana entre 2020-2021 e 2024-2025, mas essa melhoria vem acompanhada de aumento do desvio padrão. A Cirurgia aberta de próstata (Prostatectomia suprapúbica) exemplifica essa dinâmica de recuperação com assimetria crescente: a mediana caiu de 487 dias em 2020 para 57,5 dias em 2025, mas o desvio padrão subiu de 242,7 para 501,8 dias e o máximo de 625 para 2.365 dias. Isso significa que, embora boa parte dos usuários esteja sendo atendida mais rápido, uma parcela significativa permanece com esperas extremas, puxando a média (239,2 dias) para quatro vezes acima da mediana em 2025. Essa assimetria crescente é uma marca importante do período pós-pandêmico, pois a melhoria central mascara a existência de grupo de pacientes em situação grave de demora.

84. A complexidade técnica do procedimento, isoladamente, não parece ser o principal determinante do tempo de espera da fila. Em 2025, procedimentos de alta complexidade como a Retirada parcial do rim (nefrectomia parcial) (mediana de 75 dias) e Retirada radical da próstata (Prostatovesiculectomia radical em oncologia) (105,5 dias) apresentam medianas mais baixas que vários procedimentos de média complexidade (Tabela 2). Isso sugere que fatores como oferta regional de serviços especializados, concentração de cirurgiões e organização da regulação local podem pesar mais no acesso a esses procedimentos.

Tabela 2 - Procedimentos cirúrgicos eletivos oncológicos do rol do Pate registrados na RNDS, por cumprimento do critério legal dos sessenta dias e complexidade, de 2019 a 2025

Ano	Total de procedimentos oncológicos	Mediana ≤ 60 dias		Mediana > 60 dias	
		Complexidade		Complexidade	
		Média	Alta	Média	Alta
2019	3	1	1	1	0
2020	7	0	2	5	0
2021	4	0	1	3	0
2022	12	6	5	0	1
2023	19	5	10	1	3
2024	24	4	15	3	2
2025	30	5	19	3	3

Fonte: elaboração própria a partir da planilha RNDS_RolPate_Eletivos_N30.xlsx, com dados de extração da RNDS, fornecida pela Seidigi, com registros de cirurgias eletivas do rol do Pate, por data de execução, de 2018 a 2025, e número de procedimentos realizados acima de trinta. Sigtap, disponível em https://sigtap.datasus.gov.br/, acesso em 10/12/2025.

Oncologia, otorrino e ginecologia se revezam entre os três grupos de cirurgias com maiores tempos de espera registrados na RNDS desde 2023

Para verificar as assinaturas, acesse www.tcu.gov.br/autenticidade e informe o código 80486594.

85. A posição relativa entre os grupos de procedimentos cirúrgicos com registro na RNDS, considerando as maiores medianas de tempo de espera, varia significativamente de ano para ano, com oncologia, otorrino e ginecologia se alternando entre os três primeiros desde 2023 (Tabela 3). Nenhum grupo isolado ocupa a primeira posição de forma estável. Isso sugere que os determinantes da posição relativa dependem de fatores conjunturais, a exemplo de políticas de mutirão, redistribuição de capacidade instalada, ou flutuações de demanda, e não de uma hierarquia fixa entre as especialidades.

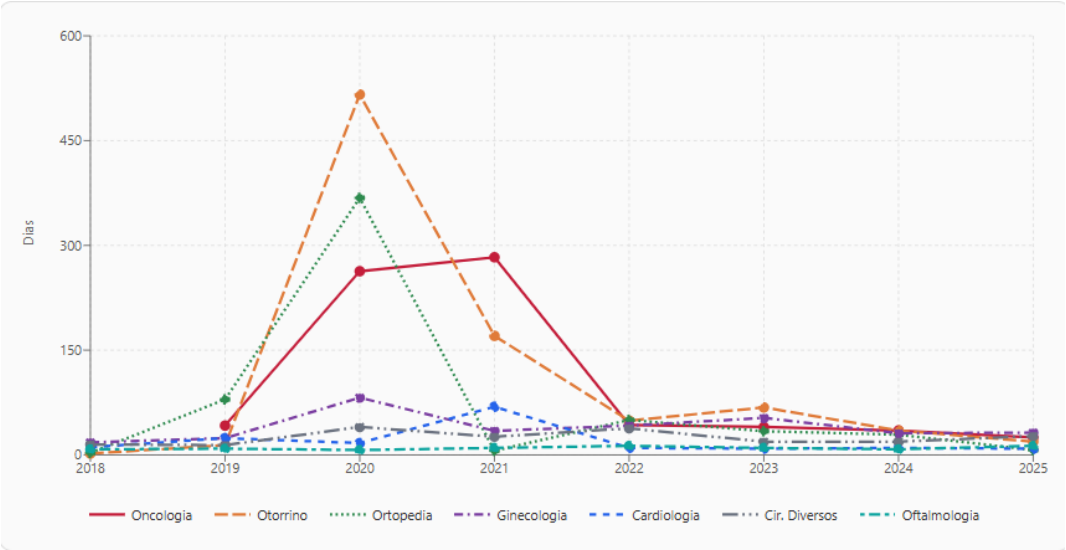
Tabela 3 - Posição do grupo de procedimentos cirúrgicos eletivos registrados na RNDS, considerando as maiores medianas de tempo de espera, no Brasil, de 2018 a 2025

Grupo	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Oncologia	–	2	3	1	3	3	1	3
Otorrino	6	5	1	2	2	1	2	4
Ortopedia	5	1	2	7	1	4	4	7
Ginecologia	1	4	4	4	4	2	3	1
Cardiologia	3	3	6	3	7	7	6	6
Cir. Diversos	2	6	5	5	5	5	5	2
Oftalmologia	4	7	7	6	6	6	7	5

Fonte: elaboração própria a partir da planilha RNDS_RolPate_Eletivos_N30.xlsx, com dados de extração da RNDS, fornecida pela Seidigi, com registros de cirurgias eletivas do rol do Pate, por data de execução, de 2018 a 2025, e número de procedimentos realizados acima de trinta. Sigtap, disponível em https://sigtap.datasus.gov.br/, acesso em 10/12/2025.

86. Os efeitos da pandemia de Covid-19 são evidentes. O ano de 2020 constitui um ponto de inflexão. A mediana da Otorrinolaringologia saltou de 14 dias (2019) para 516 dias, a da Ortopedia de 79,5 para 368, e a da Oncologia de 42 para 263. Esses patamares se mantiveram parcialmente elevados em 2021 e só recuaram consistentemente a partir de 2022, confirmando que o efeito da suspensão de cirurgias eletivas durante a pandemia gerou um estoque de demanda reprimida que levou ao menos dois anos para ser parcialmente absorvido (Gráfico 6).

Gráfico 6 - Mediana do tempo de espera, por grupo de procedimentos cirúrgicos eletivos registrados na RNDS, no Brasil, de 2018 a 2025



Fonte: elaboração própria a partir da planilha RNDS_RolPate_Eletivos_N30.xlsx, com dados de extração da RNDS, fornecida pela Seidigi, com registros de cirurgias eletivas do rol do Pate, por data de execução, de 2018 a 2025, e número de procedimentos realizados acima de trinta. Sigtap,

Para verificar as assinaturas, acesse www.tcu.gov.br/autenticidade e informe o código 80486594.

disponível em https://sigtap.datasus.gov.br/, acesso em 10/12/2025.

87. A Ortopedia ficou entre os três grupos com maiores medianas de tempo de espera em 2019, 2020 e 2022, e a Cardiologia em 2018, 2019 e 2021. Contudo, em 2024-2025, as medianas desses grupos caíram de 29 para 7 dias na Ortopedia e de 10 para 9 dias na Cardiologia. No entanto, o desvio padrão continua muito alto (371,3 em Ortopedia e 275,4 em Cardiologia). Isso indica que, embora a maioria seja atendida rápido, ainda existe um grupo considerável de pacientes que enfrenta esperas excessivamente longas, o que acaba sendo mascarado pela melhoria da mediana. A Oftalmologia, apesar de concentrar o maior volume absoluto de procedimentos (285,7 mil em 2024 e 196 mil em 2025), mantém medianas relativamente baixas (8 a 13 dias), indicando haver capacidade de atendimento da demanda.

Análise estadual, por grupo de procedimentos com registro na RNDS

88. No nível estadual, a análise das medianas de tempos de espera por grupo de procedimentos com registro na RNDS nos dois anos mais recentes revela o Distrito Federal como caso atípico, pois apresenta valores extremos na maioria dos grupos. Por exemplo, em 2025, a mediana de Otorrino atinge 544 dias, mais de seis vezes a de MG e PI (83 dias). Uma exceção é a Cardiologia, na qual o DF opera com medianas baixas (6 dias em 2024, 10 em 2025). Esses dados sugerem que os altos tempos de espera no DF não são conjunturais, mas refletem um problema estrutural na oferta em quase todas as especialidades cirúrgicas (Gráfico 7).

Gráfico 7 - Mediana do tempo de espera, por grupo de procedimentos cirúrgicos eletivos registrados na RNDS, por UF, 2025

UF	Otorrino	Oncologia	Ginecologia	Cir. Diversos	Cardiologia	Oftalmologia	Ortopedia
DF	544	87	325	242	10	41	418
PI	83	84	54	51	115	8	56
MG	83	80	172	81	36	10	165
PB	7	3	27	15	7	6	23
GO	0	0	0	0	1	18	0
PA	0	166	78	112	–	10	2
SC	–	5	125	19	–	26	–
SP	–	–	28	109	–	44	7
AM	–	–	76	9	–	15	–
PE	–	–	147	13	–	17	–
RN	–	–	221	2	–	6	–
MA	–	–	–	3	–	5	0
MT	–	–	–	8	–	10	2
RO	–	–	–	–	0	0	–
AC	–	–	–	49	–	92	–
AL	–	–	–	4	–	5	–
AP	–	–	–	0	–	19	–
BA	–	–	–	5	–	1	–
MS	–	–	–	49	–	56	–
PR	–	–	–	54	–	6	–
RJ	–	–	–	57	–	9	–
TO	–	–	–	84	–	75	–
RS	–	–	–	–	818	–	–
CE	–	–	–	–	–	14	–
RR	–	–	–	–	–	7	–

0–7 | 8–30 | 31–60 | 61–180 | 181–365 | 366+ dias | – = sem dados

Para verificar as assinaturas, acesse www.tcu.gov.br/autenticidade e informe o código 80486594.

Fonte: elaboração própria a partir da planilha RNDS_RolPate_Eletivos_N30.xlsx, com dados de extração da RNDS, fornecida pela Seidigi, com registros de cirurgias eletivas do rol do Pate, por data de execução, de 2018 a 2025, e número de procedimentos realizados acima de trinta. Sigtap, disponível em https://sigtap.datasus.gov.br/, acesso em 10/12/2025.

89. Apenas cinco UF (DF, GO, MG, PB e PI) registram produção em todos os sete grupos do Pate em 2025. A maioria dos estados registra dados de apenas 1 a 3 grupos, quase sempre Oftalmologia e Procedimentos Cirúrgicos Diversos, o que indica que a adesão à RNDS está altamente concentrada em poucos polos estaduais. Ficaram ausentes da análise Espírito Santo e Sergipe (2024 e 2025), Rio Grande do Sul (2024), por insuficiência de registros integrados à RNDS.

90. Cabe ressalvar que a análise estadual dos tempos de espera apresenta desafios metodológicos ainda maiores do que os enfrentados pela análise nacional, em razão da baixa cobertura da RNDS e da concentração dos dados em certos estados e procedimentos. À medida que o nível de análise se torna mais detalhado, o número de observações por procedimento em cada unidade da federação diminui consideravelmente, e vários procedimentos ficam excluídos da análise por não alcançarem o mínimo de trinta registros no ano. Os estados do Espírito Santo, Rio Grande do Sul e Sergipe sequer dispõem de registros suficientes para figurar na análise. Por essa razão, optou-se por dar menor ênfase às conclusões no nível estadual e por conduzir a análise predominantemente por grupo de procedimentos do Sigtap, e não por procedimento individual, de modo a garantir maior nível de agregação e, consequentemente, maior robustez às estatísticas. Ainda assim, mesmo no nível de grupo, a maioria dos estados registra dados em apenas um a três dos sete grupos do Pate, o que limita comparações interestaduais e reforça a necessidade de interpretar os resultados estaduais como indicativos, válidos para os dados registrados na RNDS, e não como retrato fidedigno da situação de acesso em cada unidade da federação.

91. A persistência de tempos de espera elevados e de dispersão crescente está associada a múltiplos fatores. Em primeiro lugar, a oferta insuficiente de serviços cirúrgicos especializados, agravada pela dificuldade de fixação de profissionais em certas regiões, limita a capacidade de absorção da demanda (par. 113 e seguintes). Os procedimentos registrados na RNDS com maiores tempos de espera são predominantemente de baixo volume e alta especialização. Isso pode indicar dependência de poucos centros e cirurgiões, o que cria gargalos estruturais difíceis de resolver por ações de aumento geral de oferta.

92. Em segundo lugar, a baixa resolutividade da atenção primária à saúde contribui para a pressão sobre os serviços especializados, gerando demanda que poderia ser absorvida em níveis menos complexos do sistema (par. 126-128). Em terceiro lugar, o foco do componente cirúrgico do programa no aumento da oferta, por meio do incremento do financiamento dos procedimentos, pode ter o efeito de induzir o crescimento da demanda na medida em que a visibilidade do programa e a ampliação da capacidade de registro mobilizam demanda até então reprimida ou não registrada.

93. A manutenção de tempos de espera elevados e crescentemente dispersos produz efeitos adversos sobre a saúde dos usuários e sobre a eficácia do sistema. A demora para ter acesso a procedimentos eletivos pode provocar a evolução da condição de saúde para situações mais graves, com impactos negativos na morbimortalidade e na resolutividade do SUS. Esse risco é mais alto para procedimentos oncológicos, para os quais o tempo de espera tem impacto direto sobre o prognóstico e a sobrevida dos pacientes.

94. A pressão crescente da demanda por cirurgias eletivas sobre os serviços de saúde, combinada com a ampliação da dispersão dos tempos de espera observada nos dados registrados na RNDS, sinaliza que a melhoria observada nas medianas pode não se traduzir em redução efetiva do sofrimento e da exposição a riscos para os usuários que permanecem nas faixas superiores da distribuição de espera.

95. Embora exista determinação legal para que todos os registros de solicitação de procedimentos ou encaminhamento a serviços de atenção especializada sejam enviados diariamente para a RNDS

Para verificar as assinaturas, acesse www.tcu.gov.br/autenticidade e informe o código 80486594.

(§ 2º, art. 47-A da Lei 8.080/1990, alterado pela Lei 15.233/2025; Portaria GM/MS 6.656/2025), na prática, o descumprimento dessa obrigação não acarreta consequências para os entes federados que deixam de transmitir os dados. A ausência de sanções ou de condicionamento de repasses ao envio das informações de regulação faz com que não haja incentivo efetivo para que estados e municípios alimentem a RNDS de forma tempestiva e completa.

96. Nesse contexto, a divulgação de análises periódicas pelo Ministério da Saúde (MS), abrangendo o acompanhamento dos tempos de espera com base nos dados recebidos, poderia cumprir um papel indutor da melhoria da cobertura e da qualidade das informações, ainda que esses informes precisem ressalvar as limitações decorrentes da baixa representatividade dos dados atualmente disponíveis. Isso porque a publicação regular de análises cria utilidade concreta para os dados enviados, tornando visível tanto o desempenho dos entes que alimentam o sistema quanto a lacuna informacional dos que não o fazem. Se os dados de regulação não são utilizados para produzir e divulgar análises de desempenho e a falha em enviar os dados de regulação para a RNDS não gera qualquer consequência, dificilmente a cobertura e a qualidade desses dados melhorarão, perpetuando o ciclo em que a baixa cobertura ou deficiências nos dados justificam a ausência de monitoramento e a ausência de monitoramento desestimula o envio dos dados.

97. Diante do exposto, propõe-se recomendar à Secretaria de Atenção Especializada à Saúde (Saes) do MS que acompanhe os tempos de espera para acesso a procedimentos cirúrgicos eletivos do rol do Pate e divulgue análises periódicas, nacionalmente e por estado, como subsídio a medidas locais de redução de tempos de espera e para identificação de formas de apoio pelo MS aos entes federados com maiores dificuldades.

98. A publicação regular desses relatórios atende à diretriz de transparência dos processos regulatórios e comunicação com cidadãos, gestores e trabalhadores de saúde sobre a situação das listas de espera, o tempo estimado de atendimento e os critérios de prioridade, de modo a conferir maior credibilidade ao sistema e evitar clientelismos e absenteísmo (inc. XIV e XV, art. 5º da Portaria GM/MS 9.262/2025). Ao mesmo tempo, é objetivo do programa promover a informação acessível e a transparência na gestão das filas de espera (inc. IV, art. 2º da Portaria GM/MS 7.266/2025).

99. Entre os benefícios esperados pela implementação da recomendação estão a maior transparência dos dados de regulação para a população, com possível redução de filas e de tempos de espera a partir de medidas locais aperfeiçoadoras, informadas por evidências produzidas a partir de dados de regulação. A disponibilização de relatórios analíticos permite que gestores estaduais e municipais identifiquem gargalos específicos em suas redes assistenciais e adotem estratégias dirigidas, como a constituição de centros de referência regionais para procedimentos de alta especialização e baixo volume, a regulação interestadual de vagas e a ampliação estrutural da oferta nas especialidades com gargalos persistentes.

O componente cirúrgico do Pate potencializou o aumento da produção de cirurgias eletivas do rol, que seria esperado com o financiamento normal

100. Há indícios de que o componente cirúrgico do Pate potencializou o crescimento da produção de cirurgias eletivas do rol do programa, embora parte do crescimento observado a partir de 2023 tenderia a ocorrer, mesmo sem o Pate, por dinâmica própria de recuperação da capacidade operacional do SUS, após a pandemia de Covid-19. A análise do efeito do programa sobre a produção de cirurgias eletivas no SUS exige cautela metodológica, porque falta um grupo de controle adequado para estimar o que teria acontecido com a produção, na ausência do Pate.

101. O Pate enfatiza o aumento da produção em seus normativos e indicadores de monitoramento. Entre seus objetivos está o de ampliar o acesso e reduzir o tempo de espera para consultas, exames, tratamentos e cirurgias eletivas (inc. I, art. 2º da Portaria GM/MS 7.266/2025). A ampliação das cirurgias eletivas era também uma diretriz do PNRF, mantida no PMAE (inc. I, art. 2º e inc. II, art. 3º da Portaria GM/MS 90/2023, alterados pela Portaria GM/MS 5.820/2024). São indicadores do programa o número de cirurgias realizadas, o percentual de execução física em relação ao

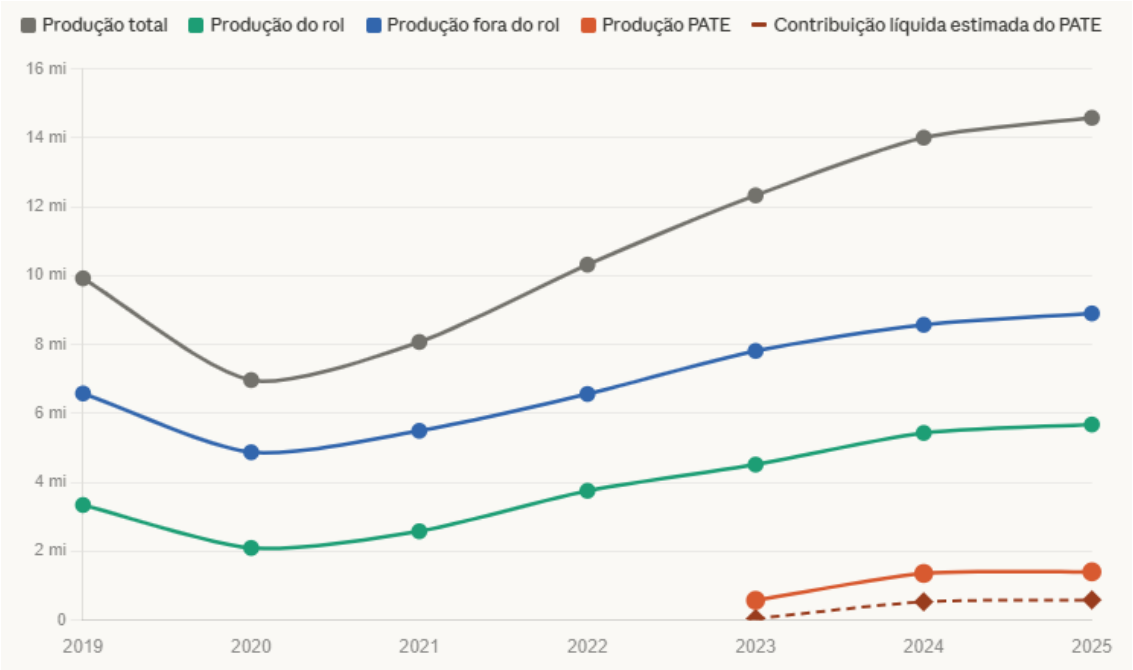
Para verificar as assinaturas, acesse www.tcu.gov.br/autenticidade e informe o código 80486594.

planejado e a taxa de expansão de cirurgias eletivas (Relatório dos Indicadores do PNRF, 23/1/2025). O PPA 2024-2027 e o PNS 2024-2027 (quadro 12, p. 263) listam o percentual de redução das filas de espera das cirurgias eletivas como indicador de desempenho da gestão.

102. A recuperação pós-pandemia já vinha ocorrendo antes da instituição do Pate, desde a queda acentuada observada em 2020 (−37,3%), no auge da Covid-19. Em 2022, a produção total dos procedimentos do rol havia superado o patamar pré-pandemia (2019) em 12,3%, com uma taxa de expansão de 45,6% em relação a 2021. Esse é o maior crescimento relativo de toda a série. Portanto, o movimento de expansão não foi inaugurado pelo Pate, pois ele já estava em curso por dinâmica própria de recuperação da capacidade operacional do SUS. Logo, é razoável concluir que parte do crescimento observado, a partir de 2023, ano em que foi instituído o PNRF, ocorreria, mesmo sem a referida política e as que lhe sucederam (Tabela 25, Apêndice B).

103. Desde a criação do PNRF em 2023, o ritmo de crescimento da produção total vem perdendo força. A taxa de expansão, que era de 45,6% em 2022, caiu para 20,3% em 2023 e 2024, chegando a 4,5% em 2025, o que não seria esperado de ocorrer na vigência de um programa de estímulo à realização de cirurgias. É verdade que crescer 20% sobre uma base já ampliada é mais significativo em termos absolutos do que crescer 45% sobre uma base deprimida, mas o padrão indica desaceleração progressiva, sugerindo que a curva está se aproximando de um teto de capacidade de produção, nas condições vigentes (Tabela 25).

Gráfico 8 - Produção de cirurgias eletivas no SUS, total, rol do Pate, fora do rol do Pate, registrada para o programa e estimativa da contribuição líquida do programa para a produção, 2019 a 2025



Fonte: Planilhas Análise Histórico de produção por estado 2019-2025 Atualizado e SUS360_AUDITORIA_Pate_TCU_27_02_2026 Atualização produção 2025. Extração de 27/2/2026. Obs.: Pandemia de fev/2020 a abr/2022.

104. Para estimar o possível efeito do Pate sobre a produção cirúrgica, é importante examinar a produção cirúrgica não financiada pelo programa. A lógica é usar os procedimentos fora do rol como grupo de comparação. Ambos os grupos estão sujeitos a condições semelhantes (pandemia, recuperação pós-pandemia, disponibilidade de especialistas), mas apenas os procedimentos do rol são afetados pelo Pate a partir de 2023. Se o programa tem algum efeito, espera-se que o grupo do rol cresça mais do que o grupo fora do rol, no período pós-instituição do Pate, além do que a diferença anterior entre os dois grupos explicaria.

Para verificar as assinaturas, acesse www.tcu.gov.br/autenticidade e informe o código 80486594.

105. Uma limitação para as análises realizadas neste capítulo é a de que as cirurgias que não constam do rol (417 procedimentos), que correspondem a aproximadamente 25% dos procedimentos previstos no Sigtap, possuem características diversas das que nele constam (1.279 procedimentos). O rol do Pate apresenta cirurgias de alta complexidade em maior proporção (53,7%) das que estão fora do rol (11,5%), o que é compatível com procedimentos eletivos especializados que demandam programação cirúrgica e geram filas de espera. As cirurgias fora do rol são predominantemente de média complexidade (85,1%), muitas delas de caráter agudo, com treze procedimentos de atenção básica. Outra limitação é a de que o controle do MS sobre a produção é predominantemente financeiro. Os dados fornecidos pelo ministério e divulgados no Painel SUS 360 são de procedimentos registrados com o código do programa, mas não necessariamente financiados por ele. Segundo o MS, essa diferença ocorreu em 2024, mas em 2025 a produção informada pelos entes executores acima da programação foi financiada mediante remanejamentos e pela unificação da execução dos componentes cirúrgico e ambulatorial (par. 48). Por fim, ressaltam-se os períodos curtos analisados antes e após a instituição do Pate/PNRF/PMAE.

Tabela 4 - Produção cirúrgica de procedimentos do rol do Pate e de fora do rol, com índices base 2019, de 2019 a 2025

Ano	Produção total do rol	Produção fora do rol	Índice rol	Índice fora do rol	Diferença em pontos percentuais (p.p.)
2019	3.341.648	6.578.843	100	100	0,0
2020	2.095.463	4.872.575	62,7	74,1	-11,4
2021	2.578.957	5.494.499	77	84	-6,3
2022	3.753.884	6.564.180	112,3	99,8	12,6
2023	4.514.848	7.814.026	135	119	16,3
2024	5.432.942	8.571.300	162,6	130,3	32,3
2025	5.677.639	8.902.534	170	135	34,6

Fonte: Planilhas Análise Histórico de produção por estado 2019-2025 Atualizado e SUS360_AUDITORIA_Pate_TCU_27_02_2026 Atualização produção 2025. Extração de 27/2/2026. Obs.: Pandemia de fev/2020 a abr/2022.

106. Antes do Pate, os procedimentos do rol já vinham se recuperando mais rápido que os de fora do rol, com diferença de +12,6 p.p. Em 2022. Com a instituição do Pate, essa divergência acelerou para +16,3 em 2023, +32,3 em 2024 e +34,6 em 2025. Isso é consistente com um efeito indutor do programa, mas há ressalvas importantes. A assimetria existente antes da instituição do Pate precisa ser reconhecida. Os procedimentos do rol cresceram mais rápido que os de fora no ano anterior ao PNRF, o que pode refletir o fato de serem cirurgias mais prioritárias e com demanda maior. Portanto, parte da diferença entre os dois grupos a partir de 2023 seria esperada mesmo sem o programa. O ponto relevante é o aumento da divergência, vez que a diferença avançou 12,6 p.p. Em três anos pré-Pate/PNRF (2019-2022), mas avançou 22 p.p. Em três anos pós-Pate/PNRF (2022-2025). Essa mudança de velocidade é um indício do efeito do programa (Tabela 4).

107. A divergência avançou de +32,3 p.p. Em 2024 para +34,6 p.p. Em 2025, um incremento modesto de 2,3 p.p. Em um ano. Isso indica que o efeito diferencial do Pate se estabilizou em 2025, após a fase de expansão acelerada em 2024. Ao mesmo tempo, o sistema cirúrgico do SUS expandiu-se nos dois grupos em 2025, o que é compatível com um cenário em que o Pate adicionou produção sem comprometer os procedimentos fora do rol.

108. As taxas anuais de crescimento revelam que, em 2023, primeiro ano do Pate/PNRF (programa iniciado em março), a diferença de crescimento entre os dois grupos foi de apenas 1,3 p.p. É em 2024 que a divergência se torna expressiva (+10,6 p.p.), mas em 2025 a diferença caiu para +0,6

Para verificar as assinaturas, acesse www.tcu.gov.br/autenticidade e informe o código 80486594.

p.p., indicando que os dois grupos cresceram a ritmos quase idênticos, mesmo com desaceleração em ambos. Esse é o menor diferencial de toda a série pós-Pate. O padrão que emerge é de um impulso concentrado em 2024, com dissipação em 2025. O Pate financiou 12,7% da produção do rol em 2023, 24,9% em 2024 e 24,7% em 2025, reforçando a interpretação de que o programa teve seu pico de efeito marginal em 2024 e que, em 2025, sustenta o nível alcançado, mas não produz aceleração adicional (Tabela 26, Apêndice B, p.136 da peça 306).

109. Se a produção do rol tivesse crescido à mesma taxa da produção fora do rol a partir de 2022, o efeito líquido atribuível ao Pate seria de aproximadamente 46,2 mil procedimentos em 2023 (1,0% da produção do rol), 531,2 mil em 2024 (9,8%) e 586,5 mil em 2025 (10,3%). O Pate tem efeito estimado positivo real sobre a produção cirúrgica, mas menor do que o volume total que financia diretamente. Há evidências de que o efeito do programa seja aditivo, pois a produção fora do rol continuou crescendo, com pouco risco de que o programa esteja redirecionando recursos locais da capacidade cirúrgica do SUS dos procedimentos fora do rol para os listados no rol.

110. Há evidência de que o efeito do programa está se estabilizando. Além disso, existe indício de que ganhos adicionais dependerão também de intervenções estruturais, como a ampliação da capacidade instalada, formação de equipes, melhoria da regulação, da gestão hospitalar e da gestão de contratos com prestadores de serviço, e não apenas de mais transferências financeiras (par. 138, 140-142).

111. As pesquisas eletrônicas realizadas com SES e SMS permitiram identificar as percepções dos gestores sobre as principais limitações enfrentadas para a expansão da realização de cirurgias eletivas. Os resultados das duas pesquisas são convergentes e revelam que os fatores limitantes, segundo os gestores, são predominantemente de natureza estrutural e financeira. A limitação mais citada foi a insuficiência de recursos financeiros para complementar os valores da tabela SUS, apontada por 75% (18/24) das SES e 62,9% das SMS. Em segundo lugar, a insuficiência de médicos cirurgiões em determinadas especialidades foi indicada por 66,7% (16/24) das SES e 58% das SMS. As demais limitações mais relevantes incluem a insuficiência de anestesistas (58,3% (14/24) das SES e 31,8% das SMS), a insuficiência de Órteses, Próteses e Materiais Especiais (58,3% (14/24) das SES e 41,6% das SMS), a insuficiência de equipamentos (33,3% (8/24) das SES e 35,2% das SMS) e a insuficiência de leitos (41,7% (10/24) das SES e 30,9% das SMS). Chama a atenção que a ausência ou inadequação de sistema de regulação (8,3% (2/24) e 8,8%, respectivamente) figura entre as limitações menos citadas, sugerindo que os gargalos são percebidos pelos gestores como problemas de oferta de serviços e de remuneração, e não como falhas de processo regulatório (Planilhas Pesquisa eletrônica estadual, Q36, e municipal, Q38).

As principais causas das filas e da espera excessiva para acesso à AES

112. Esta seção tem por objetivo sintetizar a descrição de uma cadeia causal complexa que resulta na demora excessiva para o acesso à atenção especializada à saúde (AES) no Brasil. Esse problema não é um fenômeno isolado, mas o resultado de questões estruturais e de financiamento bem como de modelos assistenciais obsoletos e fragmentados (BRASIL, 2024a). A descrição responde a uma das questões previstas pelo RePP, que trata da identificação de causas raiz do problema tratado pelo programa avaliado.

113. Essa problemática exige uma abordagem de governo integrada, que conecte os programas da Secretaria de Atenção Especializada à Saúde (Saes) a outras intervenções públicas relevantes. Para fins de análise, as causas podem ser sintetizadas em três eixos principais: a ineficiência do modelo de atenção, a oferta insuficiente de serviços e as deficiências na regulação do acesso.

114. Esses eixos agrupam diversas outras causas a eles correlacionadas que ajudam a entender as intrincadas interações envolvidas. Essa síntese resulta da análise de citações na legislação, documentos técnicos, artigos científicos, bem como em depoimentos de especialistas e gestores da área.

<u>Modelo de atenção à saúde ineficiente</u>

Para verificar as assinaturas, acesse www.tcu.gov.br/autenticidade e informe o código 80486594.

115. A análise das causas raiz da demora no acesso à atenção especializada deve partir da compreensão de que o modelo de atenção predominante no Brasil baseia-se em abordagem biomédica, com fragmentação do cuidado, organização centrada na atenção hospitalar e baixa resolutividade da APS.

Paradigma biomédico

116. A abordagem biomédica significa que o foco principal do cuidado está na doença e nos seus mecanismos biológicos, em detrimento do paciente como um todo, minimizando sua história de vida, hábitos, contexto social (situação econômica, acesso à água potável, serviços de esgotamento e de coleta de lixo, nível educacional, tipo de trabalho e de moradia) e emoções (CABRAL, et al., 2025). Este modelo favorece uma prática de cuidado majoritariamente médica superespecializada, intervencionista, com consumo excessivo de consultas, exames e medicamentos, sobretudo na atenção ambulatorial (BRASIL, 2023a; BRASIL, 2024b, Introdução; MENDES, 2015, cap. 2).

117. Assim, existe supervalorização da alta tecnologia e do ambiente hospitalar, sistemas de saúde voltados ao tratamento das condições agudas, com menor prestígio e atenção para a promoção e proteção da saúde e prevenção de agravos, que são o núcleo da atuação da APS. Esse nível de atenção, por seu turno, precisa lidar com a demanda crescente das doenças crônicas não transmissíveis, por meio de tecnologia leve, focada no cuidado e no acolhimento dos usuários. Esses são alguns dos fatores que estimulam a alta rotatividade dos profissionais médicos na atenção primária.

Fragmentação do cuidado

118. Um dos elementos centrais na cadeia causal é a fragmentação da oferta e da agenda de consultas, exames e procedimentos. Esta fragmentação se manifesta na desarticulação entre a APS e a AES, na carência de protocolos integrados para acesso assistencial e cuidado e na baixa integração entre os diferentes pontos da rede de atenção.

119. A AES e a APS operam frequentemente como partes isoladas, com deficiência nos fluxos de comunicação, por vezes baseados em papel. De regra, a rede de AES própria de estados e municípios não dispõe de sistema eletrônico que integre as informações sobre o cuidado aos usuários em diferentes unidades prestadoras do mesmo nível de atenção ou de diferentes níveis. Em geral, quando o paciente tem alta da AES, ou ele não recebe documentação alguma sobre os procedimentos realizados e o plano de continuidade do cuidado ou a recebe em formulários, que possuem diferentes denominações conforme o local em que foi atendido (BRASIL, 2024a, 2024b, 2024c; ALMEIDA et al., 2025; MELO et al., 2025). Essa situação dificulta a elaboração de planos de cuidado adequados, especialmente para condições crônicas, que podem desencadear situações agudas, que são direcionadas para a AES ou para os serviços de urgência e emergência.

120. A superespecialização das profissões de saúde é apontada como um dos fatores estruturais da fragmentação. Ela é por si só um ativo capaz de produzir uma segmentação indesejável do cuidado aos indivíduos, de tal sorte que pode ser difícil para o usuário receber atenção de um profissional que tenha visão integral da história de sua condição, o que determina, de certa maneira, o funcionamento dos sistemas de saúde (BELTRAMINI; REIS, 2019).

121. Além disso, o modelo de pagamento por procedimento é considerado ineficiente, quando utilizado de forma isolada, sendo indutor de um modelo de atenção focado no consumo acrítico de tecnologias duras de forma fragmentada e pouco resolutiva (BRASIL, 2023a). Esse modelo cria uma lógica econômica baseada na remuneração do prestador (médicos, hospitais e laboratórios) pela quantidade de serviços executados e não pelo desfecho clínico obtido.

122. A articulação entre os profissionais de saúde da AES e da APS para a discussão de casos e educação contínua, visando aumentar a resolutividade da APS ainda é deficiente. Existem mecanismos bem conhecidos para melhorar a integração dos níveis de atenção, como o matriciamento, a teleconsultoria e a teleinterconsulta, mas sua implementação ainda é limitada (LISBOA e tal., 2023; Capítulo 4).

123. Alguns dos efeitos da baixa integração entre a AES e a APS são os encaminhamentos

Para verificar as assinaturas, acesse www.tcu.gov.br/autenticidade e informe o código 80486594.

excessivos de usuários da APS para os especialistas, em desacordo com o preconizado nos protocolos clínicos, e a permanência do seu vínculo à AES indefinidamente, conhecida por 'efeito velcro', por falta de contrarreferência segura e de transição de cuidado coordenada para a APS (BRASIL, 2024a).

124. O excesso de encaminhamentos para a AES e de solicitação de procedimentos, potencializados pelo modelo de pagamento por procedimento (*fee-for-service*), alimentam a demanda pelos serviços especializados superior à oferta, com consequente longo tempo de espera para ter acesso aos serviços da AES (BRASIL, 2024b).

Baixa resolutividade da APS

125. O que é referido como baixa resolutividade da APS é a percepção de que a atenção primária encaminha usuários para a AES em grande volume e, por vezes, de forma indevida, contrário ao estabelecido nos protocolos clínicos. Na origem desse problema, há vários fatores. A APS atende cada vez mais casos crônicos, resultantes do envelhecimento populacional e de mudanças no estilo de vida, que exigem manejo clínico e social altamente complexos e demandam atendimento multidisciplinar para o usuário, com desenvolvimento de práticas de autocuidado e mudanças de hábitos arraigados. Em 2019, 76% dos óbitos no Brasil foram atribuídos a doenças não transmissíveis, com 66% delas ocorrendo prematuramente (com idade entre 30 e 69 anos) (MALTA et al., 2024).

126. Apesar disso, existe uma crença de que a APS atende casos simples, que podem ser abordados em consultas curtas, com pouco ou nenhum apoio de profissionais não médicos (psicólogos, nutricionistas, educadores físicos) (MENDES, 2015). Alia-se a essa situação a hegemonia da formação médica superespecializada, intervencionista e centrada no cuidado hospitalar, resultado do modelo de atenção à saúde com abordagem biomédica, como mencionado anteriormente (BRASIL, 2023a).

127. Essas contradições ocorrem em contexto no qual a APS carece de estrutura e de pessoal para responder à demanda em quantidade e qualidade, o que reforça os encaminhamentos indevidos para a AES. Pesquisas indicam que, em Florianópolis, a referência média para a AES foi de 12,5% e de 9% em Porto Alegre, enquanto em alguns países europeus, as referências médias para a AES não passam de 5%, evidenciando o potencial de redução de encaminhamentos com uma APS mais resolutiva e mais bem integrada à AES (GUSSO, 2009; STARFIELD, 2002, TAKEDA, 2012 apud MENDES, 2016).

Oferta insuficiente de serviços

128. O baixo valor dos procedimentos da tabela SUS (SANTOS at.al., 2023), o déficit de profissionais especialistas e a falta de serviços ambulatoriais especializados provocam deficiências na oferta de serviços para certas especialidades (SCHEFFER, 2025), tanto em cidades relativamente grandes quanto em regiões remotas, que se constituem em vazios assistenciais (SANTOS, 2024; BRASIL, 2023a).

129. A insuficiência do financiamento para a realização de procedimentos cirúrgicos e ambulatoriais no SUS é reconhecido pelo MS quando cria programas (PNRF, PMAE, Pate) que complementam esses valores em até 300%. A defasagem de financiamento não é uniforme, atingindo os procedimentos em maior ou menor proporção, e depende do valor da tabela SUS, de incentivos federais e locais, da situação do mercado local de prestação de serviços por especialidade/procedimento. Esse fato associado à limitada capacidade financeira da maior parte dos municípios leva à dificuldade na contratação ou prestação direta de serviços de saúde para a população pelos gestores locais.

130. O déficit de médicos em certas especialidades e regiões é fator limitante importante da oferta de serviços de AES. Em dezembro de 2024, 59,1% dos médicos registrados no país tinham algum título de especialista. Porém, apenas sete especialidades concentravam 50,6% dos titulados. Em contraste, as 20 especialidades com menor número de médicos somavam menos de 5% dos especialistas. Além disso, a distribuição territorial de especialistas é extremamente desigual. A razão de especialistas por 100.000 habitantes varia de 453,5 no Distrito Federal a apenas 68,2 no

Para verificar as assinaturas, acesse www.tcu.gov.br/autenticidade e informe o código 80486594.

Maranhão (SCHEFFER, 2025).

Deficiência na regulação do acesso

131. A regulação do acesso à atenção especializada, quando existente em sistemas estaduais e municipais mais avançados, é mediada por complexos reguladores com base em sistemas informatizados. Contudo, a cobertura e a qualidade dos dados sobre as filas são deficientes (Capítulo 5).

132. Isso ocorre porque os registros estão frequentemente dispersos em diferentes sistemas de informação que não se comunicam entre si, ou ainda permanecem em meio físico (papel) e planilhas em diversas Secretarias de Saúde. Por essa razão, foi necessário que o MS instituísse o Modelo de Informação da Regulação Assistencial (Mira) e a obrigatoriedade do envio das informações para a RNDS, o que ainda está em implementação (Portaria GM/MS 6.656/2025; Portaria Conjunta Saes/Seidigi 3/2023) (Capítulo 5).

133. A pesquisa eletrônica com SMS confirma a fragmentação da regulação tanto na área ambulatorial quanto na cirúrgica. Embora a maioria dos municípios declare que os procedimentos são regulados total ou quase totalmente (53,9% na área ambulatorial e 62,9% na cirúrgica), a estrutura organizacional e os sistemas informatizados utilizados são heterogêneos, com elevada proporção de municípios que combinam sistemas diferentes ou utilizam sistemas próprios não integrados à RNDS. A regulação ambulatorial apresenta maior protagonismo municipal (52,2% por central própria) e maior adesão ao envio diário de dados à RNDS (28,7%), enquanto a regulação cirúrgica depende mais de estruturas estaduais (21%) e tem menor frequência de envio diário (21,3%). Em ambas as áreas, parcela expressiva dos municípios declara não integrar os dados com a RNDS ou desconhecer se o faz (45,4% na área ambulatorial e 49,7% na cirúrgica), resultado coerente com a taxa de cobertura de 6,8% apurada na análise quantitativa (Planilha Pesquisa eletrônica municipal, Q5 a Q8 e Q43 a Q46).

134. Além disso, existem interpretações conflitantes sobre qual seria a amplitude da regulação, em especial na área cirúrgica. Alguns estados regulam o acesso à consulta pré-cirúrgica com o especialista, mas as informações sobre a solicitação do procedimento cirúrgico e sua efetiva realização não são registradas no sistema de regulação, dificultando ou impedindo o conhecimento sobre o tamanho da fila e o tempo de espera. A informação sobre a solicitação por vezes fica armazenada em controles internos do executor do serviço e o registro da realização do procedimento é feito no Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). Mesmo o registro da realização pode não ser lançado no caso de entidades orçamentadas, que não recebem por produção, mas sim por meio do orçamento global para seu funcionamento. Essa desarticulação gera um desconhecimento sobre a real dimensão das filas cirúrgicas em todos os níveis, impedindo um diagnóstico situacional confiável para a gestão estratégica.

135. Muitos municípios enfrentam uma deficiência estrutural de TI, com falta de computadores e conexão de qualidade com a internet, o que dificulta o uso de sistemas modernos. Além disso, a baixa integração entre a APS e AES e a pouca implementação da telerregulação assistencial (uso de ferramentas de telessaúde para qualificar o encaminhamento) faz com que as filas não sejam 'higienizadas', antes do agendamento, sobrecarregando o sistema com encaminhamentos desnecessários.

136. Apenas uma abordagem sistêmica, que atue sobre as múltiplas causas identificadas de forma integrada e sustentada, poderá produzir os resultados esperados de ampliação do acesso em tempo oportuno, com qualidade e efetividade para a população brasileira. Ressalvando que o escopo da presente auditoria são os componentes cirúrgico e ambulatorial do Pate, o mapeamento das demais intervenções do programa revela concentração de componentes no eixo da oferta insuficiente de serviços (Quadro 1, Apêndice B, p.139 da peça 306).

137. Os componentes de prestação de serviços complementares (com carretas da saúde e credenciamento da capacidade ociosa privada), créditos financeiros, ressarcimento ao SUS são todos, essencialmente, mecanismos para ampliar a disponibilidade de serviços e de profissionais. Os Componentes de Acesso à Radioterapia e de Provimento apresentam um aspecto misto. Além

Para verificar as assinaturas, acesse www.tcu.gov.br/autenticidade e informe o código 80486594.

de ampliarem a oferta mediante alocação de profissionais em áreas prioritárias e financiar a realização de tratamentos, esses componentes viabilizam o aperfeiçoamento da estrutura do serviço e a formação de pessoal especializado. Embora necessárias e urgentes, as iniciativas de expansão da oferta atuam predominantemente sobre o segmento final do problema, buscando, no curto prazo, ampliar a produção de consultas, exames e cirurgias para reduzir tempo de espera.

138. No eixo do modelo de atenção ineficiente, o programa incorporou as Ofertas de Cuidados Integrados (OCI) como alternativa ao modelo fragmentado e ao pagamento por procedimentos isolados, porém a transformação do modelo de atenção é o aspecto mais complexo e de mais lenta maturação, pois exige mudanças culturais e organizacionais.

139. Em uma perspectiva de governo como um todo, observa-se que, paralelamente ao Pate, o MS conduz outras intervenções estruturantes que atuam sobre as causas da demora excessiva para acesso à AES. A melhoria de infraestrutura física é viabilizada pelo Novo PAC Saúde, que em suas duas edições (2023-2024 e 2025) destinou recursos significativos para obras, equipamentos e veículos no SUS. Com relação à AES, a edição 2025 prevê a construção de 55 policlínicas regionais em áreas carentes de estruturas assistenciais, com orçamento de R$ 1,6 bilhão, bem como outras ações visando aperfeiçoar a estrutura de atuação da APS (Portaria GM/MS 6.640/2025 e painel de informação em https://investsuspaineis.saude.gov.br/extensions/MS_NovoPacSelecao, acesso em 17/2/2026).

140. No eixo da regulação, o Pate incorporou o componente SUS Digital, que atua sobre a deficiência na regulação do acesso e sobre a integração entre APS e AES, por meio da telessaúde e da interoperabilidade dos dados. Adicionalmente, a nova Política Nacional de Regulação em Saúde (PNRS) representa uma mudança significativa, ao redefinir a regulação como articulada à lógica do cuidado integral e das Redes de Atenção à Saúde, com protagonismo da APS como ordenadora do acesso (Portaria GM/MS 9.262/2025). Já a Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde (PNAES) fornece o arcabouço estruturante para a reorganização do modelo de atenção na AES, prevendo a substituição gradativa do modelo de pagamento por procedimento para um modelo fundado no cuidado integrado e na contratualização de metas qualitativas e quantitativas (inc. XV, art. 4º da Portaria GM/MS 1.604/2023).

141. A análise conjunta do desenho das intervenções demonstra que, enquanto o Pate privilegia ações de expansão da oferta com resultados de curto prazo, as políticas estruturantes, como a PNAES, PNRS e Novo PAC Saúde, buscam transformações de médio e longo prazo no modelo de atenção, na regulação e na infraestrutura. A efetividade no enfrentamento da demora excessiva para acesso à AES dependerá da capacidade de articulação entre essas iniciativas, de modo que a ampliação da oferta não reproduza o modelo fragmentado e mal distribuído, mas se integre progressivamente à lógica das redes de atenção e do cuidado integral e centrado no paciente.

O componente cirúrgico do Pate apresenta produção financiada desproporcional ao peso populacional regional, apesar da convergência *per capita* da produção nas regiões, exceto a Sul

142. A distribuição da produção financiada pelo componente cirúrgico do Pate entre as regiões apresenta desigualdade crescente quando medida pelo índice médio de proporcionalidade ponderado pela população (IMPP).

143. O IMPP é função da razão entre a participação de cada região na produção do Pate e sua participação na população nacional, ponderado pela participação de cada região na população. Um programa igualitário em termos *per capita* produziria essa razão próxima de 1,0 em todas as regiões. Quando se subtrai essa razão de 1 e pondera pela população, obtém-se o índice, que mede a distância para a proporcionalidade. O IMPP cresceu de 0,18 em 2023 para 0,26 em 2024 e 0,28 em 2025. Portanto, a desigualdade aumentou 56% em dois anos (Tabela 27, Apêndice B).

144. Examina-se a proporcionalidade entre produção financiada pelo Pate e a participação regional na população do país porque o programa tem como diretriz a atenção equânime aos territórios, com alocação de recursos conforme parâmetros técnicos, com foco em regiões com maior tempo médio

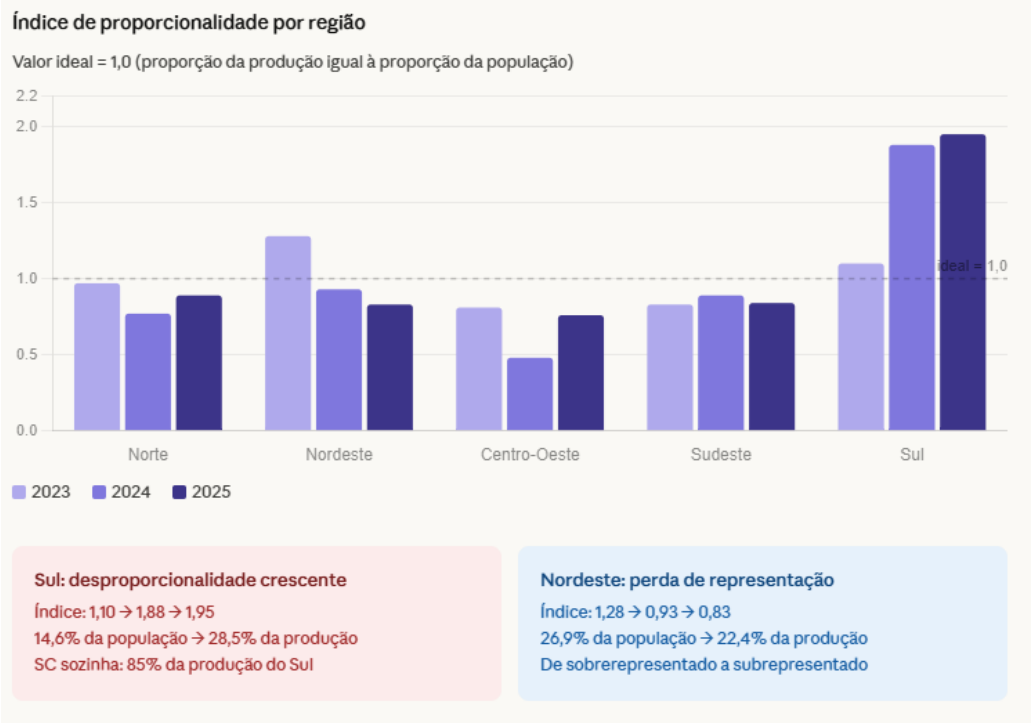
Para verificar as assinaturas, acesse www.tcu.gov.br/autenticidade e informe o código 80486594.

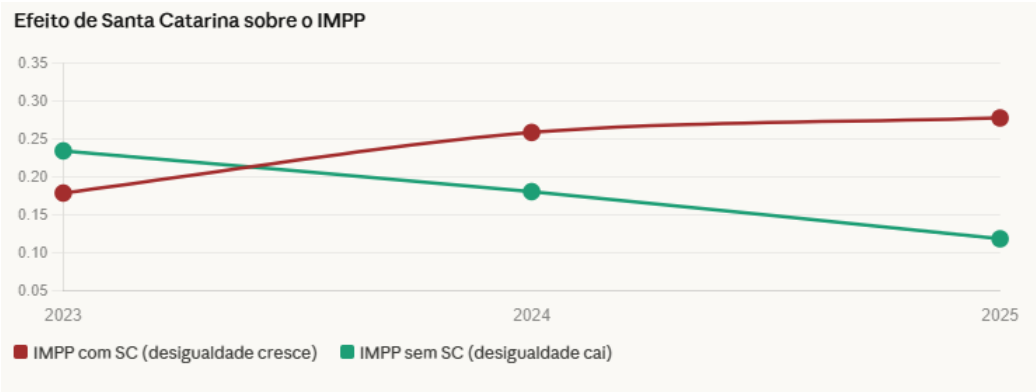
de espera em relação à população e índices que caracterizam desigualdades regionais (inc. II, art. 3º da Portaria GM/MS 7.266/2025). É objetivo da Política Nacional de Regulação do SUS coibir a iniquidade de acesso entre pessoas e segmentos sociais e reduzir as iniquidades regionais no acesso à atenção especializada (Portaria GM/MS 9.262/2025). A PNAES tem como diretriz a promoção de maior participação do governo federal no custeio, considerando o território e as desigualdades sociais e regionais (inc. XII, art. 4º da Portaria GM/MS 1.604/2023).

145. O resultado da região Sul é ilustrativo para a análise da desigualdade. Com 14,6% da população, a região representou 28,5% da produção Pate em 2025 (índice 1,95, que é quase o dobro do esperado). Em 2023, o índice era 1,10, próximo do proporcional. O Nordeste percorre trajetória inversa: de 1,28 em 2023 (a maior sobrerrepresentação, coerente com lógica redistributiva) para 0,83 em 2025. O Sudeste permanece consistentemente sub-representado, com índices entre 0,83 e 0,84. O Norte oscila entre 0,77 e 0,97 (Tabela 27, Apêndice B, p. 140 da peça 306).

146. Simulando a distribuição proporcional, removendo Santa Catarina tanto do numerador quanto do denominador, o IMPP segue trajetória oposta, caindo de 0,23 em 2023 para 0,17 em 2024 e 0,11 em 2025. Excluída SC, a distribuição do Pate está se tornando mais igualitária (Tabela 28, Apêndice B). A convergência da produção do Pate por 10 mil hab. entre Norte (59,0), Sudeste (55,6), Nordeste (54,9) e Centro-Oeste (50,1) em 2025 confirma essa tendência. Essas quatro regiões, que representam 85% da população, estão numa faixa de variação de apenas 17,8%, contra 57,3% em 2023 (Tabela 27, Apêndice B, p. 140 da peça 306).

Infográfico 1 - índice médio de proporcionalidade ponderado pela população, 2023 a 2025





Para verificar as assinaturas, acesse www.tcu.gov.br/autenticidade e informe o código 80486594.

Fonte: Planilhas Análise Histórico de produção por estado 2019-2025 Atualizado e SUS360_AUDITORIA_Pate_TCU_27_02_2026 Atualização produção 2025. Disponível em https://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_de_Populacao/Estimativas_2024/estimativa_dou_2024.pdf. Acesso em 14/2/2026.

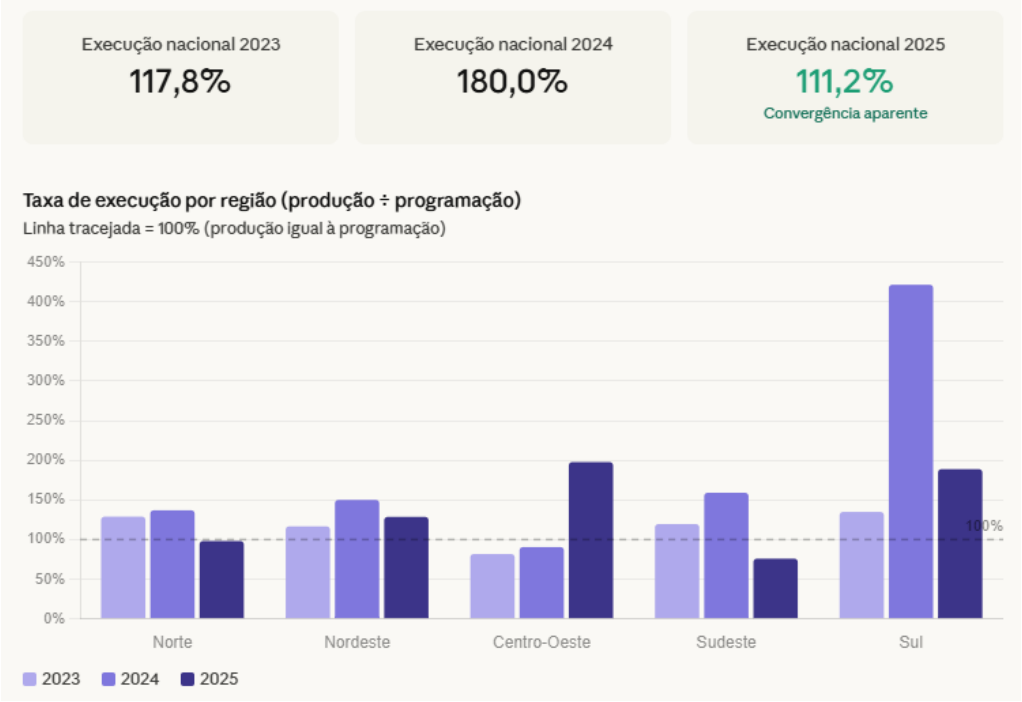
147. Há concentração da produção em apenas três estados: SC, MG e SP respondem por 53,6% de toda a produção Pate em 2025. Os dez maiores produtores concentram 83,7%. A presença de SC no topo, com 24,3% da produção para 3,8% da população, e da PB em 9º lugar, com 3,8% da produção para 2,0% da população, indicam anomalias localizadas.

148. A desigualdade distributiva do Pate não é, portanto, um problema sistêmico do desenho do programa, mas o efeito de um comportamento anômalo concentrado em um único estado. Ao mesmo tempo, a simulação expõe que Paraná e Rio Grande do Sul, sem Santa Catarina, apresentam produção *per capita* de apenas 26,0 por 10 mil habitantes, equivalente à metade da média nacional sem SC. A região Sul, sem Santa Catarina, é a região menos representada na produção financiada pelo programa.

149. Para entender a desproporção na produção do programa entre regiões e estados, é útil examinar a relação entre a produção e a programação de cirurgias enviada pelos estados para o MS. A programação de cirurgias contém a demanda existente ou prevista por procedimento, isto é, as filas, e a quantidade de procedimentos a ser realizada, que é a programação de realização de cirurgias (Portarias GM/MS 90/2023 e 5.820/2024).

150. No nível nacional, a produção superou a programação nos três anos: 118% em 2023, 180% em 2024 e 111% em 2025. A convergência para um valor próximo de 100% em 2025 poderia ser lida como amadurecimento do instrumento de programação. Contudo, a análise regional demonstra que o indicador nacional esconde realidades muito distintas entre as regiões e entre estados. Em 2025, as taxas regionais de produção em relação à programação variaram de 76% (Sudeste) a 198% (Centro-Oeste) (Tabela 27, Apêndice B, p. 140 da peça 306).

Infográfico 2 - Produção e programação de procedimentos cirúrgicos eletivos do Pate, 2023 a 2025



Fonte: Planilhas Análise Histórico de produção por estado 2019-2025 Atualizado e SUS360_AUDITORIA_Pate_TCU_27_02_2026 Atualização produção 2025.

151. O Nordeste apresenta a trajetória mais estável entre as regiões: 117% em 2023, 150% em 2024

Para verificar as assinaturas, acesse www.tcu.gov.br/autenticidade e informe o código 80486594.

e 129% em 2025. A produção acima do programado é moderada e coerente, sem as oscilações extremas observadas em outras regiões. A maioria dos estados nordestinos apresenta taxas de execução que sugerem que eles internalizaram o Pate como instrumento regular de financiamento, com programação razoavelmente alinhada à capacidade de execução. Dois estados se destacam como exceções. A Paraíba apresenta o comportamento mais extremo do Nordeste: taxas de 107% em 2023, 828% em 2024 e 397% em 2025, com produção *per capita* de 127,4 por 10 mil hab., equivalente a mais de seis vezes a da Bahia. Na outra ponta, Alagoas mantém déficit de produção persistente (44%, 60%, 62%) com a menor taxa per capita da região (19,3/10 mil).

152. O Sudeste é a região de maior déficit de produção em relação à programação em 2025 (75,7% de execução). A região programou 650.025 cirurgias em 2025, mais da metade de toda a programação nacional, e executou 493.081, gerando déficit de quase 160 mil procedimentos, superior à produção total da Região Norte. Esse déficit é explicável pelo comportamento do Rio de Janeiro. O estado sextuplicou sua programação entre 2024 e 2025 (de 47.123 para 270.657), tornando-se o estado com a maior programação absoluta do país, superior até a São Paulo e Minas Gerais. No entanto, a produção caiu de 107.206 para 75.724, resultando em execução de apenas 28%. Os demais estados do Sudeste apresentam, juntos, taxa de execução de 110%, alinhada com a média nacional.

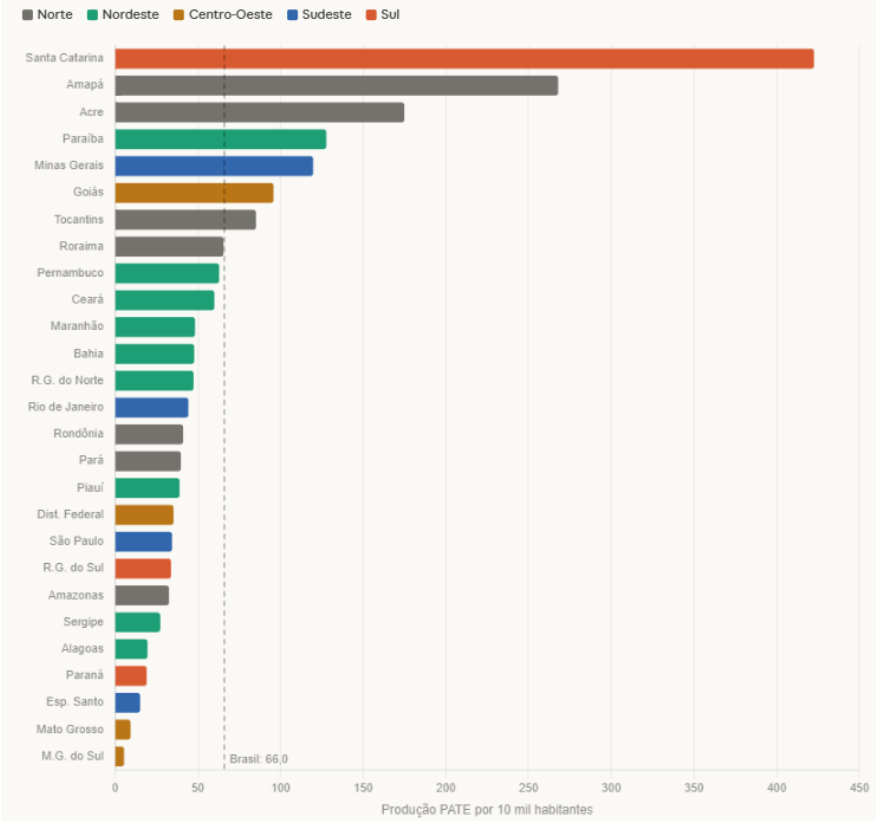
153. O Sul apresenta padrão inverso ao do Sudeste, com execução persistentemente acima do programado: 135% em 2023, 422% em 2024 e 189% em 2025. A produção *per capita* de 128,6 procedimentos por 10 mil habitantes é mais do dobro de qualquer outra região. Esse resultado é determinado por Santa Catarina, que responde por 85% de toda a produção Pate da região, embora represente 25,9% de sua população. A produção catarinense alcança 422,3 procedimentos por 10 mil habitantes, uma taxa 16 vezes superior à de Paraná e Rio Grande do Sul combinados (26,1 por 10 mil), os quais, por sua vez, apresentam taxas de execução de 49% e 53% em 2025, respectivamente.

154. O Norte apresentou taxa de execução de 128,9% em 2023, 136,9% em 2024 e 98,1% em 2025, tornando a região a mais próxima do equilíbrio programação-produção no último ano. No entanto, a dispersão entre seus estados é significativa, a exemplo do Amapá, que passou de execução quase nula em 2023 e 2024 para 225,5% em 2025, com produção *per capita* de 172,2 por 10 mil hab. O Pará, maior estado da região em população, apresenta a menor produção *per capita* do Norte (39,0 por 10 mil hab.).

155. O Centro-Oeste começou abaixo de 100% (81,7%), manteve-se abaixo em 2024 (90,5%) e saltou para 198% em 2025. Essa inversão é explicável pelos números de Goiás, que passou de 97,4% e 102,3% para 341,3% em 2025, contribuindo com 82% da produção regional. Mato Grosso apresenta a pior trajetória da região: 50% em 2023, 61,3% em 2024 e 18,5% em 2025, com produção *per capita* de apenas 3,8 por 10 mil hab., a menor de todos os 27 estados.

Gráfico 9 - Produção de procedimentos cirúrgicos eletivos do Pate por 10 mil hab., por estado, em 2025

Para verificar as assinaturas, acesse www.tcu.gov.br/autenticidade e informe o código 80486594.



Fonte: Planilhas Análise Histórico de produção por estado 2019-2025 Atualizado e SUS360_AUDITORIA_Pate_TCU_27_02_2026 Atualização produção 2025. Estimativa populacional em 1/7/2024, disponível em https://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_de_Populacao/Estimativas_2024/estimativa_dou_2024.pdf. Acesso em 14/2/2026.

156. Entre as causas identificadas para as discrepâncias de produção entre os estados estão o lançamento pelos estados do código do Pate no registro da produção em número maior que o programado, na expectativa de financiamento federal, e a existência de programas locais de ampliação do acesso.

157. A pesquisa eletrônica municipal revela que a grande maioria dos municípios declara dispor de programas ou incentivos adicionais ao Pate para a redução do tempo de espera em cirurgias eletivas. Cerca de 46% dos respondentes indicaram a existência de incentivos financeiros estaduais para pagamento de procedimentos cirúrgicos, 38,3% de incentivos financeiros municipais e 29,9% de medidas para aumento da capacidade de produção, como construção ou reforma de centros cirúrgicos e contratação de equipes. Por sua vez, 15,9% dos municípios declararam não possuir nenhum programa ou incentivo adicional (Planilha Pesquisa eletrônica municipal, Q37). Esses dados contextualizam a dinâmica de produção do componente cirúrgico do Pate, pois indica que o programa federal opera em um ecossistema de incentivos composto também por iniciativas estaduais e municipais, como o Programa Opera PB na Paraíba (Portaria 665/GS/2019) e a Tabela Catarinense (Deliberação 744/CIB/2023), que complementa valores da tabela SUS em até doze vezes. A melhor estrutura dos serviços de saúde em certas localidades, combinada à coexistência de múltiplas fontes de financiamento e outras iniciativas de ampliação da oferta podem contribuir tanto para o crescimento da produção observado quanto para as disparidades regionais de execução, na medida em que estados e municípios com maior capacidade fiscal conseguem mobilizar recursos complementares mais expressivos.

158. A desigualdade distributiva do componente cirúrgico não é um problema do desenho do programa, mas o efeito de comportamentos extremos localizados. A correção dessas anomalias seria suficiente para revelar um programa cuja distribuição regional caminha para a proporcionalidade.

Para verificar as assinaturas, acesse www.tcu.gov.br/autenticidade e informe o código 80486594.

159. Em síntese, a análise regional expõe duas fragilidades do componente cirúrgico do Pate enquanto política nacional. Primeiro, a programação como instrumento de gestão apresenta utilidade variável. Funciona razoavelmente no Nordeste, em MG, SP e no AM. É disfuncional no RJ (programação inflada), em SC, PB e GO (produção sistematicamente múltiplas vezes superior à programação) e em MT e AL (déficit de execução persistente). É sabido que o planejamento possui um caráter dinâmico. Entretanto, quando um de seus instrumentos pode indicar 28% ou 357% de execução dentro do mesmo programa, ele perde capacidade informativa como referência de avaliação. Segundo a concentração da produção em Santa Catarina distorce os indicadores nacionais e compromete a proporcionalidade distributiva, beneficiando uma região que já apresenta bons indicadores relativos de saúde no país, enquanto outros estados permanecem com produção aquém do que seria esperado, considerando sua representatividade populacional. Medidas para reduzir desigualdades regionais não dependem apenas de uma intervenção isolada, mas todas elas precisam estar articuladas para produzir o efeito desejado.

160. O MS reconheceu que, nos termos dos incisos I, IV e V do art. 31-A e do inciso IX do art. 30 do Anexo I do Decreto 11.798/2023, é competência de a Saes/MS planejar, regular e monitorar a atenção especializada no SUS, com foco na redução das desigualdades regionais. Acrescentou que a efetividade do componente cirúrgico do Pate dependeria, de forma central, da atuação articulada e corresponsável dos gestores estaduais e municipais, no âmbito da governança interfederativa (Despacho CGPPQAE/DEEQAE/Saes/MS, de 17/4/2026).

161. Diante do potencial reforço de desigualdades regionais em certos estados pelo componente cirúrgico, do reconhecimento do MS de sua responsabilidade em atuar a favor da redução dessas desigualdades no seu âmbito de atuação, sem prejuízo da articulação interfederativa, propõe-se recomendar ao MS que avalie o efeito do financiamento do componente cirúrgico do Pate sobre as desigualdades regionais, no contexto das demais ações do programa, definindo medidas para mitigá-las. O benefício esperado é a redução do efeito do componente cirúrgico do programa no reforço da desigualdade distributiva regional.

As filas para cirurgias eletivas declaradas pelos entes estão crescendo, com mais tipos de procedimentos compondo as maiores filas e persistência de um núcleo estável de cirurgias de média complexidade

162. As filas de espera para cirurgias eletivas declaradas pelos estados ao Ministério da Saúde (MS) estão crescendo. No Brasil, o número de pacientes nas maiores filas para cirurgias eletivas do rol do Pate foi de aproximadamente 1,1 milhão em 2023, 1,4 milhão em 2024 e 1,9 milhão em 2025, um crescimento de 76,3% em dois anos. A programação de cirurgias a serem realizadas pelo Pate também teve incremento significativo (158,9%), e a média nacional de programação em relação às filas cresceu de 45,0% em 2023 para 55,1% em 2024 e 66,1% em 2025, com variações acentuadas entre os estados (100% a 17% em 2025).

163. Os gestores devem encaminhar ao MS as programações de cirurgias, elaboradas conjuntamente pelas SES e SMS e pactuadas na CIB, com a demanda existente ou prevista por procedimento e a quantidade de procedimentos a ser realizada (art. 4º, 5º e 6º da Portaria GM/MS 90/2023, alterados pela Portaria GM/MS 5.820/2024). O MS não dispõe de dados consolidados de filas para cirurgias eletivas antes de 2023. As secretarias estaduais, distrital e municipais de saúde devem garantir o registro das informações da regulação e enviar os dados ao MS, incluindo a dimensão das filas (§2º, art. 16 da Lei 8.080/90, alterada pela Lei 15.233/2025). Todos os registros de solicitação devem ser enviados para a RNDS utilizando o Mira (Portaria GM/MS 6.656/2025). Os dados devem ser publicados, de forma a permitir o acompanhamento pelo usuário e pelo controle social (Portaria GM/MS 9.262/2025).

164. A Região Sudeste apresentou o maior crescimento de filas (307,8%), impulsionada por São Paulo e Rio de Janeiro. No Centro-Oeste, a fila informada foi reduzida em 39,2%. Apenas três estados conseguiram redução contínua das filas entre 2023 e 2025 (Goiás, Rio Grande do Sul e Espírito Santo), enquanto nove estados enfrentam crescimento ininterrupto, com destaque para Rondônia, Rio de Janeiro e São Paulo, que apresentam aumentos superiores a 300%. Em 2025, 18

Para verificar as assinaturas, acesse www.tcu.gov.br/autenticidade e informe o código 80486594.

dos 27 estados (67%) apresentaram aumento de filas em relação a 2024 (Tabela 29, Apêndice B e Planilha Análise de Filas e programação consolidadas 2023-2025 atualizada).

165. No entanto, a disponibilidade desses dados ainda é incompleta e os procedimentos para obtenção da informação sobre o tamanho das filas localmente ainda variam muito. A cobertura da RNDS ainda é muito limitada e o principal sistema de regulação do SUS (Sisreg) não integra à rede seus dados de regulação de cirurgias hospitalares. Logo, a informação sobre as filas não pode ser extraída de sistemas de regulação, mas declarados pelos estados, com grande incerteza sobre a qualidade dessas informações em razão da variabilidade de procedimentos para defini-las.

166. Existe concentração significativa da fila em poucos tipos de procedimentos. Um número muito pequeno de procedimentos (8 a 21 tipos) representa 50% da fila de cirurgias eletivas. Um único procedimento, a Cirurgia de catarata (Facoemulsificação com implante de lente intraocular dobrável), representou nos três anos no mínimo 10% de toda a fila. No entanto, a distribuição do número de procedimentos por tipo está ficando gradualmente mais dispersa. As cirurgias programadas também apresentam concentração, embora tenha havido incremento na variedade de tipos programados de 686 em 2023 para 1.269 em 2025. Em 2025, havia proporcionalmente mais procedimentos de alta complexidade programados (17,3%) do que na fila (14,7%) (Planilha Análise de Filas e programação consolidadas 2023-2025 atualizada).

167. Isoladamente, a Cirurgia de catarata permanece como a maior fila em todos os anos, mas seu peso relativo vem caindo (15,5%, 11,3%, 10,9%), mesmo com crescimento em termos absolutos (167 mil, 154 mil, 208 mil). A queda em 2024 seguida de forte alta em 2025 pode refletir tanto oscilações nos procedimentos de dimensionamento das filas quanto acúmulo de demanda represada. É o único procedimento de alta complexidade consistentemente no topo das maiores filas, o que reforça a relevância da Cirurgia de catarata como indicador de acesso a cirurgias eletivas no SUS.

168. Ausente da lista em 2023, a Limpeza da lente pós cirurgia de catarata (Capsulotomia a yag laser) apareceu com 24,5 mil pacientes em 2024 e saltou para 52 mil em 2025. Esse dado sugere um efeito cascata causado pelo aumento na realização de Cirurgias de catarata, com crescimento na sequência da fila para a Limpeza de lente. Somados, Catarata e Limpeza de lente correspondiam a 13,6% da fila em 2025. Somando também o Laser na retina (Fotocoagulação a laser), os três procedimentos oftalmológicos totalizam 15,4% da fila em 2025, representando praticamente o mesmo peso que a Cirurgia de Catarata sozinha tinha em 2023.

169. Existe um núcleo estável de sete a oito procedimentos presentes de 2023 a 2025 entre as maiores filas (Tabela 5). Esse grupo constitui o corpo permanente das maiores filas cirúrgicas do SUS. Em torno dele, procedimentos entram e saem da lista conforme as dinâmicas de demanda e oferta. Em 2024, apareceram procedimentos ortopédicos relevantes (artroplastia de joelho, quadril e reparo do manguito rotador), além da Cirurgia de Amígdala (Amigdalectomia) e da Cirurgia de períneo (colpoperineoplastia). Em 2025, surgiram a Hérnia no abdômen (hernioplastia epigástrica) e o código de tratamento com cirurgias múltiplas (Planilha Análise de Filas e programação consolidadas 2023-2025 atualizada).

Tabela 5 - Evolução das filas dos procedimentos cirúrgicos eletivos que compõem o núcleo estável entre as maiores filas, declaradas pelos estados, de 2023 a 2025

Procedimento	**Fila 2023**	**Fila 2024**	**Fila 2025**	**Variação 2023/2025 (%)**
Catarata (facoemulsif. c/ implante de lente intraocular dobrável)	167.509	154.187	208.294	24,3
Vesícula por vídeo (Colecistectomia videolaparoscópica)	55.430	41.028	74.543	34,5
Vesícula (Colecistectomia.	86.263	60.153	64.497	−25,2

Para verificar as assinaturas, acesse www.tcu.gov.br/autenticidade e informe o código 80486594.

Convencional)				
Hérnia na virilha (Hernioplastia inguinal)	63.686	50.829	62.263	−2,2
Hérnia no umbigo (Hernioplastia umbilical)	51.111	37.422	53.261	4,2
Ligadura de trompas (Laqueadura tubária)	42.102	37.007	73.055	73,5
Retirada de útero (Histerectomia total)	35.003	33.616	37.580	7,4
Vasectomia	29.303	17.394	41.645	42,1
Total do núcleo	530.407	431.636	615.138	16,0

Fonte: elaboração própria com base Planilha Análise de Filas e programação consolidadas 2023-2025 atualizada.

170. As cirurgias de planejamento familiar (Ligadura de trompas e Vasectomia) apresentam trajetória peculiar. Ambas as filas caíram em 2024 e subiram acentuadamente em 2025. A laqueadura saltou da sexta para a terceira posição, com crescimento de 73,5% entre 2023 e 2025. O crescimento conjunto sugere demanda crescente por acesso a métodos contraceptivos cirúrgicos definitivos no SUS.

171. Quase todos os procedimentos do núcleo estável apresentam queda em 2024 seguida de alta em 2025. No agregado, o núcleo estável passou de 530,4 mil para 615,1 mil usuários em fila, crescimento de 16%, inferior ao crescimento geral (76,3%), indicando ênfase do programa na realização dos procedimentos com maior demanda.

172. A Cirurgia de Vesícula (Colecistectomia convencional) é o único procedimento do núcleo estável com queda significativa no período (−25,2%), mas parte dessa queda provavelmente reflete migração para a cirurgia por vídeo (videolaparoscópica), cuja fila cresceu 34,5%. Somadas as duas colecistectomias, a fila passou de 149.949 para 126.760, representando queda de 15,5%, sendo um agrupamento de procedimentos com clara redução de fila no núcleo estável. A Hérnia na virilha (Hernioplastia inguinal unilateral) mostra variação baixa (−2,2%), com o mesmo padrão de queda em 2024 e recuperação em 2025.

173. A predominância da média complexidade é quase absoluta entre as maiores filas. Com exceção da Catarata (alta complexidade) e, em 2024, das Próteses de joelho (Artroplastia de joelho) e de quadril (Artroplastia de quadril), todos os demais procedimentos são de média complexidade. Isso é significativo do ponto de vista do planejamento porque são cirurgias que, em tese, poderiam ser realizadas em hospitais de menor porte ou em centros de especialidades, sem necessidade da infraestrutura de um hospital de alta complexidade. A persistência dessas filas pode indicar a necessidade de investir na estrutura, na organização e na oferta da rede de média complexidade, que é historicamente apontada como um gargalo do SUS e obstáculo para a construção da integralidade (SPEDO, SILVA PINTO e TANAKA, 2010; SILVA, CARVALHO, CORDONI JUNIOR et al., 2016).

174. Em síntese, os dados revelam três tendências: o crescimento do número total de usuários nas filas declaradas, a dispersão da demanda por um número crescente de tipos de procedimentos e a persistência de um núcleo de cirurgias de média complexidade entre as maiores filas. Além disso, é possível que o aumento da oferta e a maior visibilidade do programa tenham induzido demanda até então reprimida ou não registrada, contribuindo para o crescimento das filas declaradas.

175. A ausência de definição de orientações sobre procedimentos mínimos para a determinação ou estimação do tamanho das filas declaradas pelos estados e para a programação de cirurgias contribui para a fragilidade dessas informações no decorrer do período.

176. Cabe esclarecer que o MS comentou que as orientações sobre os procedimentos a serem

Para verificar as assinaturas, acesse www.tcu.gov.br/autenticidade e informe o código 80486594.

observados pelos entes federados encontrar-se-iam sistematizadas na Nota Técnica 86/2026-CGPPQAE/DEEQAE/Saes/MS e que outros instrumentos orientativos haviam sido publicados no sítio do programa (Despacho CGPPQAE/DEEQAE/Saes/MS, de 17/4/2026). No entanto, o exame da nota técnica revela que o documento versa predominantemente sobre o rito operacional da programação no exercício de 2026. De forma alguma traz metodologia, parâmetros ou procedimentos mínimos para dimensionar a demanda, determinar a quantidade de procedimentos a realizar ou atualizá-la ao longo do ano. A NT se limita a estabelecer onde (InvestSUS), quando (a partir de março/2026) e com que forma de pactuação (CIB/CIR) o gestor indicará o quantitativo, sem oferecer como esse quantitativo pode ser estimado ou justificado tecnicamente (Apêndice C, par. 13-17).

177. O MS comentou ainda que, com relação ao dimensionamento da demanda e da programação de cirurgias, a estratégia ministerial viabiliza a formação de gestores, por meio de oficinas, seminários, webnários e outros documentos orientativos, quanto à nova Política nacional de atenção especializada e a Política nacional de Regulação (Despacho CGPPQAE/DEEQAE/Saes/MS, de 25/4/2026). Cabe destacar que a PNRS inclui a programação de ações e serviços de saúde entre os componentes da Regulação da Atenção à Saúde (inc. I do art. 8º) e a caracteriza como 'definição, quantificação e orçamentação das ações e dos serviços de saúde, desenvolvido conjuntamente por estados e municípios e consolidado na Macrorregião de Saúde, com base nas necessidades de saúde da população e nos parâmetros e prioridades estabelecidas pelos gestores envolvidos' (inc. IV do art. 4º). Determina ainda que a programação observe 'parâmetros e fluxos pactuados' (§ 4º do art. 12) e atribui ao Ministério da Saúde a competência para 'elaborar normas técnicas, em âmbito nacional' e para cooperar tecnicamente com os entes da federação para a qualificação das ações de regulação (inc. I e VI do art. 51).

178. Diante do exposto, propõe-se recomendar ao MS que publique orientações sobre os procedimentos mínimos a serem seguidos para que os entes federados dimensionem a demanda existente ou prevista por procedimento, a quantidade de procedimentos cirúrgicos a ser realizada e sua atualização ao longo do ano.

IMPLEMENTAÇÃO DAS OFERTAS DE CUIDADOS INTEGRADOS E MUDANÇA DO MODELO DE ATENÇÃO

179. Esse capítulo trata da implementação do componente ambulatorial do Pate, que resultou da incorporação do Programa Mais Acesso a Especialistas (PMAE), instituído pela Portaria GM/MS 3.492/2024. Esse componente é parte integrante da Política Nacional de Atenção Especializada à Saúde (PNAES), seguindo as suas diretrizes e eixos constitutivos.

180. Entre os objetivos do programa está o de a) ampliar o acesso a consultas, exames e outros procedimentos diagnósticos e terapêuticos na AES ambulatorial; b) elevar os graus de integralidade da AES ambulatorial e promover a sua integração, em Especial, com a APS; c) fomentar a mudança do modelo de gestão de filas e regulação do acesso na AES ambulatorial, visando ao foco na pessoa e na otimização de sua jornada; d) fomentar a implementação de um novo modelo de financiamento para a AES ambulatorial, entre outros (art. 1º e 2º da Portaria GM/MS 3.492/2024).

Oferta de Cuidado Integrado (OCI)

181. Para o alcance dos objetivos do programa, o PMAE instituiu a Oferta de Cuidado Integrado (OCI) como forma de organização das ações e serviços de saúde. Consiste no 'conjunto de procedimentos, tais como consultas e exames, e tecnologias de cuidado' necessários para concluir uma etapa na linha de cuidado ou conduzir agravos específicos de rápido diagnóstico ou tratamento, de forma oportuna e com qualidade.

182. O valor das OCI é calculado a partir da estimativa de valor dos procedimentos que a integram, acrescidos dos custos com tecnologias, como gestão clínica e saúde digital, como forma de valorizar a atenção integral e a coordenação do cuidado, a resposta oportuna, a boa gestão das filas

Para verificar as assinaturas, acesse www.tcu.gov.br/autenticidade e informe o código 80486594.

de espera e a redução de deslocamentos e ações desnecessárias (art. 6º, § 3º da Portaria GM/MS 3.492/2024). Dessa maneira, configuram-se em um modelo de financiamento distinto do modelo tradicional, baseado em pagamento por procedimento (par. 122), que não prioriza o cuidado integral do paciente.

183. As OCI estão regulamentadas em portarias da Saes/MS e se organizam em subgrupos, conforme a especialidade: a) Oncologia, b) Cardiologia, c) Ortopedia, d) Otorrinolaringologia, e) Oftalmologia e, mais recentemente, f) Saúde da Mulher (Ginecologia). Cada OCI é identificada por meio de um código de procedimento principal na Tabela SIGTAP (grupo 09), com a respectiva descrição, atributos (regras de uso) e valor definidos para fins de registro e parâmetro para remuneração do atendimento prestado ao usuário (art. 10º da Portaria Saes/MS 1.640/2024). Os normativos detalham ainda os procedimentos secundários de cada OCI, que são o conjunto de ações (consultas, exames, procedimentos diagnósticos ou terapêuticos) que compõem a jornada do paciente dentro de uma OCI específica, podendo ser obrigatórios ou opcionais, bem como o seu tempo limite máximo de execução (BRASIL, 2024e; art. 6º, § 2º da Portaria GM/MS 3.492/2024). No total, foram instituídas 34 OCI para as diferentes especialidades: seis de cardiologia, nove de oncologia, sete de oftalmologia, três de otorrinolaringologia e quatro de ortopedia e cinco de ginecologia (Portarias Saes/MS 1.822 a 1.826, de 11/6/2024 e Portaria GM/MS 7.273, de 18/6/2025; par. 28).

184. De acordo com as normas do programa, a produção das OCI deve ser registrada em APAC e essas poderão ser financiadas como OCI, se concluídas em conformidade com as regras do SIGTAP. Deve ser observado, por exemplo, o tempo limite máximo para realização de cada uma (tempo entre a realização do primeiro e do último procedimento do conjunto). Em caso de ultrapassarem o prazo para conclusão, as OCI não serão aprovadas e os procedimentos eventualmente realizados podem ser registrados e apresentados em boletim de produção ambulatorial individual (BPA-I) (art. 14, §3º da Portaria GM/MS 3.492, alterada pela Portaria GM/MS 5.758/2024, e art. 13, §5º, da Portaria GM/MS 1.640/2024) (par. 26-27).

185. A operacionalização do componente ambulatorial do Pate ocorre mediante Planos de Ação Regionais (PAR), elaborados e aprovados pelas Comissões Intergestores Regionais (CIR), com ciência das Comissões Intergestores Bipartites (CIB), para planos regionais, ou aprovação direta das CIB, para planos macrorregionais ou estaduais. Esses planos são os instrumentos de planejamento que contemplam as programações das OCI a serem executadas, lista de estabelecimentos executores, entre outras informações (art. 8º da Portaria GM/MS 3.492/2024).

186. A partir da definição da abrangência do PAR, que pode ser estadual, macrorregional ou regional, deve ser realizado o diagnóstico das necessidades de saúde e da estruturação da Rede de Atenção à Saúde (RAS) em determinada localidade. O PAR estabelece as responsabilidades de cada ente federado integrante, visando a implementação progressiva das mudanças estruturantes indicadas na PNAES (BRASIL, 2024d).

Núcleos de Gestão do Cuidado (NGC) e de Apoio à Gestão (NAG)

187. O PMAE, que originou o componente ambulatorial do Pate, instituiu os Núcleos de Gestão do Cuidado (NGC) e de Apoio à Gestão (NAG), inicialmente chamados núcleos de gestão e regulação, como dispositivos de gestão para auxiliar na operacionalização dos planos de ação do programa e na navegação do cuidado dos pacientes das OCI. Suas competências estão detalhadas no manual do programa (§ 4º do art. 10 e art. 12 da Portaria GM/MS 3.492/2024, art. 1º Portaria Saes/MS 3.092/2025 e par. 29).

188. O NGC deve se situar dentro dos estabelecimentos de atenção ambulatorial especializada em saúde, com a missão de monitorar o tempo e a qualidade da realização das OCI, assegurando que a jornada do paciente seja facilitada e resulte na transferência segura do cuidado para a APS. Dessa maneira, atua na redução da fragmentação e ampliação da integralidade da atenção ambulatorial especializada (BRASIL, 2024a). Na implementação desses núcleos, os gestores devem buscar a determinação de um território de referência para os serviços, a vinculação de unidades e equipes de APS a estes serviços e a composição de equipes multiprofissionais.

Para verificar as assinaturas, acesse www.tcu.gov.br/autenticidade e informe o código 80486594.

189. O NAG deve ser instituído ou devem ser responsabilizadas estruturas análogas que tenha o componente ambulatorial como foco, junto aos demais processos de controle, avaliação e regulação já existentes nas secretarias de saúde. O núcleo não é apenas um reforço às estruturas e processos já existentes, mas atua na gestão específica do programa, em articulação com os demais processos assistenciais e de gestão da RAS. O NAG é vinculado aos gestores estaduais e municipais do SUS e possui papel sistêmico, focado na coordenação da rede e no apoio ao gestor (BRASIL, 2024a).

190. A execução do componente ambulatorial do Pate pelos estados e municípios teve início em janeiro de 2025, após a publicação em dezembro de 2024 de portarias de aprovação e de distribuição de recursos para as OCI, bem como de recursos de incentivo para estruturação dos NAG.

191. A execução e os resultados devem ser monitorados em reuniões das CIB, a partir dos indicadores pactuados pelo Grupo de Trabalho Tripartite de AES, sem prejuízo de outros estabelecidos pelos estados e DF e (art. 9º, inc. II e III e art. 13, §2º da Portaria GM/MS 3.492/2024).

Implementação incipiente das OCI, com produção concentrada em determinados estados e especialidades

192. A implementação do componente ambulatorial do Pate se encontra em estágio inicial, com produção de OCI inferior a 10% do inicialmente programado pelos estados e concentrada em seis estados e duas das especialidades contempladas no programa. Foram identificados desafios diversos para o início e para a expansão das OCI, bem como a insuficiente implementação dos NGC e NAG, que possuem atribuições com potencial de ampliar o alcance de resultados e induzir a mudança do modelo de atenção.

Adesão aos PAR

193. Os PAR apresentam o elenco das OCI a serem realizadas, de acordo as filas prioritárias no estado e/ou região, e respectivas metas programadas (art. 9º, inc. III da Portaria GM/MS 3.492/2024) (par. 186-187).

194. Em janeiro de 2026 havia 154 PAR aprovados, sendo sete estaduais, 44 macrorregionais e 103 regionais. A programação físico-financeira dos PAR do ES não foi apresentada pelo MS nem identificada nos normativos publicados, que registram apenas o orçamento total aprovado (Planilha_Programação_PAR__analise, Planos de Ação Regionais do RJ, MA e MT-2025, e Portaria GM/MS 6.066, de 12/12/2024).

Tabela 6 - Distribuição dos PAR por UF, abrangência e cobertura dos municípios do estado, no Brasil, 2025

Estado	Propostas	Abrangência	Número de municípios	Municípios no estado	Cobertura municipal dos planos
PA	11	Regional	130	144	90,3%
RN	7	Regional	142	167	85,0%
MT	1	Regional	14	142	9,9%
MA	1	Regional	16	217	7,4%
PI	1	Regional	5	224	2,2%
Demais 22 estados	133	Estadual/Macrorregional/ Regional	4.677	4.677	100,0%
Total	154	Estadual/Macrorregional/Regional	4.984	5.571	89,5%

**Não foi disponibilizada pelo MS programação físico financeira detalhada do ES*

Fonte: elaboração própria, com base na Planilha_Programação_PAR__analise, dados extrdos em 7/11/2025, e dados complementares dos PAR do RJ, MA e MT (peças 199, 203 e 204), extraídos

Para verificar as assinaturas, acesse www.tcu.gov.br/autenticidade e informe o código 80486594.

em 29/1/2026.

195. Verifica-se a alta adesão pelos entes a planos de ação (89,5% dos municípios brasileiros já estão contemplados nos PAR aprovados). Cinco estados não possuem 100% de seus municípios cobertos pelos planos de ação: PA, RN, MT, MA e PI. Os PAR faltantes de 15 regiões de saúde do MT e 18 do MA estavam com programação em análise pelo MS em janeiro de 2026.

196. No total, vinte estados apresentaram reprogramação ou aditivo em portarias publicadas de setembro a novembro de 2025, disponíveis no site do MS. A expectativa do DEEQAE/Saes é de que, em 2026, o número de PAR aprovados seja de aproximadamente 200 (Extrato de entrevistas Pate- Execução e E-mail DEEQAE/Saes, de 29/1/2026).

Baixa produção de OCI em relação ao programado

197. Os PAR aprovados previam a realização de 9.973.969 OCI em 2025, no entanto, a produção de OCI, de janeiro a novembro de 2025, foi de 685.826, equivalente a 6,9% do programado inicialmente (dados extraídos em 15/1/2026).

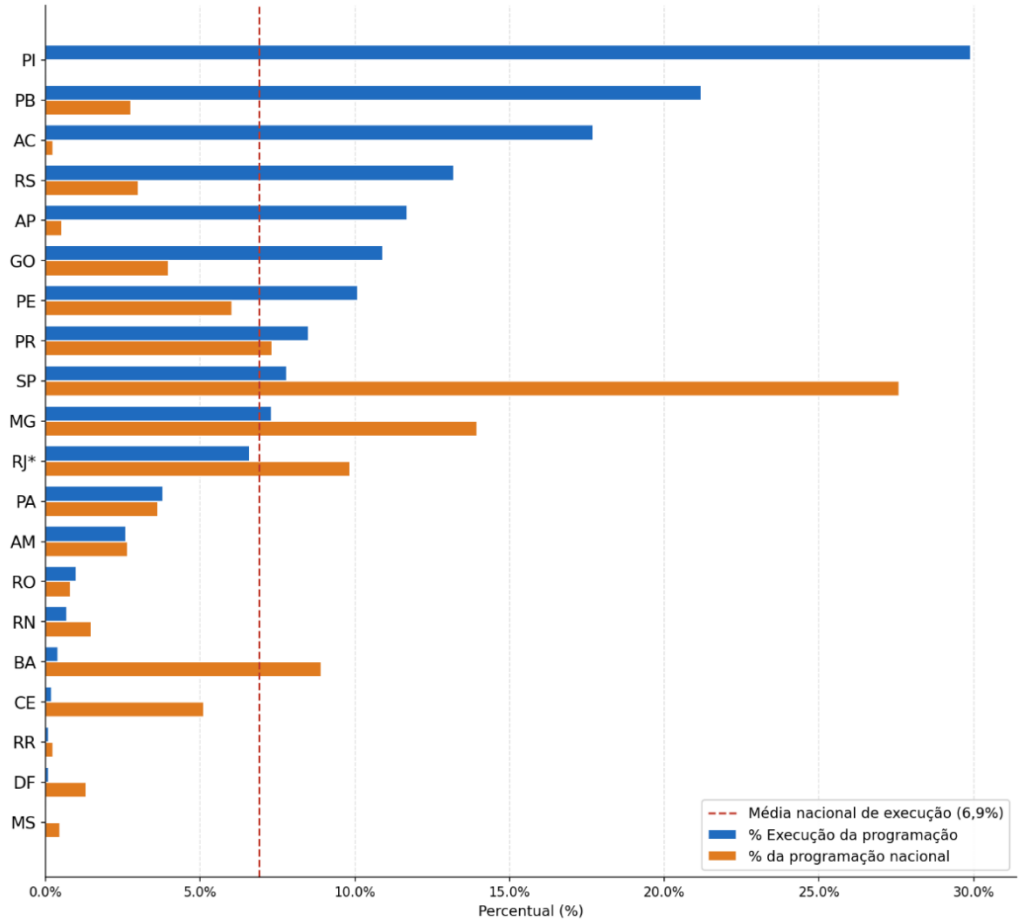
198. Os três estados com maior participação na programação nacional, SP (27,6%), MG (14,0%) e RJ (9,9%), apresentam taxas de execução abaixo ou próximas da média nacional (7,8%, 7,3% e 6,6%, respectivamente) (Gráfico 10).

199. Os maiores percentuais de execução física de OCI foram alcançados pelo PI (29,9%) e pela PB (21,2%), embora ainda inferiores a um terço da programação. Em seguida, estão AC, RS e AP, com 17,7%, 13,2% e 11,7% de execução, respectivamente. Nota-se que esses cinco estados com maior percentual de execução têm participação modesta na programação nacional (todos abaixo de 3%). O melhor desempenho entre eles, considerando o número de OCI realizadas, foi da PB (58.468) e o RS (39.516). O PI, apesar de ter o maior percentual de execução, foi o estado que programou a menor quantidade de OCI (executou 1.134 de 3.792).

200. Esse cenário sugere que estados com programações menores e mais focadas conseguem organizar melhor a operacionalização das OCI, possivelmente por enfrentarem menor complexidade logística e administrativa. Os estados que concentram a maior parte da programação também detêm a maior capacidade instalada do SUS e, portanto, deveriam liderar a execução do programa.

Gráfico 10 - Percentual de execução física das OCI programadas nos PAR dos estados que tiveram produção, Brasil, de janeiro a novembro de 2025

Para verificar as assinaturas, acesse www.tcu.gov.br/autenticidade e informe o código 80486594.



Fonte: elaboração própria, com base na Planilha_C_producao OCI 2025_mun_tipo_analise.xlsx. Dados de 15/1/2026.

** O RJ teve novos PAR aprovados em 11/2025 (Portaria GM/MS 8.960, de 26/11/2025).*

***Não foi disponibilizada programação físico financeira detalhada do ES.*

201. Aproximadamente um terço dos estados com produção de OCI não chegou a realizar 1% do programado (RN, BA, CE, DF, RR, MS, MA e MT).

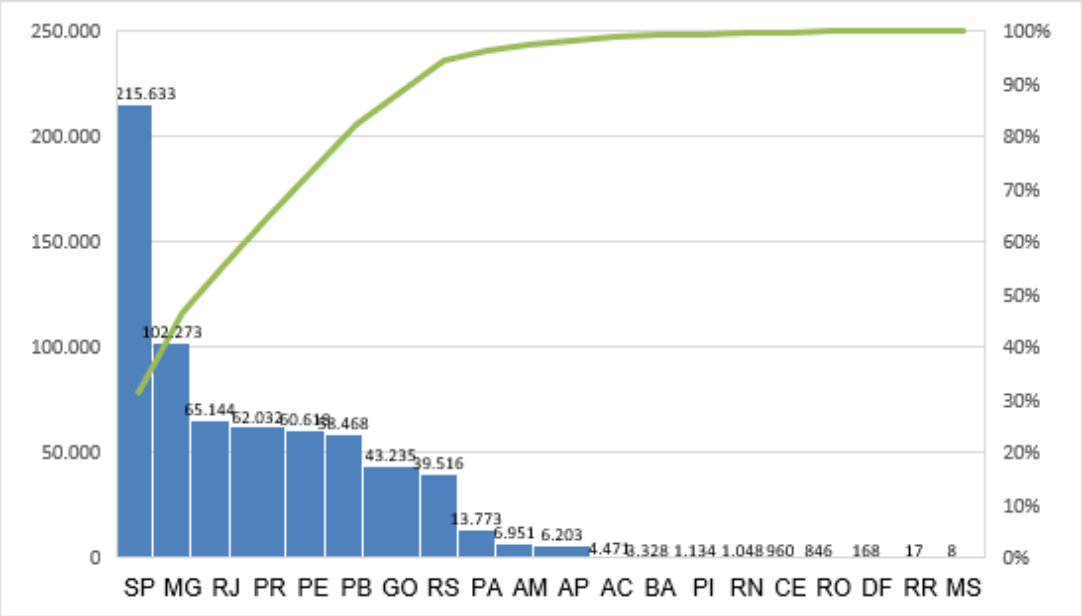
202. Reprogramações ou mesmo novas programações de PAR aprovadas apenas no segundo semestre de 2025 podem ter contribuído para o baixo percentual de execução no período analisado. Além disso, parece ter ocorrido uma sobreprogramação da execução das OCI, sem considerar a real dimensão das dificuldades a serem enfrentadas na sua implementação.

Produção de OCI concentrada em poucos estados e especialidades

203. Apenas seis estados (SP, MG, RJ, PR, PE e PB) foram responsáveis por 82,3% das 685.826 OCI realizadas de janeiro a novembro de 2025 (dados de 15/1/2026). Esses seis estados correspondem a 51,7% da população nacional. Entre eles, cinco estão entre os sete mais populosos: SP, MG, RJ, PR e PE. Destaca-se a PB, que ocupa a 6ª maior produção, embora seja a 14ª maior população e, negativamente, a BA, na 4ª posição em população e na 13ª em produção (dados das estimativas da população do IBGE/2025). Por outro lado, sete estados (AL, ES, MA, MT, SC, SE e TO) não apresentaram produção no mesmo período, apesar de terem PAR aprovados em dezembro de 2024.

Gráfico 11 - Produção de OCI por estado e percentual do total, Brasil, de janeiro a novembro de 2025

Para verificar as assinaturas, acesse www.tcu.gov.br/autenticidade e informe o código 80486594.

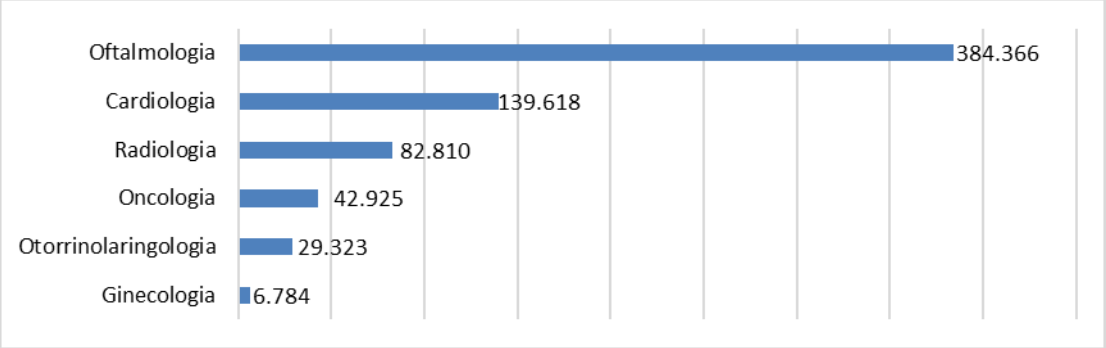


Fonte: elaboração própria, com base na Planilha_C_producao OCI 2025_mun_tipo_analise.xlsx. Dados de 15/1/2026.

204. Na fase final da auditoria, foram divulgados dados de dezembro de 2025, a partir dos quais se identificou um aumento de produção para 827.894 OCI, um crescimento de 20,7%. Dos 7 estados sem produção aprovada no período analisado, todos passaram a apresentar alguma produção, variando de 2 OCI (SE) a 308 (SC), o que demonstra a evolução desse componente (https://sus360.saude.gov.br/#painel/componente-ambulatorial, acesso em: 20, Mar. 2026).

205. Analisando a produção de OCI por especialidade, identifica-se que houve maior produção de OCI em Oftalmologia, correspondendo a mais da metade do total (56%), seguida das OCI em Cardiologia e em Ortopedia (20,3% e 12,1%, respectivamente). As demais (Oncologia e Ginecologia) somam 11,5% da produção. As OCI em Ginecologia, que representam apenas 1% do total, foram as últimas a serem instituídas, em junho de 2025.

Gráfico 12 - Produção das OCI por especialidade, Brasil, de janeiro a novembro de 2025

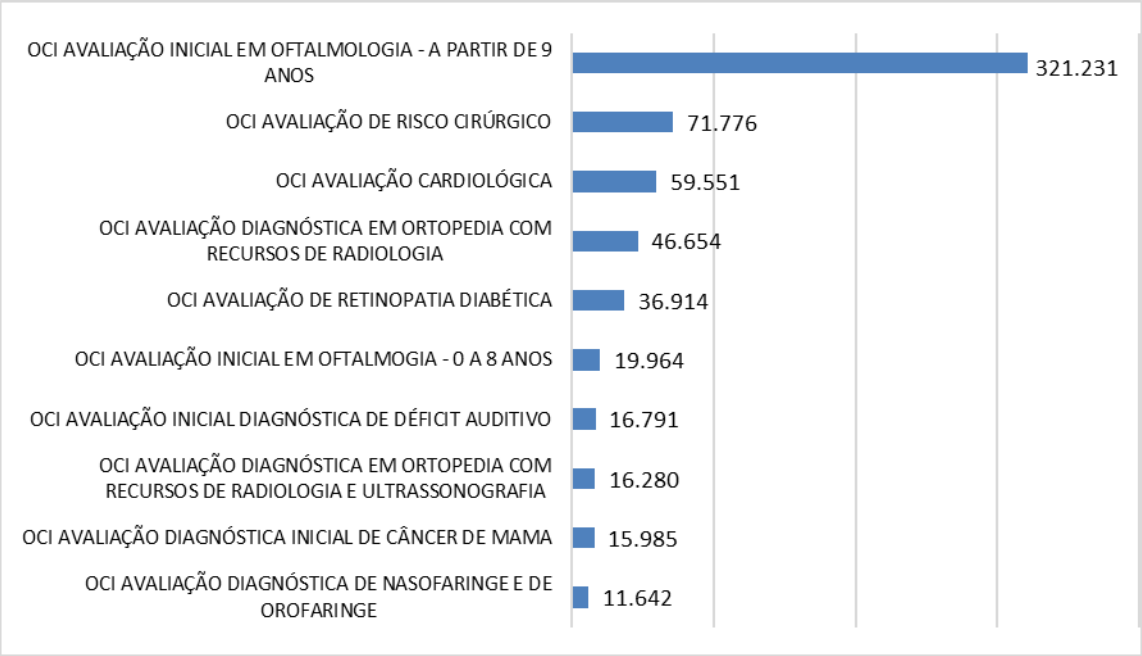


Fonte: elaboração própria, com base na Planilha_C_producao OCI 2025_mun_tipo_analise.xlsx. Dados de 15/1/2026.

206. Entre os 34 procedimentos principais que compõem os seis tipos de OCI, destacaram-se dez com produção nacional igual ou superior a 15.000. A OCI Avaliação inicial de oftalmologia - a partir de 9 anos teve produção maior do que o somatório da produção das 9 OCI seguintes. Em segundo lugar, com menos de um quarto da produção da OCI mais executada, está a OCI de avaliação de risco cirúrgico (71.776) (Gráfico 13).

Gráfico 13 - Maiores produções de OCI, por procedimento principal, Brasil, de janeiro a novembro de 2025

Para verificar as assinaturas, acesse www.tcu.gov.br/autenticidade e informe o código 80486594.



Fonte: elaboração própria, com base na Planilha_C_producao OCI 2025_mun_tipo_analise.xlsx. Dados de 15/1/2026.

207. As maiores execuções em relação ao programado nos planos foram da OCI Avaliação inicial de oftalmologia - a partir de 9 anos, equivalente a 31,1%, seguida pela Avaliação de retinopatia diabética com 9,2% (Gráfico 13).

208. O bom desempenho das OCI em Oftalmologia, especificamente, das Avaliações iniciais em Oftalmologia a partir de 9 anos, e de 0 a 8 anos, pode estar relacionado a características específicas dos procedimentos exigidos (geralmente são procedimentos realizados no mesmo local, sem necessidade de aguardar resultados de exames complementares a exemplo de biópsias) e dos pacientes (na maior parte sem comorbidades). Apesar da alta demanda pela especialidade e de muitas vezes a condição oftalmológica resolver-se com tratamento cirúrgico, em geral, essa especialidade exigiria menos acompanhamento longitudinal e multiprofissional do que condições clínicas de especialidades como a Cardiologia e Oncologia, para as quais os serviços locais podem ter capacidade insuficiente.

209. A complexidade e cronicidade de algumas condições de saúde podem dificultar a expansão de certas OCI, pela baixa capacidade local de continuar o tratamento, sendo uma das causas referidas para baixa implementação, tratadas mais à frente neste relatório (Planilha Pesquisa eletrônica municipal, Q28 e par. 243-244).

Municípios executores sem produção e Baixa implementação dos NGC e NAG

210. A maior parte dos municípios indicados nos PAR como executores das OCI programadas (gestão municipal dos recursos) não conseguiu iniciar a execução. Foi identificada produção de OCI em apenas 40,4% dos 826 municípios indicados nos planos aprovados até setembro de 2025 (excluídos os PAR do ES e os do RJ aprovados em novembro de 2025). Ademais, foram identificados 200 municípios com produção, mas não indicados como executores de gestão municipal. Essa situação pode se referir a localidades com produção por estabelecimentos de gestão estadual em estados executores do Pate ou a localidades que aderiram após a data da extração de dados dos municípios indicados como executores no PAR (setembro de 2025) (Planilha Municipios_executores_24_25.xlsx e Planilha_B_ Prod OCI 2025_UF_teleconsultas-analise.xlsx).

211. Foi analisada a existência de cadastro de NGC no CNES de estabelecimentos de saúde nos municípios indicados como executores, identificando-se que 62,2% (514) possuem ao menos um NGC cadastrado. Desses, 65,2% (335) apresentaram produção de OCI. Apenas 10,9% (34 de 312)

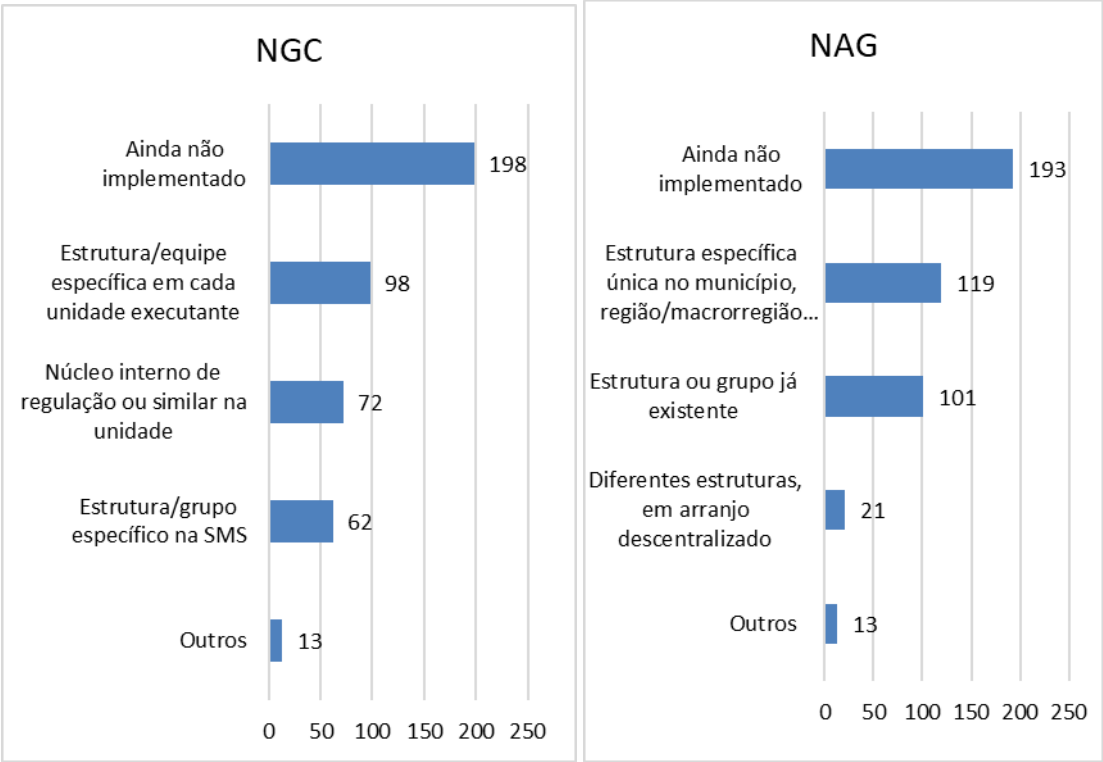
Para verificar as assinaturas, acesse www.tcu.gov.br/autenticidade e informe o código 80486594.

dos executores sem nenhum NGC cadastrado tiveram produção. Esse cenário leva à suposição de que a instituição do NGC seria um pressuposto, na maior parte das vezes, para o início da execução das OCI nos municípios. Cabe ressaltar que os NGC devem ser cadastrados no CNES, contudo, não é uma ação condicionante de adesão ao programa, nem existem ainda instrumentos de monitoramento que forneça uma visão nacional da atuação e eficácia desses núcleos (§2º do art. 7º da Portaria GM/MS 1.640/2024).

212. Em resposta à pesquisa eletrônica, parcela significativa dos gestores municipais registrou que os NGC e NAG ainda não haviam sido implementados (44,7% e 43,2%, respectivamente). Considerando os que haviam implementado esses núcleos, existem várias organizações possíveis de acordo com o que se adapta à realidade local. A criação de estrutura/equipe específica para o NGC em cada unidade executante de OCI (40%) e, a criação de estrutura específica única para o NAG no município, região de saúde ou macrorregião de saúde (46,8%) foram as formas de organização mais indicadas (Planilha Pesquisa eletrônica municipal, Q30 e Q32).

Para verificar as assinaturas, acesse www.tcu.gov.br/autenticidade e informe o código 80486594.

Gráfico 14 - Formas de organização dos NGC e dos NAG conforme municípios pesquisados, Brasil, 2025



Fonte: elaboração própria, com base na Planilha Resultados-pesquisa municipal - Final - analise.xlsx, Q30 e Q32.

213. Os resultados apontam que parte significativa ainda não foi implementada, embora o programa preconize que para a sua operacionalização tais núcleos devem ser instituídos, bem como elenca diversas atribuições relevantes para o alcance dos objetivos.

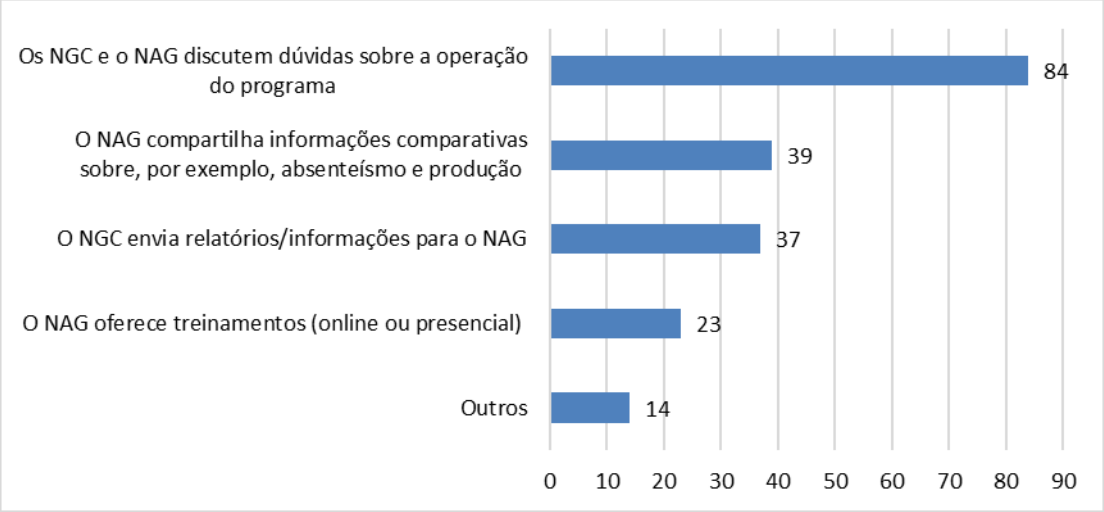
214. Apenas 23,2% (57 de 246) dos municípios pesquisados com NGC implantado, afirmaram que todas as atribuições previstas no Manual Instrutivo para o programa têm sido desempenhadas, incluindo a organização da agenda e do itinerário do cuidado, a navegação do cuidado do usuário, gestão de filas e atividades de redução do absenteísmo, monitoramento do tempo de realização das OCI. Na maior parte dos casos, os núcleos têm desempenhado em maior parcela essas atribuições (41%) ou o desempenho das atribuições ainda é inicial (35,7%) (Planilha Pesquisa eletrônica municipal, Q31).

215. Situação semelhante ocorreu em relação aos municípios cujo NAG foi implementado (247), em que apenas 16,2% responderam que todas as atribuições têm sido desempenhadas, incluindo o apoio à implementação de dispositivos de matriciamento e de telessaúde, indução da alimentação de sistemas de informação, gestão de filas, apoio aos NGC. O desempenho da maior parte das atribuições pelo NAG foi referido por 42,9% dos municípios e o desempenho ainda inicial das atribuições pelo NAG, por 40,9% dos municípios (Planilha Pesquisa eletrônica municipal, Q33).

216. Os normativos do programa estabelecem que os NAG se constituirão como apoio à formação dos prestadores de serviços que realizam as OCI e acompanharão a atuação dos NGC, sendo importante o estabelecimento de uma rede de comunicação entre os núcleos para efetivar o acesso do usuário em tempo oportuno e adequado ao recurso necessário (BRASIL, 2024a). Contudo, observa-se que a articulação entre os NGC e NAG ainda não ocorre ou é baixa na maior parte das vezes. A forma de articulação entre os núcleos mais indicada pelos municípios foi a discussão de dúvidas sobre a operação do programa, inclusive sobre faturamento da OCI (42,6%). O envio de relatórios e/ou informações de um núcleo para outro sobre produção do programa, absenteísmo, e outros aspectos, foi mencionado por 38,6% (Planilha Pesquisa eletrônica municipal, Q34).

Para verificar as assinaturas, acesse www.tcu.gov.br/autenticidade e informe o código 80486594.

Gráfico 15 - Articulação entre NGC e NAG conforme os municípios pesquisados, Brasil, 2025



Fonte: elaboração própria, com base na Planilha Resultados-pesquisa municipal - Final - analise.xlsx, Q34.

217. O resultado da pesquisa demonstra que, mesmo com a instituição dos NAG e NGC em parte das localidades, o desempenho de suas atribuições deve ser expandido e a articulação entre eles ampliada e aperfeiçoada, visando a troca de informações úteis para a gestão dos serviços e acesso qualificado e oportuno ao usuário.

218. Nos estados e municípios visitados, foi verificada a utilização de estratégias pelos núcleos como a utilização de planilhas compartilhadas, ferramentas de *Business Intelligence* (BI), sistemas de prontuário eletrônico e estratégias de acompanhamento presencial na unidade de saúde para monitorar a jornada dos pacientes de OCI. Os NGC de estabelecimentos municipais de Manaus, por exemplo, utilizam painéis e formulários via Google Docs/Forms, criados para acesso compartilhado entre NGC, NAG e equipe de regulação, para monitoramento simultâneo dos status dos pacientes de OCI. Essas estratégias para gestão da execução das OCI podem ser disseminadas e apoiadas pelo MS para que haja um avanço na atuação eficiente desses núcleos.

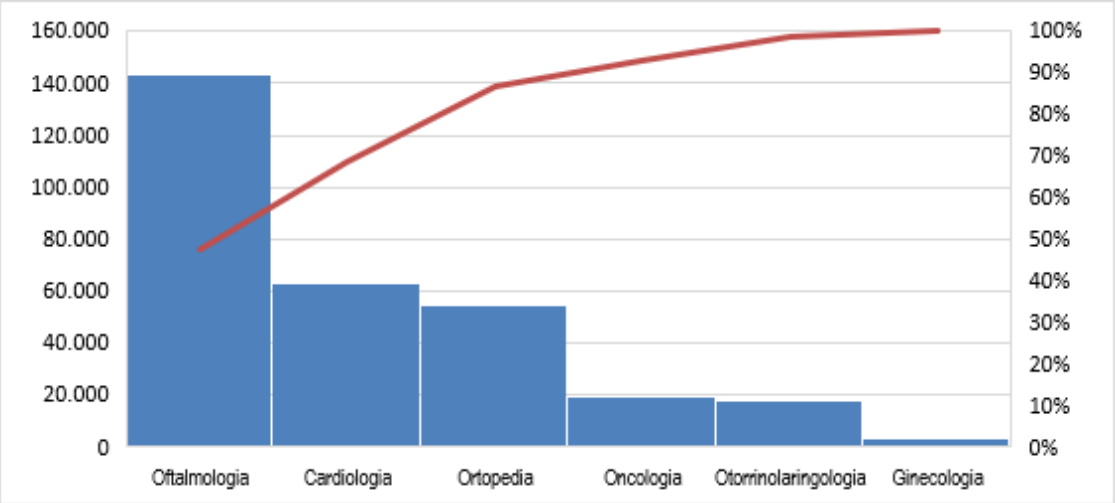
Regulação das OCI e análise de filas e tempo para acesso

219. Foram consideradas as solicitações de OCI não atendidas, na RNDS, de 2018 a 2025, para a análise de filas, identificando-se 301.576 registros (extração em 24/2/2026, apenas procedimentos com mais de trinta registros na base de dados). O maior número de solicitações é de 2025 (191.760), quando se iniciou a execução das OCI. Solicitações com data anterior à implementação das OCI são possíveis em razão da identificação, pelas centrais de regulação, de casos elegíveis para OCI nas filas existentes para procedimentos ambulatoriais, passando a solicitação a ser regulada como OCI, mas mantendo a sua data original.

220. A maior fila para OCI, por especialidade, é a de Oftalmologia, sendo 126% maior que a segunda fila, de Cardiologia. Juntas, as duas especialidades representam 68,5% da fila para OCI e, acrescentando a Ortopedia, representam 86,6% (Gráfico 16).

Gráfico 16 - Filas para as OCI, por especialidade, Brasil, 2025

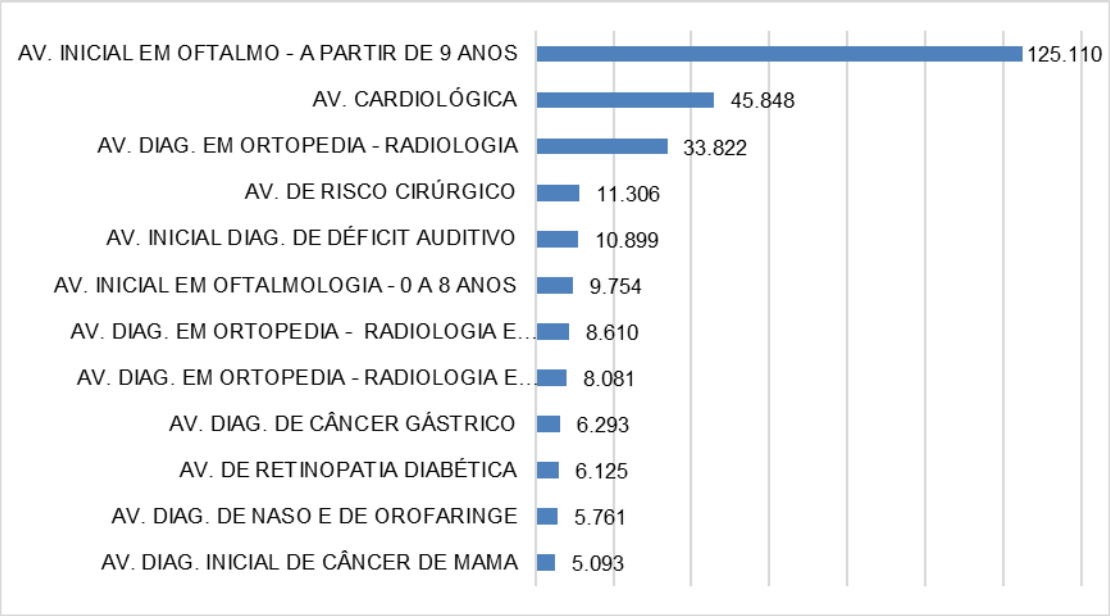
Para verificar as assinaturas, acesse www.tcu.gov.br/autenticidade e informe o código 80486594.



Fonte: elaboração própria, com base na Planilha RNDS_OCI_N301_analise.xlsx.

221. Cinco de 31 procedimentos principais de OCI na RNDS (com n>30), representam 75,4% da fila: a Avaliação inicial em oftalmologia - a partir de 9 anos, Avaliação cardiológica, Avaliação diagnóstica em ortopedia com recursos de radioterapia, Avaliação de risco cirúrgico e Avaliação inicial diagnóstica de déficit auditivo. Somados aos doze procedimentos seguintes representam 82,7% da fila. As quatro maiores filas, por procedimento principal, correspondem às quatro maiores produções de OCI, por procedimento principal, ainda que alternem as posições entre si (Gráfico 17 e Gráfico 13).

Gráfico 17 - Filas para as OCI, por procedimento principal, Brasil, 2025



Fonte: elaboração própria, com base na Planilha RNDS_OCI_N301_analise.xlsx.

222. Com base nos dados de regulação constantes na RNDS das OCI executadas em 2025, a Oftalmologia é a que possui maior tempo para acesso, com mediana de 83 dias, e terceiro quartil (Q3) igual a 279 dias. Isso significa que até 50% dos usuários enfrentam menos de 90 dias de espera, mas 25% dos usuários enfrentam tempos superiores a 279 dias. A ginecologia, especialidade que foi incluída por último no programa, apresentou o menor tempo para acesso (cinco dias) e menor dispersão dos registros (DP=12,5), porém possui o menor número de registros na RNDS (n=2.070). Esses resultados podem refletir a dificuldade em absorver a alta demanda na

Para verificar as assinaturas, acesse www.tcu.gov.br/autenticidade e informe o código 80486594.

Oftalmologia, que corresponde a maior fila para OCI, e o estágio inicial de implementação da OCI em Ginecologia.

Tabela 7 - Tempo de acesso às especialidades das OCI realizadas, Brasil, 2025

Tipo	Número de registros (n)	Tempo de acesso (mediana, em dias)	Tempo de acesso (média, em dias)	Desvio padrão (dias)	Tempo de acesso mínimo (dias)	Tempo de acesso Q1 (dias)	Tempo de acesso Q3 (dias)	Tempo de acesso máximo (dias)
Oftalmologia	159.008	83	181	216,6	0	20	279	3.648
Ortopedia/ Traumatologia	38.026	23	144,9	305,5	0	7	155	2.868
Otorrinolaringologia	12.262	18	112,7	228,4	0	7	90	3.486
Oncologia	19.226	13	57,2	158,4	0	7	29	2.491
Cardiologia	52.465	8	64,9	142,3	0	3	37	2.750
Ginecologia	2.070	5	7,6	12,5	0	1	12	268

Fonte: elaboração própria, com base na Planilha RNDS_OCI_N301_analise.xlsx.

223. Entre os estados com menores tempos de acesso, destacam-se o PR, que aparece entre os três menores tempos em quatro especialidades, e a PB e o PA, em duas especialidades. Entre os estados com maiores tempos de acesso, estão RS e GO, constando entre os três maiores tempos em três especialidades; PE, em duas especialidades, e ES e SP, em uma. O menor tempo de acesso identificado foi de um dia para OCI em Ginecologia em SP (apenas 126 registros) e o maior tempo de acesso foi 269,5 dias para OCI em Oftalmologia no RS (64.896 registros).

Tabela 8 - Menores e maiores tempos de acessos às OCI (medianas), por especialidade, por estado, Brasil, 2025

OCI	Menores tempos de acesso		Maiores tempos de acesso		Diferença maior e menor tempo
Ginecologia*	SP	1	PR	11	10
	PE	4	PB	8	
	-	6	-	6	
Cardiologia	AC	2	ES	150	148
	PR	5	PE	126	
	RR	6	GO	126	
Oftalmologia	PB	6	RS	269,5	263,5
	PR	7	GO	244	
	DF	7,5	SP	163	
Oncologia	AM	3	RS	42	39
	TO	3	RO	21,5	
	PA	7	DF	21	
Ortopedia/Traumatologia	MG	7	RS	240	233
	PR	7	GO	163	
	RJ	7	PE	153	
Otorrinolaringologia	PA	3	RS	168	265
	PB	6	MG	49	
	PR	7	RJ	16	

** A OCI de Ginecologia só possui registros de cinco estados na RNDS e por isso, foram considerados apenas as duas primeiras posições de menor e maior tempo de acesso.*

Para verificar as assinaturas, acesse www.tcu.gov.br/autenticidade e informe o código 80486594.

Fonte: elaboração própria, com base na Planilha RNDS_OCI_N301_analise.xlsx.

224. Os tempos de acesso (medianas) aos diferentes procedimentos principais de OCI apresentam bastante variação. Observa-se que, na Oftalmologia, a OCI Avaliação de retinopatia diabética e a OCI Avaliação inicial em oftalmologia a partir de 9 anos têm medianas de 188 e 79 dias (mais de seis e dois meses), respectivamente (Planilha RNDS_OCI_N301_analise.xlsx).

225. Na Cardiologia, os maiores tempos de acesso foram os da OCI Progressão da avaliação diagnóstica II - síndrome coronariana crônica e OCI Progressão da avaliação diagnóstica I - síndrome coronariana crônica, com medianas de 261,5 e 95 dias (mais de oito e três meses), respectivamente. Na Oncologia, o maior tempo de acesso foi para OCI Avaliação diagnóstica de câncer colorretal, com mediana de 56 dias (aproximadamente dois meses). Na Otorrinolaringologia, a OCI Progressão da avaliação diagnóstica de déficit auditivo possui mediana de 141 dias. Na Ginecologia e Ortopedia, não há OCI com mediana acima de 30 dias.

226. A configuração das OCI objetiva ampliar o acesso a procedimentos ambulatoriais para obtenção de diagnóstico ou avaliação, que, no modelo tradicional, são regulados em diferentes filas e ofertados de forma fragmentada, criando barreiras e estendendo o tempo de espera para esses procedimentos. Como consequência, o modelo tradicional tende a aumentar a ocorrência de diagnósticos tardios e agravamento de condições de saúde.

227. Não foi possível realizar nesta auditoria uma comparação entre tempos de acesso às OCI e os tempos de espera para procedimentos ambulatoriais regulados na forma tradicional. Os procedimentos do rol secundário das OCI são diversos, podendo consistir em procedimentos obrigatórios ou opcionais. A comparação somente com o tempo de espera para a consulta inicial com o especialista, por exemplo, é insuficiente para firmar conclusões, uma vez que a OCI preconiza o acesso a uma etapa de um ciclo de cuidado, em prazo de até 60 dias, e não a apenas uma consulta ou exame.

228. Quase a metade dos gestores municipais respondentes da pesquisa eletrônica afirmou não saber ou ainda não ter decorrido tempo suficiente para perceber se a implementação de OCI teria reduzido o tempo de acesso aos procedimentos (tempo entre a requisição e o agendamento do primeiro procedimento), evidenciando o estágio inicial do programa (49,5%). Por outro lado, parcela significativa afirmou ter ocorrido redução de tempo de espera, o que demonstra o potencial do programa em viabilizar acesso oportuno à atenção ambulatorial especializada para os usuários que aguardam atendimento (44,3%) (Planilha Pesquisa eletrônica municipal, Q29).

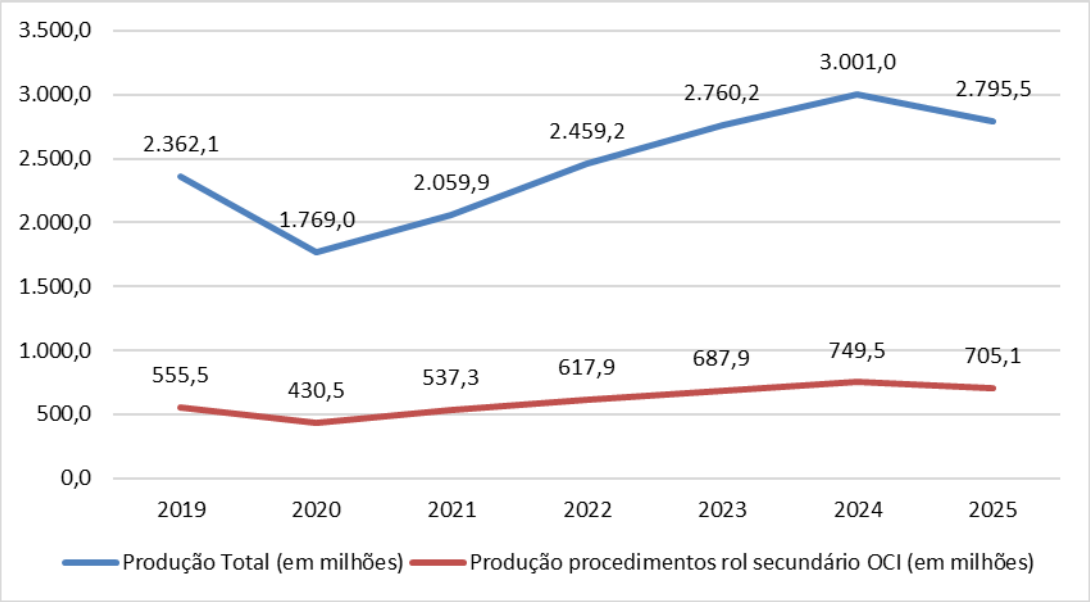
229. Estratégias que priorizem a redução das filas com os maiores tempos para acesso mitigam o risco de agravamento da condição de saúde do usuário e de cuidado não resolutivo. Seria importante avaliar se especialidades com menores filas, mas com tempos de espera elevados, possuem barreiras de acesso relacionadas à insuficiência de especialistas e/ou equipamentos específicos, a fim de contorná-las e de possibilitar a expansão da realização de OCI.

<u>Muito baixa representatividade, na produção ambulatorial, dos procedimentos do rol secundário executados em OCI e de teleconsultas em OCI</u>

230. A realização de procedimentos ambulatoriais do rol secundário das OCI, executados ou não em OCI, de 2019 a 2025, representou de 23,5 a 26,1% do total de procedimentos ambulatoriais realizados no país no período (Gráfico 18). Em 2025, considerando apenas os procedimentos do rol secundário das OCI, realizados em uma OCI (2,6 milhões), em relação ao total de procedimentos ambulatoriais realizados em 2025 (2,8 bilhões) ou mesmo, do total dos procedimentos do rol secundário (705,1 milhões), os procedimentos executados em OCI não chegam a representar 0,5% (Tabela 9), evidenciando que a participação dessa iniciativa na produção ambulatorial do SUS é embrionária, com grande potencial de expansão.

Gráfico 18 - Produção de procedimentos ambulatoriais, total e apenas procedimentos secundários de OCI, Brasil, 2019 a 2025

Para verificar as assinaturas, acesse www.tcu.gov.br/autenticidade e informe o código 80486594.



Fonte: elaboração própria, com base na Planilha_Producao amb_OCI_2019_2025-analise.xlsx.

Tabela 9 - Produção total de procedimentos ambulatoriais e produção de procedimentos secundários de OCI, Brasil, 2025

Produção total de procedimentos ambulatoriais (a)	Produção rol secundário OCI (procedimentos do rol do programa, realizados ou não em uma OCI) (b)	% Produção rol secundário OCI em relação à produção total (b/a)	Produção rol secundário OCI (realizados apenas dentro de OCI) (c)	% Produção rol secundário OCI (realizados apenas dentro de OCI) em relação à produção total (c/a)	% Produção rol secundário OCI (realizados apenas dentro de OCI) em relação a produção do rol secundário (c/b)
2.795.474.208	705.139.962	25,22	2.663.240	0,10	0,38

Fonte: elaboração própria, com base na Planilha_Producao amb_OCI_2019_2025-analise.xlsx, extração em 15/1/2026.

231. O número de consultas e teleconsultas especializadas realizadas no componente ambulatorial do Pate (827.754) corresponde a apenas 0,7% do total realizado fora do programa (115.618.728), em 2025. O mesmo ocorre considerando apenas as teleconsultas no programa, que não possuem representatividade no total de consultas (tele ou não) realizadas no componente ambulatorial do programa (0,6%) (Planilha_B_Prod OCI 2025_UF_teleconsultas-analise.xlsx).

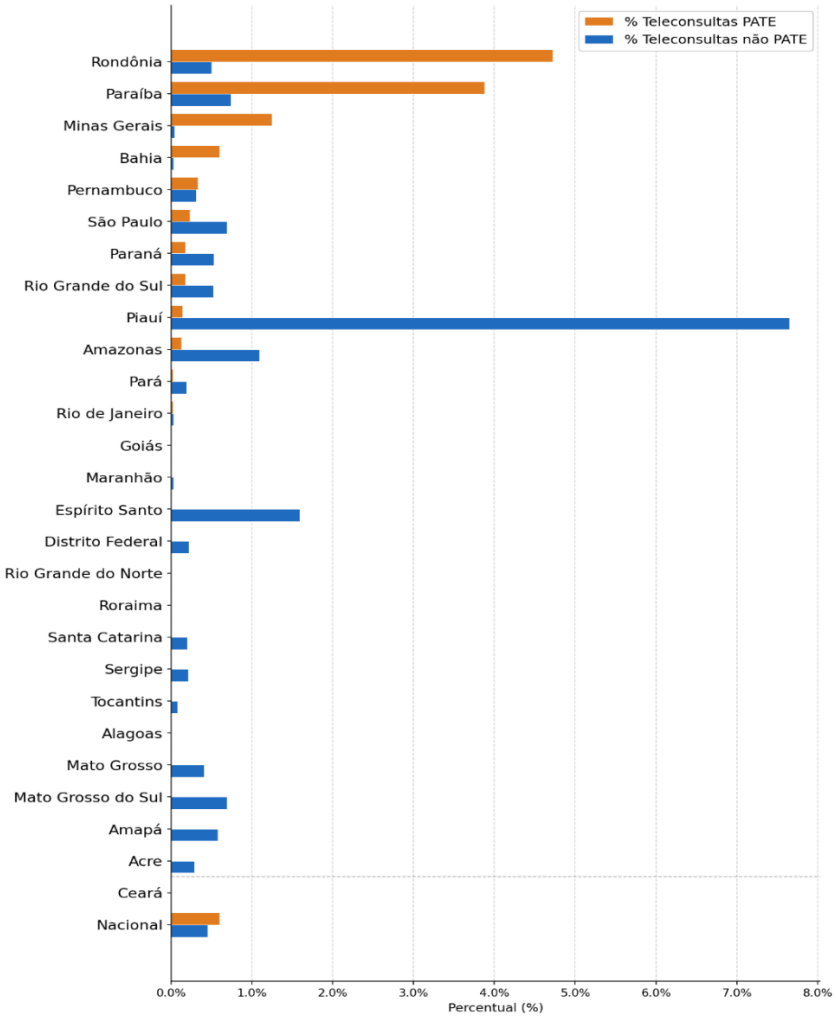
232. A utilização inexpressiva da teleconsulta no Pate contrasta com a proposta do componente ambulatorial, no qual a telessaúde é considerada como importante estratégia tecnológica de ampliação do acesso e qualificação do cuidado. O valor da OCI é superior ao somatório dos valores dos procedimentos que a compõem por incluir, conforme dispõe a norma instituidora do modelo, custos com tecnologias, como gestão clínica e saúde digital, valorizando a atenção integral, coordenação do cuidado e a resposta em tempo oportuno (art. 6º, §3º da Portaria GM/MS 3.492/2024).

Para verificar as assinaturas, acesse www.tcu.gov.br/autenticidade e informe o código 80486594.

233. Esse resultado também é verificado ao se considerar apenas o atendimento ambulatorial tradicional (sem ser OCI), em que as teleconsultas representam 0,4% das consultas ambulatoriais, evidenciando o estágio inicial da utilização da teleconsulta, não só no Pate, mas no atendimento ambulatorial em geral.

234. Em 2025, o PI foi o estado com maior percentual de teleconsultas no atendimento ambulatorial tradicional (7,6%). RO e PB foram os estados que mais executaram proporcionalmente teleconsultas em relação ao total de consultas pelo programa (4,7% e 3,9%, respectivamente) (Gráfico 19).

Gráfico 19 - Percentuais de teleconsultas especializadas realizadas no programa e fora do programa, considerando o total de consultas realizadas no programa e fora do programa, por estado, 2025



Fonte: elaboração própria, com base na Planilha_B_ Prod OCI 2025_UF_teleconsultas-analise.xlsx.

235. Dos estados que realizaram consultas no programa, sete não realizaram nenhuma teleconsulta. Entre os estados que realizaram teleconsultas pelo programa, dez não alcançaram 1% de produção em relação ao total de consultas realizadas. A grande maioria dos municípios com produção de consultas e teleconsultas pelo programa não realizou nenhuma teleconsulta pelo programa (91,3%), o que indica que o programa ainda não conseguiu induzir a realização de teleconsultas para melhorar o acesso (Planilha_B_ Prod OCI 2025_UF_teleconsultas-analise.xlsx, Gráfico 19).

236. Apesar da baixíssima representatividade das teleconsultas tanto dentro quanto fora do Pate, é possível que o programa tenha sido um indutor dessa modalidade para alguns municípios. No exercício de 2025, em Belo Horizonte (MG) e em Patos (PB), 99,7% e 84,2%, respectivamente, das

Para verificar as assinaturas, acesse www.tcu.gov.br/autenticidade e informe o código 80486594.

teleconsultas realizadas foram pelo programa. No município de Piancó (PB), todas as 354 teleconsultas realizadas foram pelo Pate.

Causas para a baixa implementação das OCI

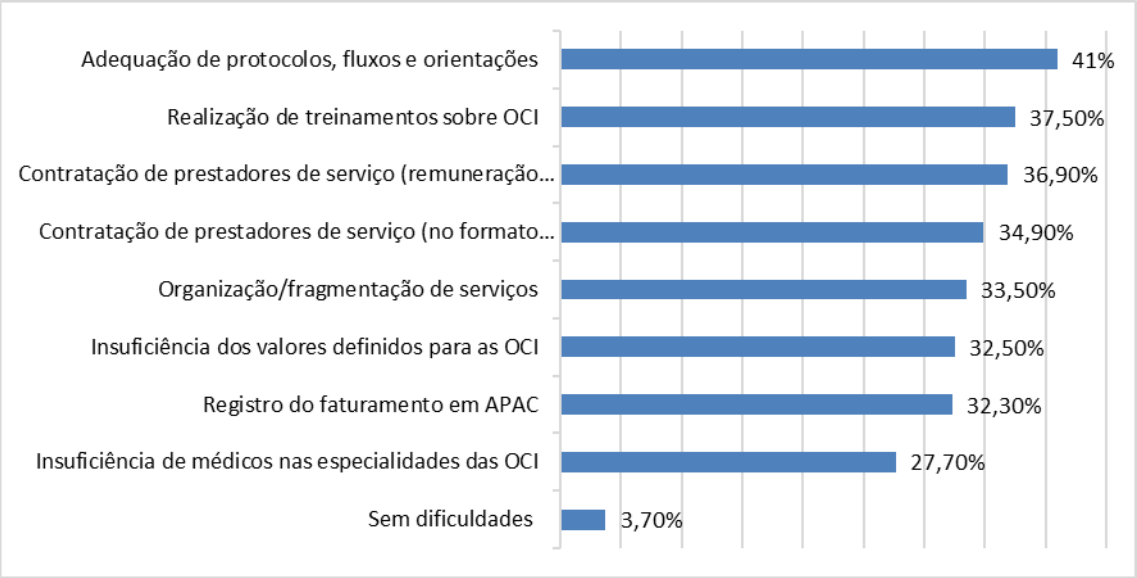
237. As principais causas para o cenário de baixa implementação das OCI foram exploradas nas visitas técnicas realizadas a estados e municípios, bem como mediante pesquisa eletrônica com gestores municipais (596 respondentes) (par. 9-10).

238. Existe uma diversidade de desafios que os municípios têm encontrado para iniciar ou realizar a produção prevista de OCI, tendo sido o que teve maior número de menções a necessidade de adequação de protocolos, fluxos e orientações para se adequar à lógica da OCI (Gráfico 20, Planilha Pesquisa eletrônica municipal, Q26). O MS disponibilizou, em seu *site*, protocolos de acesso para cada especialidade de OCI do programa, bem como realizou transmissões ao vivo, em canal da internet, para a disseminação do seu conteúdo. Ainda assim, os entes precisam adaptar os protocolos clínicos e de acesso à realidade local, considerando quais são as unidades executoras de cada OCI, o fluxo a ser realizado dentro das unidades, entre outros ajustes, o que demanda tempo de preparação para a implementação do programa.

239. Em seguida, foi mencionada: a) a necessidade de realizar treinamentos específicos sobre a operacionalização das OCI, a exemplo do encaminhamento pela APS, da atuação dos núcleos de gestão, do faturamento em APAC, entre outros; b) a dificuldade de contratação de prestadores dispostos a oferecer serviços pela remuneração oferecida e/ou no formato de OCI. Quanto a esse último ponto, parte dos gestores municipais mencionou que os valores de algumas OCI não são considerados atrativos para os prestadores, havendo casos de complementação estadual ou local desse valor; além disso, foi mencionado que a necessidade de execução de um conjunto de procedimentos dentro de um prazo determinado enfrenta resistência de certos prestadores.

240. Foram indicadas ainda dificuldades em razão da fragmentação da organização dos serviços; baixos valores das OCI na Tabela SUS, o registro do faturamento em APAC (antes registrado de forma simplificada em BPA), e insuficiência de médicos especialistas nas especialidades das OCI.

Gráfico 20 - Dificuldades enfrentadas pelos municípios para início ou expansão das OCI, Brasil, 2025



Fonte: elaboração própria, com base na Planilha Resultados-pesquisa municipal - Final - analise, Q26.

241. Os municípios responderam quais fatores explicam as diferenças de execução física entre as especialidades de OCI, em relação ao planejado. Foram indicados, principalmente, a) a

Para verificar as assinaturas, acesse www.tcu.gov.br/autenticidade e informe o código 80486594.

insuficiência da oferta de serviços para determinadas especialidades, por 45,3%; e b) a falta de profissionais especialistas em determinadas condições clínicas, por 40,7%. Os relatos dos gestores municipais em questão aberta sobre o mesmo assunto revelam que as dificuldades para expandir as OCI variam conforme a especialidade, mas convergem em torno de alguns eixos comuns: a) a falta de médicos especialistas, b) a insuficiência de equipamentos e de oferta de exames de alta complexidade, c) a dificuldade de contratação de prestadores de serviços no modelo de OCI (em virtude da remuneração e prazo de execução), d) a alta demanda pelas especialidades, dificultando a organização de filas e agendas. A seguir, são apresentados trechos de respostas que indicam dificuldades mais afetas à natureza da especialidade da OCI (Planilha Pesquisa eletrônica municipal, Q27 e Q28).

Tabela 10 - Excertos exemplificativos das respostas dos municípios pesquisados sobre dificuldades que dificultam o início ou a expansão da realização de OCI, por especialidade

Especialidade e número de respostas	**Excertos de respostas dos gestores municipais**
Cardiologia (249)	*Perfil clínico dos pacientes, frequentemente com múltiplas comorbidades, exigindo maior tempo de consulta e acompanhamento longitudinal.* *(...) Grande parte dos usuários cardiológicos apresenta condições crônicas (hipertensão arterial, insuficiência cardíaca, cardiopatias isquêmicas), demandando seguimento contínuo (...)*
Oftalmologia (188)	*Grande volume de exames diagnósticos específicos (OCT, campimetria, retinografia), muitas vezes agendados após a consulta inicial. Equipamentos de alto custo e agenda restrita, prolongando o tempo até conclusão do atendimento.(...)* *Dependência de equipamentos de alta complexidade (lâmpada de fenda, tonometria, retinografia), muitas vezes indisponíveis ou obsoletos.*
Oncologia (179)	*O cuidado oncológico envolve diversas etapas sequenciais e interdependentes, como confirmação diagnóstica, estadiamento, definição terapêutica, tratamento (cirurgia, quimioterapia, radioterapia) e seguimento.(...) Os serviços oncológicos são, em geral, regionalizados e concentrados em poucos centros habilitados, (...)* *Avaliação Inicial de câncer de mama: OCI é válida quando a mamografia é solicitada pelo ginecologista, sendo que a APS com o médico da equipe solicita mamografia tbm...*
Ortopedia (218)	*os cids de lombalgia e Cervicalgia nao estão na apac de ortopedia com recursos de radiologia, no município são as ocis mais frequentes* *Encaminhamento realizado pela APS, já com Raio-X e demais exames, com dificuldade no cadastro da Unidade de Saúde para faturamento como OCI.* *Dependência de procedimentos cirúrgicos eletivos, cuja limitação de oferta impacta diretamente a resolutividade.*
Otorrinolaringologia (197)	*A otorrinolaringologia atende grande volume de usuários com queixas frequentes, como rinite crônica, sinusite, otites, distúrbios auditivos, vertigens e alterações vocais. (...)* *Dependência de exames específicos (audiometria, nasofibroscopia, imitanciometria), nem sempre disponíveis na rede. (...)Demanda elevada por cirurgias eletivas (amígdalas, adenoide, septo nasal).* *Aumento do diagnóstico do déficit auditivo sem a mesma capacidade de aumento da protetização contratada*
Ginecologia	*Ginecologistas estrategicamente alocados em Atenção Primária*

Para verificar as assinaturas, acesse www.tcu.gov.br/autenticidade e informe o código 80486594.

(229)	*(...) o que impossibilita a realização de OCI em maior volume. (...) exames dependem do ciclo menstrual, o que naturalmente prolonga o tempo de realização (...) Prazo de 2 competências incompatível com a prática clínica (...)*

Fonte: elaboração própria, com base na Planilha Resultados-pesquisa municipal - Final - analise.xlsx, Q28. Nota: transcrições, mantendo a redação original.

242. Nota-se, novamente, a natureza multifatorial das dificuldades enfrentadas, de acordo com as especialidades de OCI, e, muitas vezes, estão interrelacionadas.

243. Em Oftalmologia e Otorrinolaringologia, a limitação decorre sobretudo da necessidade de equipamentos específicos (tomógrafo de coerência óptica (OCT), retinografia, audiometria, nasofibroscopia) e da elevada demanda por cirurgias eletivas que não acompanha a capacidade instalada. Em Cardiologia, o desafio central é o perfil crônico e multimórbido dos pacientes, que exige consultas mais longas e seguimento contínuo. Em Oncologia, o longo itinerário terapêutico, que envolve confirmação diagnóstica, estadiamento, definição de conduta e múltiplas modalidades de tratamento, soma-se à concentração regional dos serviços habilitados.

244. Problemas operacionais também são mencionados. Em Ortopedia, gestores apontam inconsistências entre as CID mais frequentes na prática clínica e os códigos aceitos para faturamento da OCI, além da dependência de cirurgias eletivas e serviços de reabilitação, com oferta restrita. Em Ginecologia, a incompatibilidade do prazo regulamentar de duas competências com a realidade clínica, como a dependência do ciclo menstrual para certos exames, e a alocação de especialistas na atenção primária, que limita o volume de OCI realizáveis. Tanto na Ginecologia quanto na Oftalmologia foi mencionada a extensão das filas pré-existentes como um complicador para identificação de casos elegíveis e expansão das OCI.

Adoção insuficiente de medidas estruturantes que contribuem para a mudança no modelo de atenção

245. Nesta seção, passa-se a tratar de aspectos importantes para a mudança do modelo de atenção, que afetam o acesso à AES, e, por conseguinte, às OCI, essas mesmas sendo inovação capaz, quando plenamente implementadas, de provocar melhorias significativas na atenção à saúde no SUS.

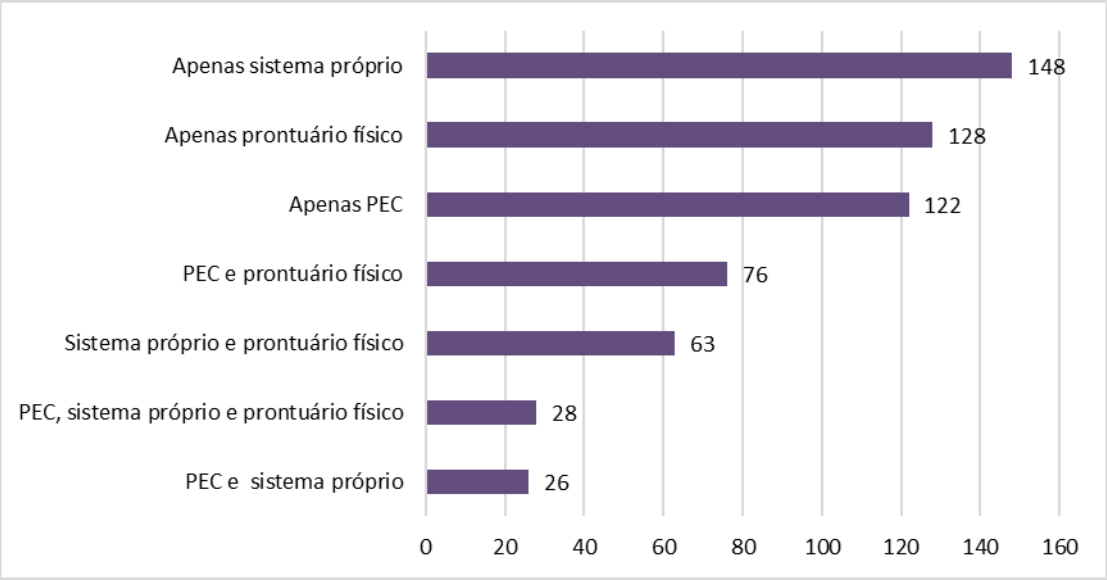
Integração entre a APS e AES

246. A melhoria na integração entre os níveis de atenção e a disponibilidade de protocolos clínicos para que haja maior capacidade de resolução pela APS das condições de baixo e de médio risco foi a opção citada por 75% dos municípios como as providências mais importantes para obter melhorias significativas no acesso da população à AES. Essa resposta foi mais frequente que o reajuste da tabela SUS, com base em pesquisa de mercado sobre os valores regionais dos procedimentos, indicada por 66,8%, e que o aumento da oferta de consultas e exames para pacientes do SUS, contratando especialistas e prestadores de serviço, citada por 65,3% (Planilha Pesquisa eletrônica municipal, Q24).

247. A gestão e o compartilhamento de informações entre os níveis de atenção ainda apresentam fragilidades. Sobre a utilização de prontuário da AES ambulatorial, aproximadamente um quarto (24,8%) dos municípios pesquisados registraram utilizar apenas sistema próprio; seguido por 21,5% que mencionaram utilizar somente prontuário físico e por 20,5% que utilizam apenas o e-SUS APS (PEC). As combinações entre essas formas de prontuário representam a maior parte (32,4%) dos casos. Por sua vez, menos de 1% informou que a AES ambulatorial não utiliza nenhum prontuário (nem físico nem eletrônico) (Planilha Pesquisa eletrônica municipal, Q19, Gráfico 21).

Gráfico 21 - Tipos de prontuários utilizados pela atenção ambulatorial especializada nos municípios pesquisados, Brasil, 2025

Para verificar as assinaturas, acesse www.tcu.gov.br/autenticidade e informe o código 80486594.



Fonte: elaboração própria, com base na Planilha Resultados-pesquisa municipal - Final - analise.xlsx, Q19.

248. Quase metade dos municípios afirmaram que a APS e a AES possuem acesso às informações registradas pelos diferentes níveis de atenção sobre os cuidados com o paciente (49%), mas, em aproximadamente um terço deles, o acesso é somente parcial, a exemplo de a AES ter acesso às informações da APS, mas não o contrário (32,2%). Outras respostas foram indicadas pelos municípios, em especial, o uso de sistemas diferentes não integrados ou a utilização de prontuário em papel, o que limita o compartilhamento de informações (18,7%) (Planilha Pesquisa eletrônica municipal, Q20).

249. Os municípios registraram como ocorre a transição do usuário da AES para a APS, visando garantir a continuidade do cuidado após a conclusão do tratamento e evitar a vinculação do paciente além do tempo necessário, sem justificativa clínica (efeito velcro). A maior parte dos respondentes, 45%, informou a rotina de entrega ao paciente de guia/formulário de contrarreferência. Em seguida, 20% indicaram o encaminhamento via sistema eletrônico, acessado pela AES e a APS, e 15,6%, a rotina de entrega de relatório médico ao paciente pelo especialista (Planilha Pesquisa eletrônica municipal, Q21).

250. Os resultados demonstram um compartilhamento insuficiente de informações entre AES e APS e grande dependência, para realizar a contrarreferência do paciente, de prontuários físicos, de forma exclusiva ou não, e de formulários e relatórios em papel. Essa insuficiência de compartilhamento de informações do paciente de forma segura dificulta a compreensão integral de cada caso, impactando a continuidade do cuidado.

Práticas de matriciamento e telessaúde

251. O matriciamento, ou apoio matricial, é um meio de organizar o trabalho em saúde em que duas ou mais equipes constroem, de forma compartilhada, uma intervenção técnico-pedagógica e terapêutica. Essa prática promove a colaboração e a integração entre a atenção primária e os serviços de saúde especializados, buscando ampliar a capacidade de cuidado e a resolutividade das equipes, sem que o paciente perca o vínculo com a sua equipe de referência. Algumas práticas de matriciamento envolvem a teleconsultoria (interação mediada por tecnologia digital entre profissionais de saúde com a finalidade de esclarecer dúvidas sobre ações de saúde), a teleinterconsulta (interação remota entre profissionais de saúde, com a presença do paciente, para auxílio diagnóstico ou terapêutico), e ações de educação permanente, como rodas de conversa, seminários e capacitações sobre temas específicos para atualizar os conhecimentos da equipe de referência (APS) (BRASIL, 2004a; Portaria GM/MS 3.691/2024).

252. No componente ambulatorial do Pate, a telessaúde não é apenas uma ferramenta tecnológica de expansão do acesso, mediante teleconsulta e telediagnóstico, mas um elemento de gestão do

Para verificar as assinaturas, acesse www.tcu.gov.br/autenticidade e informe o código 80486594.

acesso e qualificação do cuidado, potencializando as práticas de matriciamento. Apesar disso, mais da metade dos municípios respondentes, 52,7%, informou que não ocorrem práticas regulares e/ou institucionalizadas de telessaúde em seu território, 35,1% informaram ocorrer a prática da teleconsulta e 19,3%, do telediagnóstico (Planilha Pesquisa eletrônica municipal, Q15).

253. A prática regular e/ou institucionalizada mais utilizada para o matriciamento, com vistas à integração da AES e APS e aumento da resolutividade da APS, segundo os municípios respondentes da pesquisa eletrônica, foi a ação de educação permanente para o pessoal médico e não médico, a exemplo de rodas de conversa, seminários e capacitações sobre temas específicos para atualizar os conhecimentos da equipe da APS (76,4%). A teleconsultoria e a teleinterconsulta ainda são pouco adotadas pelos municípios (32,4% e 14,9% respectivamente). Em 23,6% dos municípios, as práticas de integração estão em estágio inicial e não institucionalizado; e em 8,1%, não ocorrem práticas de integração entre a AES e a APS (Planilha Pesquisa eletrônica municipal, Q14).

254. O MS, por meio do Departamento de Saúde Digital (DESD/SEIDIGI) informou iniciativas tomadas com o intuito de contornar deficiências relacionadas a equipamentos e estrutura adequada nos entes, a fim de permitir e incentivar a expansão da prática da telessaúde. Registrou que mais de 80% (4.515) dos municípios brasileiros terão ao menos uma UBS contemplada com a montagem de kit de equipamentos para teleconsulta, composto por notebook, televisor, webcam. Noticiou ainda a seleção de projetos para implantação de Núcleos de Telessaúde, sob gestão de estados e municípios e de instituições de ensino e pesquisa, de acordo com normativos específicos (Edital 3/2025 MS/SEIDIGI, Portaria GM/MS 9.211/2025 e Portaria GM/MS 10.152/2026).

255. Um exemplo positivo de uso da telessaúde ocorre na PB. O estado institucionalizou a prática da teleconsultoria, que é utilizada entre profissionais da APS e da Oncologia, por meio do sistema 'Saúde Meet', para encaminhamentos ao programa estadual 'Paraíba contra o Câncer'. Além disso, os casos suspeitos identificados na APS, ou nas UPA e hospitais, são encaminhados para o programa e passam por triagem via teleinterconsulta, envolvendo o paciente, o médico solicitante, o oncologista e a enfermeira navegadora (Extrato de entrevistas com gestores/profissionais nos estados e municípios visitados). Esse é um exemplo de como a expansão da utilização da telessaúde, com o apoio dos núcleos de gestão, pode impulsionar o acesso de qualidade, melhorando a jornada do paciente na rede.

Higienização de filas

256. Os procedimentos de higienização das filas são necessários como prática continuada, uma vez que há usuários que podem já ter realizado o atendimento em outro município, ou no setor privado, ou que não necessitam mais dele. Existem também encaminhamentos com documentação incompleta, que precisam ser devolvidos para a unidade solicitante para ajustes, bem como encaminhamentos em desconformidade com os protocolos, cujas condições clínicas podem ser manejadas e acompanhadas na APS.

257. Essa é uma das respostas às grandes filas para procedimentos ambulatoriais, anteriores à instituição das OCI. Essas longas filas, separadas por procedimentos, dificultam a identificação da situação de cada paciente e quais casos se enquadram no atendimento por meio das OCI. Existem ainda filas que não estão entre as maiores, porém possuem altos tempos de espera. Os municípios indicaram uma variedade de consultas especializadas e exames com maiores tempos de espera para a sua população.

Tabela 11 - Consultas e exames especializados indicados pelos municípios por terem filas com maiores tempos de espera, Brasil, 2025

Maiores tempos de espera na atenção ambulatorial especializada		Nº de menções	% de menções
Consultas	Neurologia	409	68,3
	Reumatologia	332	55,7
	Endocrinologia	297	49,8
	Oftalmologia	290	48,7

Para verificar as assinaturas, acesse www.tcu.gov.br/autenticidade e informe o código 80486594.

	Ortopedia	268	45
Exames	Colonoscopia	412	69,1
	Ressonância magnética	405	67,9
	Eletromiografia	304	51
	Ultrassonografia com doppler	291	48,8
	Angiografia	273	45,8
	Endoscopia	273	45,8

Fonte: elaboração própria, com base na Planilha Resultados-pesquisa municipal - Final - analise.xlsx, Q22 e Q23.

258. Em relação a consultas especializadas, a opção 'Outros' foi indicada por 27,2% dos municípios, identificando-se especialidades como a dermatologia (38), neuropediatria (34), psiquiatria (19), proctologia (20), psiquiatria e gastroenterologia (19). Quanto aos exames, a opção 'Outros' foi indicada por 23,8% dos municípios, prevalecendo menções à tomografia (41) e à ultrassonografia (37), de forma geral ou exames específicos, e ao ecocardiograma (24) (Planilha Pesquisa eletrônica municipal, Q22 e Q23).

259. Aproximadamente metade dos municípios registrou que a qualificação/limpeza das filas é realizada apenas quando se identifica a necessidade de fazê-la, a exemplo de filas muito grandes e filas de procedimentos com alto percentual de absenteísmo (51%, 292 de 572). Somente 18% (103) relataram realizar o procedimento diariamente como rotina e 5,6% (32) afirmaram que a qualificação das filas não é realizada no município (Planilha Pesquisa eletrônica municipal, Q18).

Conclusão

260. A auditoria verificou que as OCI ainda se encontram em estágio inicial de implementação, com concentração de resultados em determinados estados e especialidades. Além disso, os núcleos de gestão que atuam na operacionalização do componente ambulatorial ainda não estão implementados em diversos municípios executores e, quando implementados, em grande parte, exercem suas atribuições de forma inicial ou parcial.

261. As OCI representam um novo modelo de financiamento e de organização da atenção ambulatorial, o que impõe um período de adaptação antes que sua execução possa ser iniciada e expandida. A natureza inovadora do modelo pode gerar resistência entre profissionais de saúde, uma vez que exige mudanças na forma de realizar encaminhamentos, organizar agendas, registrar ações na APAC e executar procedimentos de faturamento, que são todos mais complexos em relação à lógica vigente (Extrato de entrevistas com gestores/profissionais nos estados e municípios visitados).

262. A implementação das OCI demanda, ainda, um diagnóstico abrangente da atenção ambulatorial no território e a capacitação dos profissionais das unidades envolvidas. O principal obstáculo estrutural reside no fato de que o modelo assistencial do SUS, que é baseado em procedimentos isolados para fins de regulação, prestação de serviços e remuneração, é pouco compatível com a lógica das OCI, que requer mudanças em práticas e processos já enraizados na gestão e nos serviços de saúde.

263. Os gestores e profissionais dos estados e municípios visitados indicaram medidas preparatórias e estruturantes, realizadas localmente, que auxiliaram a implementação das OCI. Os quatro estados (AM, RJ, GO e PB) já possuíam ou desenvolveram ferramentas de TI (de inteligência artificial a painéis gerenciais), para auxiliar a atualização dos cadastros dos usuários, a redução do absenteísmo, o acompanhamento do paciente de OCI ou o faturamento da APAC. Mencionaram ainda ajustes nos protocolos clínicos ou de acesso existentes ou a criação de novos protocolos e de documentos como Procedimentos Operacionais Padrão, notas técnicas. Nos oito municípios visitados, as principais ações identificadas foram, igualmente, a utilização de ferramentas tecnológicas para auxiliar na atualização cadastral, limpeza das filas, entre outras funções, e a estruturação dos núcleos de gestão e capacitação de suas equipes e de profissionais especializados (Extrato de entrevistas com gestores/profissionais nos estados e municípios visitados).

Para verificar as assinaturas, acesse www.tcu.gov.br/autenticidade e informe o código 80486594.

264. Haja vista a recente implementação do componente ambulatorial do Pate e a incompletude de dados na RNDS (ponto que será detalhado no Capítulo 5), a avaliação de filas e tempos de acesso às OCI realizada por essa auditoria possui limitações. Seria importante que, oportunamente, haja uma avaliação do MS a médio e longo prazo do impacto das OCI nas filas e no tempo de acesso às diversas especialidades, bem como o monitoramento contínuo para evitar que as filas cresçam e formem novos gargalos. Cabe destacar que ainda não foram definidos pelo Grupo de Trabalho Tripartite de AES os indicadores para monitoramento da execução e dos resultados do componente ambulatorial (art. 13 da Portaria GM/MS 3.492/2024). Atualmente, o MS acompanha sistematicamente apenas o número de OCI realizadas, disponível no painel SUS 360º (https://sus360.saude.gov.br/#painel/componente-ambulatorial, acesso em 27/4/2026) (Despacho CGPPQAE/DEEQAE/Saes/MS, de 25/4/2026).

265. O monitoramento do avanço na implementação do componente ambulatorial é fundamental para identificar limitações, contribuir e apoiar os entes no seu enfrentamento. As dificuldades para executar as OCI, especialmente em determinados estados e especialidades, sem acompanhamento sistemático e avaliações quanto a possibilidades de aperfeiçoamento desse componente pelo MS, pode levar à descontinuidade da sua implementação.

266. Ainda que se reconheça a responsabilidade dos gestores locais e a importância da articulação interfederativa, é importante que haja algum modo de avaliação da implementação e funcionamento dos NGC e NAG pelo MS. Essas estruturas são parte fundamental da operacionalização do componente ambulatorial, com o objetivo não somente de aumentar o acesso por meio da realização das OCI, mas também de qualificar o acesso e o cuidado, com compartilhamento de informações entre núcleos e as centrais de regulação, acompanhamento de indicadores e apoio à implementação de matriciamento e de dispositivos de telessaúde, por exemplo. A instituição dos núcleos, com sua gama de atribuições, está alinhada a diversas diretrizes da PNAES (art.4º da Portaria 1.604/2023). Os procedimentos de avaliação poderiam ocorrer a partir do desenvolvimento de mecanismos ou ferramentas que coletem informações sobre a efetiva instituição e atuação desses núcleos no fortalecimento e a qualificação da AES, ou mesmo mediante avaliações 'ad hoc'.

267. Pelo exposto, recomenda-se ao MS a pactuação dos indicadores de monitoramento para o componente ambulatorial do Pate, acompanhando-os sistematicamente, por estado, região e especialidade de OCI; e à Saes/MS, a avaliação da implementação e atuação dos núcleos de gestão do cuidado e de apoio à gestão, inclusive com a utilização de indicadores, abrangendo sua contribuição para a mudança do modelo de atenção.

268. A adoção das medidas propostas possibilitará o aperfeiçoamento do monitoramento dos resultados, o acompanhamento da implementação dos dispositivos de apoio à operacionalização do programa e o gerenciamento dos riscos que estão comprometendo a implantação do modelo de OCI. Por consequência, o MS poderá ter elementos para solucionar ou mitigar os obstáculos enfrentados pelos entes, favorecendo a mudança paulatina de um modelo de atenção fragmentado para um modelo de cuidado integral e focado no paciente.

COBERTURA DOS SISTEMAS DE REGULAÇÃO, COMPLETUDE E QUALIDADE DOS DADOS NECESSÁRIOS PARA A GESTÃO DE FILAS DE ESPERA

269. Este capítulo examina em que medida a maturidade dos sistemas informatizados de regulação afeta a qualidade da avaliação de resultados do Pate. São analisados três aspectos. O primeiro corresponde à cobertura dos sistemas de regulação integrados à Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS), quantificando a parcela da produção cirúrgica do SUS efetivamente capturada por esses sistemas. O segundo refere-se à interoperabilidade entre os sistemas de regulação e a RNDS, a partir das taxas de rejeição de dados e da governança sobre o ciclo de correção. O terceiro trata da consistência interna dos dados aceitos pela plataforma, identificando inconsistências lógicas que decorrem da ausência de regras de validação cruzada no modelo de dados.

Para verificar as assinaturas, acesse www.tcu.gov.br/autenticidade e informe o código 80486594.

270. A regulação assistencial no SUS opera em um ecossistema fragmentado de sistemas informatizados. O Ministério da Saúde (MS) disponibiliza para os demais entes o Sistema de Regulação (Sisreg) e o e-SUS Regulação. O primeiro está em operação desde 2008 e possui módulos ambulatorial e de internação. O segundo é o sistema mais recente, ainda restrito ao módulo ambulatorial, sem previsão de expansão para o módulo hospitalar até a conclusão desta auditoria. Estados e municípios podem, contudo, adotar sistemas próprios de regulação. Os dados gerados por todos esses sistemas devem ser enviados à RNDS no padrão do Modelo de Informação da Regulação Assistencial (Mira) (Portaria Conjunta Saes/Seidigi 3, de 18/4/2023). A RNDS deve funcionar, portanto, como a camada de consolidação nacional dos dados de regulação, recebendo registros de solicitações de procedimentos, agendamentos e execuções provenientes dos diversos sistemas em operação no país.

271. A capacidade do MS e dos órgãos de controle de avaliar os resultados do Pate depende diretamente da cobertura, da completude e da qualidade dos dados disponíveis na RNDS. Os tempos de espera para acesso a cirurgias eletivas e consultas especializadas e os tamanhos de filas por procedimento e UF, que são indicadores centrais do programa, devem ser calculados a partir dos registros dessa plataforma.

272. A obrigatoriedade do envio de dados de regulação à RNDS é fundamentada em múltiplos normativos. O envio dos dados deve ser feito por estabelecimentos públicos e privados, conforme modelos informacionais padronizados, com garantia de integração, consistência e reutilização segura das informações em saúde (art. 3º e 4º do Decreto 12.560/2025). As secretarias estaduais e municipais de saúde devem garantir o registro das informações da regulação assistencial e enviar, obrigatoriamente, os dados ao MS, incluindo a dimensão das filas (§2º do art. 47-A da Lei 8.080/1990, alterada pela Lei 15.233/2025). Todos os registros de solicitação de procedimentos devem ser enviados à RNDS diariamente, utilizando o Mira, com previsão de Plano Operativo tripartite para implementação e consequências para o seu descumprimento (art. 1º, 2º, 5º, 9º e parágrafo único da Portaria GM/MS 6.656/2025). Os procedimentos de interoperabilidade para envio dos dados são de caráter obrigatório no Pate (art. 22 da Portaria GM/MS 7.266/2025. É ainda diretriz da Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde (PNAES) a qualificação dos sistemas de informação de modo a possibilitar o registro de toda a produção da Atenção Especializada (inc. VI, art. 46 da Portaria GM/MS 1.604/2023).

273. Essas exigências foram construídas progressivamente. O PNRF, instituído em 2023, já previa a adequação dos diversos sistemas de apoio à regulação (art. 4º da Portaria Saes/MS 237/2023 e art. 3º da Portaria Saes/MS 2.324/2023) e o Pate, a partir de 2025, consolidou e ampliou o conjunto normativo (Portaria GM/MS 7.266/2025).

274. A análise baseou-se em três fontes principais de dados, combinando abordagens quantitativas e qualitativas. Para as dimensões de cobertura e consistência, foram processados 768.078.813 registros de regulação extraídos da RNDS, em 96 arquivos no formato *parquet*, abrangendo janeiro de 2018 a dezembro de 2025, fornecidos pela Secretaria de Informação e Saúde Digital (Seidigi). Esses registros foram cruzados com dados de produção cirúrgica do SUS e com o cadastro de municípios que utilizam os sistemas Sisreg e e-SUS Regulação, fornecidos pela Secretaria de Atenção Especializada à Saúde (Saes). Para a dimensão de rejeição, foram utilizadas estatísticas de requisições rejeitadas pela RNDS de 10/10/2025 a 10/11/2025, disponibilizadas pela Seidigi.

275. Para fins deste capítulo, três indicadores são centrais. A razão de cobertura é definida como o volume de procedimentos cirúrgicos do grupo 04 da tabela SIGTAP, registrados na RNDS, dividido pela produção de cirurgias eletivas no SUS de acordo com o SIA/SIH. Essa razão configura o melhor cenário possível de mensuração, pois o numerador inclui todos os carácteres de solicitação (eletivo, urgência, emergência), enquanto o denominador considera, a princípio, apenas cirurgias eletivas. A taxa de rejeição é estimada pela razão entre o volume de requisições rejeitadas pela RNDS em um mês e o total estimado de tentativas (aceitas + rejeitadas) no mesmo período. As inconsistências lógicas referem-se a incompatibilidades entre os campos do registro de regulação na RNDS. Isso ocorre, por exemplo, em registros com *status* 'Agendado' que apresentam data de execução preenchida, ou quando a data de execução é anterior à data de solicitação.

Para verificar as assinaturas, acesse www.tcu.gov.br/autenticidade e informe o código 80486594.

276. Três ressalvas metodológicas são relevantes para a interpretação dos achados. A primeira é que os dados de rejeição pela RNDS referem-se a um único mês (10/10 a 10/11/2025), pois a Seidigi não dispõe de série histórica de rejeições (os dados rejeitados não são armazenados de forma permanente pela plataforma). Não é possível, portanto, afirmar que a taxa observada seja representativa de períodos anteriores, embora não haja indicação de sazonalidade significativa. A segunda a ser considerada é que os dados de dezembro de 2025, nos arquivos *parquet,* apresentam volume reduzido (5,1 milhões de registros, contra 46,5 milhões em outubro de 2025), o que pode refletir atraso no envio pelos entes. As análises de cobertura utilizaram preferencialmente o ano de 2024, como referência, por ser o mais recente com dados completos. Por último, a razão de cobertura compara a produção regulada (numerador, que inclui todos os tipos de solicitação) com a produção de cirurgias eletivas (denominador). Como o numerador não filtra por tipo, incluindo urgências e emergências, a razão pode ser elevada em estados com proporção significativa de solicitações não eletivas. Essa diferença conceitual está documentada nos metadados da planilha de evidência (Planilha Q3_cobertura_cirurgica_consolidado_v2.xlsx).

A cobertura dos sistemas de regulação integrados à RNDS é insuficiente para permitir avaliação abrangente dos resultados do Pate

277. A Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS) capturou apenas 6,8% da produção de cirurgias eletivas do SUS em 2024, considerando todos os tipos de solicitação na rede (eletivo, urgência e emergência). Mais da metade dos municípios brasileiros (51,8%) não utiliza nenhum sistema de regulação do ministério, e os cinco estados que concentram 55% de toda a produção cirúrgica do país (São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais, Rio Grande do Sul e Bahia) apresentam juntos cobertura na RNDS inferior a 1% (Tabela 32, Apêndice B). Essa lacuna compromete a capacidade de avaliar os resultados do Pate nacionalmente porque os indicadores de tempo de espera e volume de procedimentos regulados, calculados a partir da RNDS, refletem a realidade de um subconjunto de estados, predominantemente do Norte e do Centro-Oeste.

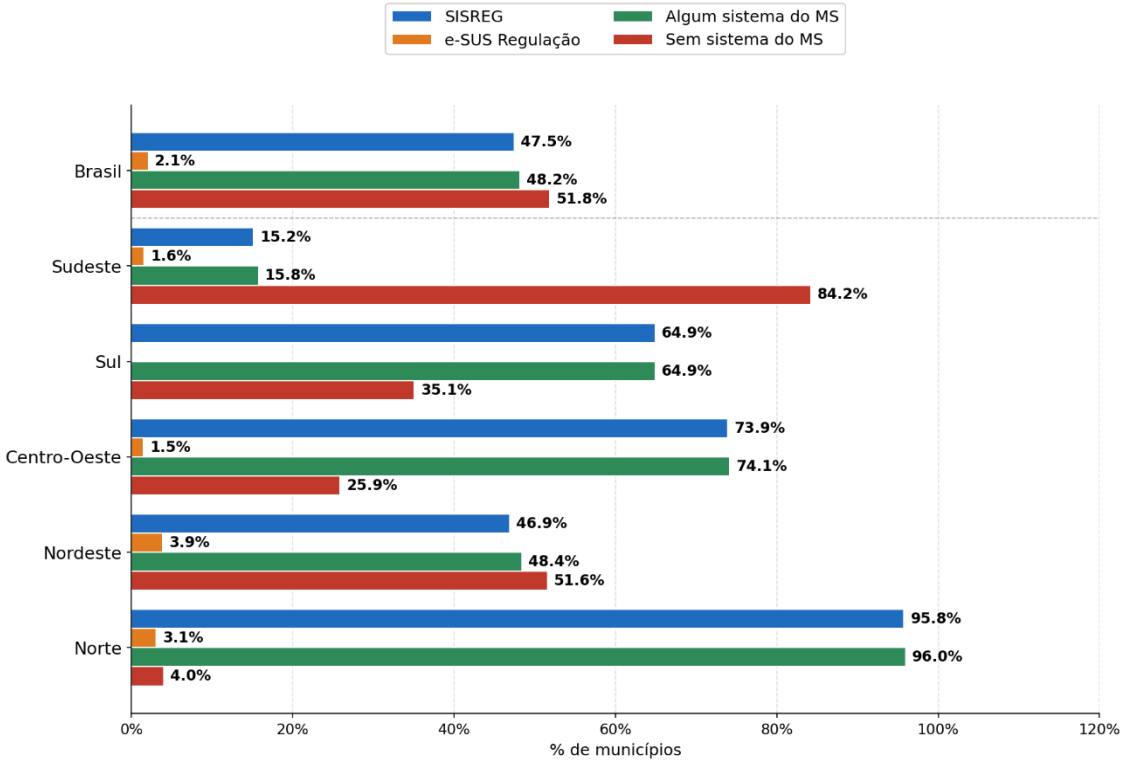
Baixa adesão aos sistemas do MS

278. Dos 5.571 municípios brasileiros (Divisão Territorial Brasileira (DTB) do IBGE, 2024), 2.684 (48,2%) utilizam ao menos um sistema de regulação do MS (Sisreg ou e-SUS Regulação). Os demais 2.887 municípios (51,8%) utilizam sistemas próprios estaduais ou municipais ou não utilizam nenhum sistema informatizado de regulação. Os entes têm autonomia para decidir qual sistema utilizar, sendo assim, o uso de sistemas do MS não é obrigatório. No entanto, quando o ente usa os sistemas de regulação do ministério, seus dados ficam disponibilizados centralmente, não necessariamente na RNDS. Isso permitiria a análise dos dados de regulação com maior abrangência. Por estarem sob gestão ministerial, era de esperar que os sistemas oficiais poderiam ser mais facilmente integrados à RNDS. Apesar disso, até março de 2026, o Sisreg hospitalar ainda não estava integrado à rede.

279. O Gráfico 22 apresenta a distribuição da adesão por região geográfica (Tabela 30, Apêndice B).

Para verificar as assinaturas, acesse www.tcu.gov.br/autenticidade e informe o código 80486594.

Gráfico 22 - Adesão aos sistemas de regulação do MS por região geográfica, Brasil, 2025



Fonte: elaboração própria a partir da planilha sistemas_regulacao_MS_original.xlsx (Seidigi/Datasus) e IBGE DTB 2024. Análise: Q3_Adesao_Sistemas_Regulacao_MS.xlsx.

280. O Sudeste, região mais populosa do país e responsável pela maior parcela da produção cirúrgica do SUS, apresenta a menor taxa de adesão a sistemas do MS (15,8%). Isso decorre dos baixos patamares observados em São Paulo (11,2%), Minas Gerais (13,0%) e Espírito Santo (3,8%). No extremo oposto, o Norte alcança 96,0% de adesão, com todos os estados acima de 79%, seguido pelo Centro-Oeste, com 74,1% de adesão a algum sistema do MS. Nove estados possuem 100% dos municípios aderentes a algum sistema do MS (AC, AL, DF, PB, RN, RO, RR, SC e TO), demonstrando adesão a esses sistemas em entes com diferentes portes populacionais e contextos regionais.

281. A análise da adesão aos módulos ambulatorial e hospitalar do Sisreg revela uma assimetria que impacta diretamente a cobertura de dados cirúrgicos. Dos 2.645 municípios que aderiram ao Sisreg, 2.633 (99,5%) utilizam o módulo ambulatorial, mas apenas 817 (30,9%) possuem o módulo hospitalar, por meio do qual se regulam as cirurgias que exigem internação. Somente 805 municípios (30,4%) operam ambos os módulos. Em termos nacionais, o módulo hospitalar do Sisreg atinge apenas 14,7% dos municípios brasileiros.

282. O e-SUS Regulação, sistema mais recente do MS destinado a substituir o Sisreg (BRASIL, 2024c, p. 123), possui adesão de apenas 2,1% dos municípios (117 em 15 UF). Em doze estados, não há nenhum município utilizando o sistema. Além disso, o e-SUS Regulação opera exclusivamente no módulo ambulatorial, sem funcionalidade para regulação de internações e cirurgias. Na pesquisa eletrônica estadual, 12 dos 23 estados respondentes (52,2%) declararam que não planejam migrar para o e-SUS Regulação, citando funcionalidades limitadas, falta de relatórios gerenciais e dificuldade de carga de dados históricos como principais obstáculos (Planilha sistemas_regulacao_MS_original.xlsx., Planilha Pesquisa eletrônica estadual, Q9).

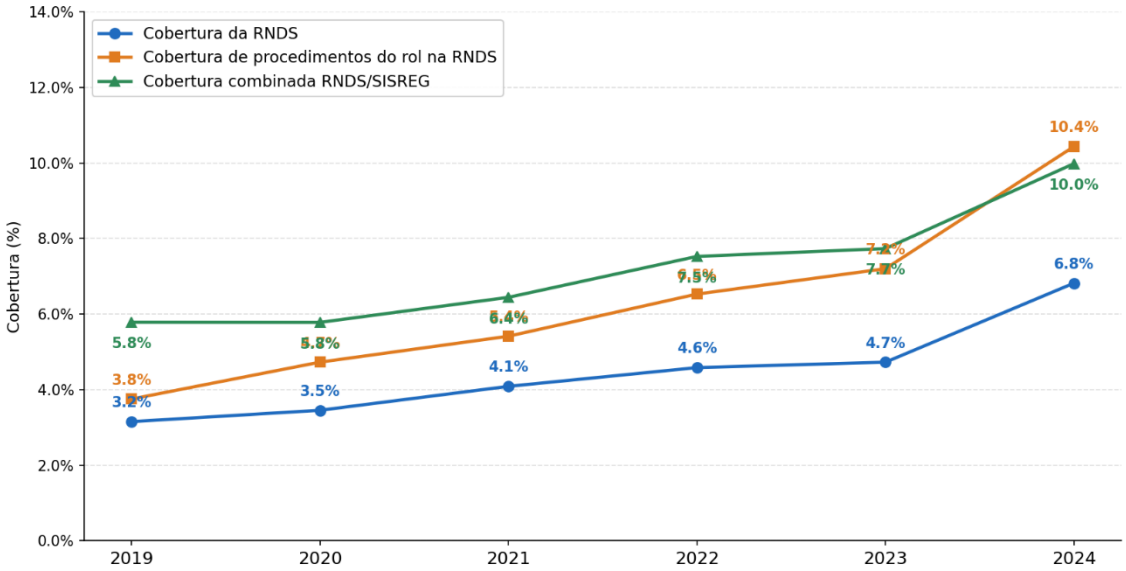
Baixa cobertura da RNDS para dados de regulação de cirurgias

Para verificar as assinaturas, acesse www.tcu.gov.br/autenticidade e informe o código 80486594.

283. A cobertura da RNDS em relação aos procedimentos cirúrgicos eletivos realizados no SUS evoluiu de 3,2% em 2019 para 6,8% em 2024, com aceleração nesse último ano, como resultado do aumento expressivo de +63,9% registros na RNDS sobre 2023. A cobertura dos procedimentos cirúrgicos do rol do Pate na RNDS cresceu de 3,8% para 10,4%, sugerindo que as ações do programa têm efeito diferenciado sobre a cobertura dos procedimentos prioritários.

284. Para dimensionar a razão de cobertura da RNDS, quantificou-se o volume de procedimentos cirúrgicos do grupo 04 registrados na RNDS dividido pela produção de cirurgias eletivas do SUS (dados do SIA/SIH). Os registros do Sisreg Hospitalar são apresentados como informação complementar, por não estarem integrados à RNDS. A razão configura o melhor cenário possível, pois o numerador inclui todos os caracteres de solicitação na RNDS (eletivo, urgência, emergência), enquanto o denominador considera apenas cirurgias eletivas. O Gráfico 23 apresenta a evolução da cobertura da RNDS para cirurgias eletivas (do rol do Pate ou não), de 2019 a 2024.

Gráfico 23 - Evolução da cobertura da RNDS, Brasil, 2019 a 2024



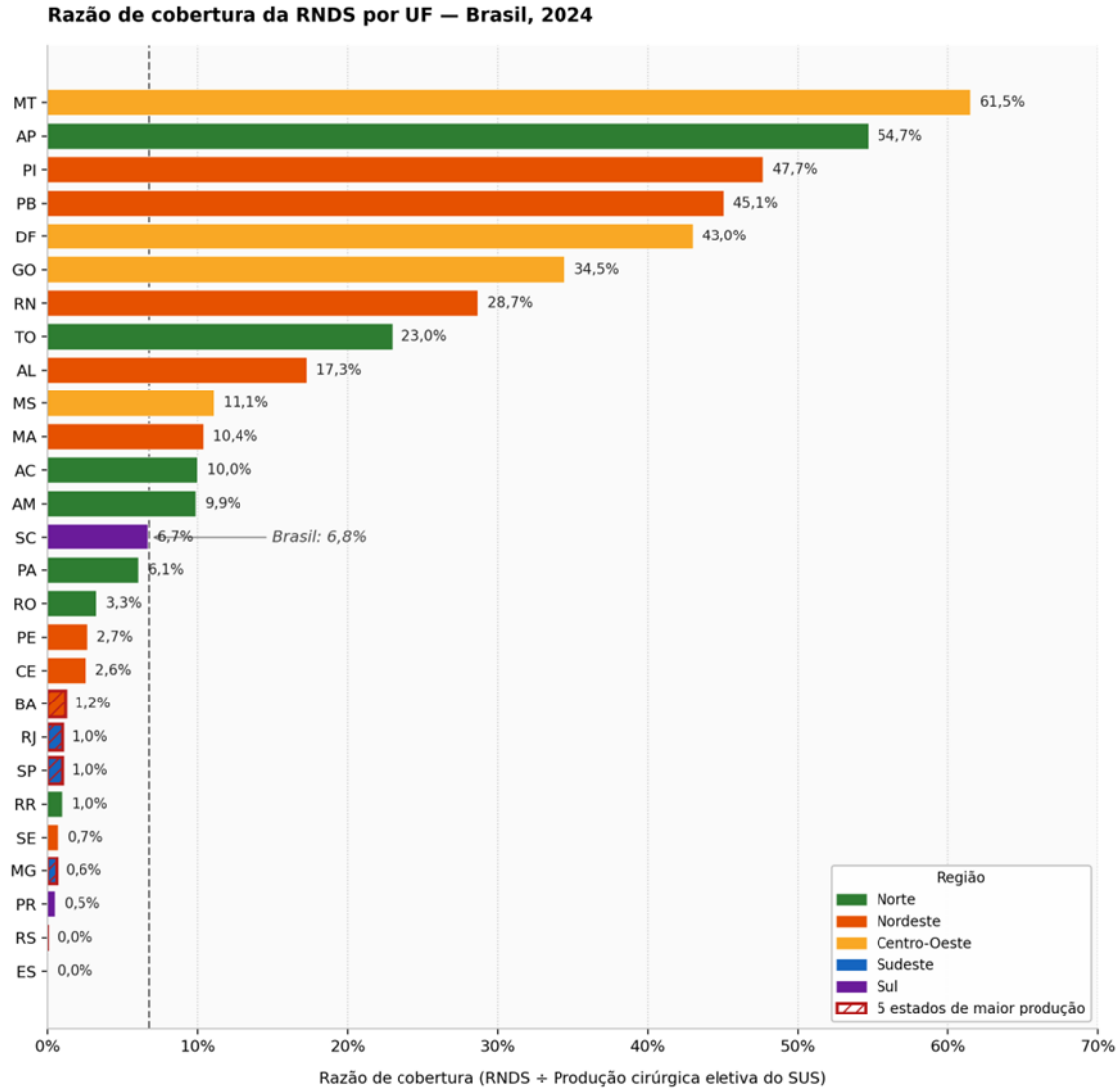
Fonte: elaboração própria. RNDS: 96 arquivos parquet (768.078.813 registros brutos). Sisreg Hospitalar: 8 arquivos CSV (3,8 milhões de registros brutos, não integrados à RNDS). Planilhas Histórico_de_produção_por_estado_2019-2025.xlsx (MS) e Q3_cobertura_cirurgica_consolidado_v2.xlsx.

285. Apesar de os dados do Sisreg hospitalar não estarem integrados à RNDS, o ministério detém essas informações. Logo, poderiam ser usadas para efetuar o acompanhamento de indicadores chave do componente cirúrgico do Pate. Por isso, faz sentido calcular a cobertura combinada da RNDS e do Sisreg hospitalar, que é superior em 3,2 pontos percentuais à cobertura da RNDS, isoladamente. Isso representaria aumento de 47% na cobertura, que ainda se manteria em nível baixo. Esse seria o ganho imediato de cobertura da rede, caso o Sisreg hospitalar fosse integrado à RNDS. Não obstante, mantido o ritmo médio de expansão da cobertura, seriam necessários mais de dezessete anos para atingir cobertura de 100% (Tabela 31, Apêndice B).

Para verificar as assinaturas, acesse www.tcu.gov.br/autenticidade e informe o código 80486594.

286. O Gráfico 24 desagrega a cobertura da RNDS por UF em 2024, evidenciando as disparidades extremas entre as unidades da federação.

Gráfico 24 - Razão de cobertura da RNDS por UF, Brasil, 2024



Fonte: elaboração própria. Cores indicam a região geográfica. As barras hachuradas com borda vermelha correspondem aos cinco estados de maior produção cirúrgica eletiva (SP, RJ, MG, RS e BA), responsáveis por 55% da produção nacional em 2024 — todos com cobertura inferior a 1,2%. A linha tracejada indica a média nacional (6,8%).

287. A produção cirúrgica dos cinco estados de maior volume, SP, RJ, MG, RS e BA, que juntos representam 55% da produção cirúrgica eletiva nacional, é praticamente invisível nos sistemas de regulação do MS, apresentando coberturas na RNDS de 0,0% (ES) a 1,2% (BA). O estado do ES apresenta cobertura nula (nenhum registro na RNDS em 2024) e o RS registra apenas 36 procedimentos para uma produção de mais de um milhão de cirurgias eletivas. Essa lacuna nos dados dos estados mais populosos implica a falta de representatividade para o cenário nacional em qualquer análise de tempos de espera ou de filas baseada na RNDS.

288. A cobertura de 6,8% significa que, de cada quinze cirurgias eletivas realizadas no SUS, apenas uma está registrada na RNDS. Os demais catorze procedimentos são realizados em municípios ou estados que não enviaram os dados ou cujos dados foram rejeitados pela RNDS. Qualquer indicador de tempo de espera, priorização clínica ou resultado do Pate construído sobre

Para verificar as assinaturas, acesse www.tcu.gov.br/autenticidade e informe o código 80486594.

essa base de dados reflete, portanto, a realidade de um subconjunto específico, composto predominantemente de estados do Norte e Centro-Oeste, não sendo extrapolável para o país. Entretanto, como tendência positiva, cabe registrar que a cobertura cresceu de 3,2% em 2019 para 6,8% em 2024, com aceleração nesse último ano.

289. A pesquisa eletrônica realizada com secretarias municipais de saúde e com secretarias estaduais confirma e aprofunda o diagnóstico quantitativo. No nível municipal, apenas 20,6% utilizam exclusivamente o Sisreg para regulação de cirurgias eletivas; 33,6% usam uma combinação de sistemas diferentes, conforme o procedimento regulado, e 23% usam sistema próprio. Quanto à integração dos dados cirúrgicos com a RNDS, 27,9% declararam não integrar e 21,8% não sabem se integram, totalizando 49,7% sem certeza de envio. Apenas 21,3% dos municípios respondentes enviam dados de regulação de cirurgias à RNDS diariamente, conforme previsto no art. 5º da Portaria GM/MS 6.656/2025 (Planilha Pesquisa eletrônica municipal, Q45 e Q46).

290. No nível estadual, a diversidade de sistemas utilizados é ainda mais pronunciada na área cirúrgica: 68% (17/25) dos estados utilizam sistema próprio para regulação de cirurgias e 32% (8/25) utilizam o Sisreg. A regulação cirúrgica depende mais da estrutura estadual do que da municipal, pois 68% (17/25) dos estados regulam por central estadual, de modo que a não integração dos sistemas estaduais com a RNDS afeta proporcionalmente mais dados. Quanto à frequência de envio, 16% (4/25) dos estados não integram dados cirúrgicos e 16% (4/25) não sabem se integram (Planilha Pesquisa eletrônica estadual, Q42, Q43 e Q44, Planilha Q3_Pesquisas_Eletronicas_Cobertura.xlsx).

291. As evidências convergem para o diagnóstico de que a maioria dos entes não utiliza exclusivamente sistemas do MS e uma parcela significativa não envia dados à RNDS.

292. A baixa cobertura decorre de fatores inter-relacionados, que operam tanto no nível da concepção dos sistemas do MS quanto na operacionalização pelos entes. As limitações funcionais do Sisreg, percebidas pelos 209 municípios pesquisados que o utilizam para regulação de cirurgias eletivas, incluem a inexistência de alertas automáticos para solicitantes quando da devolução ou cancelamento de requisições (47,4%); a inexistência de comunicação automática ao paciente sobre alterações na situação de sua solicitação (41,6%); a insuficiência de relatórios (41,1%); e a impossibilidade de anexar documentos como exames, laudos e imagens (41,1%) (Planilha Pesquisa eletrônica municipal, Q48). Essas limitações podem levar estados e municípios a desenvolverem ou contratarem sistemas próprios com funcionalidades mais adequadas à sua operação, porém não necessariamente integrados à RNDS.

293. Na pesquisa estadual, entre os 8 estados que utilizam o Sisreg para regulação de cirurgias eletivas, 7 reclamaram da falta de integração com o faturamento, 6 apontaram insuficiência de relatórios, inexistência de alertas automáticos para solicitantes e pacientes, impossibilidade de anexar documentos. A pesquisa indica que os sistemas próprios, por sua vez, oferecem funcionalidades mais avançadas. Entre os 17 estados respondentes da pesquisa que utilizam sistema próprio para regulação cirúrgica, 47,1% (8/17) possuem sinalizadores (*redflags*) para priorização e 41,2% (8/17) alertas automáticos para executores. Entre os 282 municípios respondentes que utilizam sistemas próprios, 28,7% possuem *redflags* e 20,9% alertas automáticos (Planilhas Pesquisa eletrônica estadual, Q45 e Q46, Pesquisa eletrônica municipal, Q47 e Q48).

294. O e-SUS Regulação, concebido para substituir o Sisreg (BRASIL, 2024c, p. 123), ainda não oferece alternativa viável porque opera exclusivamente no módulo ambulatorial, isto é, não possui funcionalidade para regulação cirúrgica, e tem adesão de apenas 2,1% dos municípios (Planilha Q3_Adesao_Sistemas_Regulacao_MS). A regulação cirúrgica é predominantemente operada no nível estadual (17 estados respondentes usam sistema próprio), de modo que a não integração nesse nível afeta proporcionalmente mais dados do que no caso ambulatorial. Por fim, embora a legislação estabeleça a obrigatoriedade do envio de dados e preveja possível impedimento para adesão a programas (parágrafo único do art. 9º da Portaria GM/MS 6.656/2025) e condicionamento de repasses (§1º do art. 14 da Portaria GM/MS 3.492/2024) como consequências para o descumprimento, a auditoria não identificou evidências de que elas tenham sido efetivadas.

Para verificar as assinaturas, acesse www.tcu.gov.br/autenticidade e informe o código 80486594.

295. Essa situação compromete a capacidade de avaliação dos resultados do Pate em três dimensões. Primeira, os indicadores de tempo de espera, volume de procedimentos regulados e cobertura, calculados a partir da RNDS, não são representativos do cenário nacional e a produção cirúrgica das UF com maior volume e maiores filas de espera é praticamente invisível na RNDS. Segunda, o MS não dispõe de visão consolidada e abrangente das filas cirúrgicas em âmbito nacional, limitando sua capacidade de identificar gargalos, priorizar intervenções e alocar recursos de forma equânime. Terceira, há limitação ao exercício do controle social e do controle externo, considerando que os dados de regulação usados para obter informações sobre filas e tempos de espera não abrangem a totalidade dos entes, em desacordo com a diretriz de transparência da PNAES. Ademais, nota-se que mais da metade dos municípios não utiliza sistemas do MS, e a produção cirúrgica dos estados mais populosos é praticamente invisível na plataforma.

296. Sobre a baixa cobertura dos dados de cirurgias na RNDS, o MS informou que estrategicamente decidiu integrar, de início, os dados ambulatoriais, sobretudo as de OCI. Diante disso, a volumetria dos dados ambulatoriais seria mais prevalente comparada a do componente cirúrgico (Despacho SEIDIGI/CGOEX/SEIDIGI/MS, de 17/4/2026). Essa priorização, embora compreensível do ponto de vista da gestão da implementação, não está acompanhada de horizonte temporal definido para a integração dos dados do componente cirúrgico. A baixa cobertura dos dados desse componente na RNDS compromete a capacidade de monitoramento da execução do programa e reforça a pertinência do Plano Operativo (par. 272), ainda não formulado, a ser pactuado em CIT, com metas progressivas e cronograma para o envio dos dados de regulação à RNDS.

297. Nesse sentido, cabe propor determinação à Seidigi e à Saes que apresentem minuta de plano operativo a ser pactuado na CIT que vise a implementação das tecnologias e o envio dos dados de regulação para a RNDS, abrangendo a definição de estratégia para a integração de dados de cirurgias hospitalares, a efetivação das consequências normativas para o não envio dos dados de regulação pelos entes federados. Como benefícios esperados, considerando os dados de 2024, destaca-se que a simples integração dos dados do Sisreg hospitalar à RNDS ampliaria a cobertura de cirurgias eletivas dos atuais 6,8% para 10,0% (+3,2 p.p.), sem necessidade de qualquer alteração nos sistemas de origem.

A integração entre os sistemas de regulação e a RNDS apresenta deficiências de interoperabilidade, evidenciadas pela elevada taxa de rejeição de dados, sem que haja governança sobre a correção e o reenvio das informações rejeitadas

298. Cerca de um terço dos dados de regulação enviados à RNDS de 10/10/2025 a 10/11/2025 foi rejeitado antes de ser incorporado à plataforma. No período mencionado, foram registradas 17.916.660 requisições de envio de dados de regulação rejeitadas pela RNDS. A média mensal de registros aceitos de janeiro a julho de 2025 foi de 33.470.006 (234.290.040 registros aceitos, divididos por sete meses, conforme planilha RNDS_RIRA_TCU_jan_jul25_24.09.2025-atualizada.xlsx, fornecida pela Seidigi). Considerando o total estimado de tentativas no mês (aceitos + rejeitados = 51.386.666), a taxa de rejeição foi de 34,9%.

299. Há que se fazer uma ressalva sobre a amostra temporal. Os dados de rejeição correspondem a um único mês de observação, pois a Seidigi não dispõe de série histórica. As estatísticas de rejeição não são armazenadas de forma permanente e foram disponibilizadas pela Seidigi, a partir da extração dos *logs* de integração. Não é possível, portanto, afirmar que a taxa de 34,9% seja representativa de períodos anteriores ou posteriores. Entretanto, apesar de o ministério ter mencionado fato atípico que pode ter afetado a taxa de rejeição, não foi apresentada evidência da ocorrência. A própria inexistência de série histórica já configura, em si, deficiência de governança sobre o fluxo de integração.

Concentração dos erros e deficiência de interoperabilidade

300. A quase totalidade das rejeições (94,1%) decorre somente do erro HTTP 422, que indica

Para verificar as assinaturas, acesse www.tcu.gov.br/autenticidade e informe o código 80486594.

dados semanticamente inválidos (Tabela 12).

Tabela 12 - Distribuição das rejeições de dados de regulação pela RNDS por tipo de erro (10/10/2025 a 10/11/2025)

Tipo de Erro	Quantidade	Percentual	Descrição
HTTP 422	16.862.436	**94,1%**	Dados inválidos / mal formatados (*Unprocessable Entity*)
HTTP 500	766.483	**4,3%**	Erro interno do servidor (*Internal Server Error*)
HTTP 400	189.125	**1,1%**	Requisição malformada (*Bad Request*)
HTTP 401	97.994	**0,5%**	Não autorizado (*Unauthorized*)
HTTP 403	622	**0,0%**	Acesso proibido (*Forbidden*)
Total	17.916.660	**100%**	

Fonte: elaboração própria a partir das planilhas Casos_erro_Quantidade_requisicoes_por_sistema_status.xlsx e Analise_Q3_Rejeicao_Dados_RNDS_v2.xlsx.

301. O erro HTTP 422 (*Unprocessable Entity*) indica que a requisição foi recebida e compreendida pelo servidor da RNDS, mas contém dados semanticamente inválidos, a exemplo de campos obrigatórios não preenchidos, dados mal formatados ou informações inconsistentes com o padrão Mira. A concentração desse tipo de erro em poucos sistemas é alta, conforme Tabela 13.

Tabela 13 - Concentração dos erros HTTP 422 na integração de dados à RNDS, por sistema de origem (10/10/2025 a 10/11/2025)

Sistema de Origem	Erros 422	% do Total	% Acumulado
MIDDLEWAREFHIR	12.162.034	**72,1%**	72,1%
Global Saúde (variantes agregadas)	4.147.261	**24,6%**	96,7%
REGMED	166.717	**1,0%**	97,7%
Gestão da Saúde	76.727	**0,5%**	98,1%
Demais sistemas (10+)	**309.697**	**1,8%**	**100%**
Total erros 422	16.862.436	**100%**	—

Fonte: elaboração própria a partir da planilha Casos_erro_Quantidade_requisicoes_por_sistema_status.xlsx.Nota: as variantes do Global Saúde (Global Saude, Global Saude Jacui RIRA, Global Saude Divisa Nova, Global Saude - Sao Tomas, Global Saude - Sao Pedro, Global Saude Campos Gerais, GLOBAL SAUDE) foram agregadas.

302. Apenas duas camadas de integração respondem por 96,7% dessas ocorrências (Planilha Q3_Rejeicao_Dados_RNDS_v2.xlsx). Essa concentração revela que o problema não é difuso, mas localizado na infraestrutura de interoperabilidade entre os sistemas de regulação e a RNDS. A situação é agravada pela ausência de governança sobre o ciclo de correção, uma vez que dados rejeitados não são armazenados pela plataforma, não são gerados relatórios gerenciais que documentem as rejeições e não foram identificados mecanismos que assegurem que os dados sejam corrigidos e reenviados.

Para verificar as assinaturas, acesse www.tcu.gov.br/autenticidade e informe o código 80486594.

303. A camada de integração MIDDLEWAREFHIR responde por 72,1% dos erros HTTP 422 e as variantes do sistema Global Saúde por 24,6%, totalizando 96,7% das rejeições por dados inválidos em apenas dois grupos de sistemas. O MIDDLEWAREFHIR não é um sistema de regulação propriamente dito, mas um middleware, isto é, uma camada de software que intermedeia a comunicação entre sistemas de regulação e a RNDS. Em manifestação ao relatório preliminar, o MS esclareceu que o MIDDLEWAREFHIR é utilizado exclusivamente para o envio à RNDS dos dados provenientes do Sisreg e do e-SUS Regulação, não sendo utilizado pelos sistemas integradores de terceiros, que enviam seus dados diretamente à plataforma. As rejeições atribuídas a esse componente correspondem, portanto, ao fluxo operado pelo próprio MS a partir desses dois sistemas, o que delimita o escopo de atuação institucional para a redução do problema. O MS informou que parcela significativa das rejeições atribuídas ao MIDDLEWAREFHIR está associada à carga de dados legados do Sisreg ambulatorial para a RNDS, processo que ainda não foi iniciado para o módulo hospitalar do Sisreg. A concentração, contudo, sugere deficiência estrutural na adequação entre os modelos de dados dos sistemas de origem que usam o MIDDLEWAREFHIR e o Global Saúde e o padrão Mira (Despacho SEIDIGI/CGOEX/SEIDIGI/MS, de 17/4/2026).

304. Esse achado está intrinsecamente relacionado ao anterior, pois a taxa de rejeição é um fator que reduz a cobertura da RNDS, estimada em apenas 6,8% da produção cirúrgica eletiva nacional (par. 283). Sendo assim, a redução da taxa de rejeição teria efeito de aumentar a cobertura. Enquanto o achado anterior trata da lacuna material, correspondente a dados que sequer são enviados porque os sistemas não estão integrados, este achado trata da lacuna formal, quando dados que são enviados, mas cuja comunicação falha por incompatibilidade entre os modelos de dados dos sistemas de origem e o padrão exigido pela RNDS.

305. A exigência de padronização e interoperabilidade no envio dos dados é fundamentada no Decreto 12.560/2025, que determina que o envio deve seguir modelos informacionais padronizados, com garantia de integração e consistência (art. 3º e 4º), e que a RNDS deve assegurar a proteção dos dados contra perdas e modificações indevidas, com padrões de segurança da informação (art. 6º, inc. I, II e V). O mesmo decreto exige repositório acessível que mantenha a integridade e a auditabilidade dos dados (art. 9º e 10), exigência que não se verifica na prática, haja vista que os dados rejeitados não são armazenados. No plano operacional, o Mira define os elementos que compõem o registro de regulação assistência, que deve ser utilizado para o envio diário dos registros à RNDS (Portaria Conjunta Saes/Seidigi 3/2023 e art. 1º, 2º, 5º e 9º da Portaria GM/MS 6.656/2025). A regulação com uso de sistemas interoperáveis e integração à RNDS utilizando o Mira é uma das diretrizes do Pate (art. 3º, inc. VIII, da Portaria GM/MS 7.266/2025 c/c art. 2º da Portaria GM/MS 6.656/2025).

Deficiência de governança sobre o ciclo de correção

306. Os metadados dos dados rejeitados pela RNDS não são armazenados na sua plataforma. Não existe monitoramento da rejeição e reenvio dos registros, nem relatório gerencial que documente as rejeições, incluindo as causas e a evolução ao longo do tempo, o que impede que se verifique se os dados são efetivamente corrigidos e reenviados e viola os critérios de integridade e auditabilidade dos dados, previstos no art. 9º do Decreto 12.560/2025. A análise de rejeição conduzida nesta auditoria foi possível porque a Seidigi extraiu as estatísticas dos logs de integração referentes a um único mês. Além disso, ainda que a RNDS ofereça retornos técnicos estruturados aos integradores (códigos HTTP, OperationOutcome HL7 FHIR e catálogo MSG/ERR), não há ciclo institucional de responsabilização dos gestores pela correção e reenvio dos dados rejeitados, o que impede a identificação e a correção tempestiva dos problemas.

307. Embora o erro HTTP 422 não implique, por si só, perda definitiva do dado, pois, em tese, o sistema de origem pode corrigi-lo e reenviá-lo, a inexistência de acompanhamento sistemático faz com que não haja asseguração de que esse ciclo de correção esteja ocorrendo (par. 301).

308. O ciclo esperado seria: dado enviado → rejeitado → erro registrado → gestor notificado → causa identificada → dado corrigido → dado reenviado. Apesar de a RNDS dispor de retornos técnicos padronizados (códigos HTTP, mensagens OperationOutcome HL7 FHIR e catálogo de erros negociais MSG/ERR publicado no Portal de Serviços do DataSUS), a auditoria constatou que

Para verificar as assinaturas, acesse www.tcu.gov.br/autenticidade e informe o código 80486594.

o ciclo é interrompido nas etapas subsequentes à notificação, pois não há mecanismo institucional estruturado de cobrança da correção e do reenvio dos dados rejeitados junto aos responsáveis pelos sistemas de origem. Relato do estado do Rio de Janeiro, obtido em entrevista com gestores da central estadual de regulação, indica que não há cobrança do MS para que os dados rejeitados sejam corrigidos, corroborando a constatação de que o ciclo de correção não opera de forma integral na prática (Extrato de entrevistas com gestores/profissionais nos estados e municípios visitados). A estruturação institucional desse ciclo requer, em essência, três elementos articulados: prazos definidos para correção e reenvio dos dados rejeitados, instrumentos de cobrança junto aos responsáveis pelos sistemas de origem, e indicadores que permitam aferir a recuperação efetiva das rejeições, elementos que não foram identificados na atuação federal sobre o ciclo de integração à RNDS.

309. As causas da elevada taxa de rejeição podem atuar em quatro níveis. No nível da padronização, a predominância do erro 422 indica que os dados enviados não atendem aos requisitos semânticos definidos pelo Mira, o que pode decorrer de desatualização das integrações, de divergências entre os modelos de dados dos sistemas locais e o padrão exigido ou de insuficiente capacitação técnica dos desenvolvedores. No nível da infraestrutura, a concentração de 96,7% dos erros em dois grupos de sistemas indica problemas estruturais nessas camadas de integração, e não falhas pontuais. No nível da prevenção, os sistemas de origem não realizam validações suficientes dos dados antes do envio à RNDS, resultando em volume expressivo de rejeições que poderiam ser evitadas com controles locais de conformidade ao padrão Mira. O MS informou, em manifestação ao relatório preliminar, que disponibiliza no Portal de Serviços do DataSUS um validador que permite aos integradores realizar validações prévias de conformidade ao padrão Mira antes do envio dos dados à RNDS, ferramenta cuja efetiva utilização pelos gestores locais é condição necessária para a redução das rejeições na origem (Despacho SEIDIGI/CGOEX/SEIDIGI/MS, de 17/4/2026). No nível da governança, a ausência de relatório gerencial periódico consolidado e a inexistência de ciclo estruturado de responsabilização dos gestores pela correção e reenvio dos dados rejeitados, ainda que a plataforma disponibilize retornos técnicos padronizados, impedem a identificação e a correção tempestiva dos problemas, perpetuando o ciclo de rejeição sem correspondente correção.

310. A persistência dessa situação compromete a interoperabilidade do ecossistema de dados de regulação do SUS. Mais de um terço das tentativas de envio não é incorporado à RNDS, fragilizando a plataforma como repositório nacional de dados de regulação. Na ausência de monitoramento que assegure a correção e o reenvio dos dados rejeitados, não é possível afirmar que essas informações estejam sendo recuperadas. Há retrabalho e ineficiência no uso de recursos computacionais e de rede, dado que 17,9 milhões de requisições malsucedidas em um único mês consomem infraestrutura sem resultar em incorporação efetiva de dados.

311. Cada rejeição implica um dado de regulação (uma solicitação de procedimento, um agendamento ou uma execução) não incorporado à RNDS. Essas requisições consomem recursos computacionais e de rede sem resultar em incorporação efetiva de dados. Se esses dados não forem corrigidos e reenviados, a lacuna de cobertura identificada no achado anterior é agravada, porque não apenas os entes sem sistema integrado deixam de enviar dados, como parte dos entes que tentam enviar tem seus dados rejeitados. Dessa forma, identifica-se uma dificuldade de caráter formal: dos dados que são enviados, mais de um terço é rejeitado por incompatibilidade entre os modelos de dados, e não há governança sobre o ciclo de correção.

312. A partir desse cenário, serão propostas deliberações direcionadas à Saes e Seidigi que objetivam reduzir a taxa de rejeição e assegurar a governança do fluxo de integração, com monitoramento sistemático das rejeições, intervenções técnicas junto ao MIDDLEWAREFHIR e ao Global Saúde, validações prévias na origem e aperfeiçoamento do mecanismo de responsabilização pela correção dos erros notificados.

313. Como benefício esperado, estima-se que a redução da taxa de rejeição de 34,9% para 17% representaria, no patamar atual de envios, uma economia mensal estimada em 9,2 milhões de requisições, com a correspondente redução do consumo de recursos computacionais e de rede. Embora não seja possível afirmar, na ausência de governança sobre o ciclo de correção, qual

Para verificar as assinaturas, acesse www.tcu.gov.br/autenticidade e informe o código 80486594.

parcela desses dados é efetivamente reenviada e incorporada à plataforma após ajustes, a redução estrutural da rejeição na origem ampliaria o potencial de incorporação efetiva à RNDS, contribuindo para a mitigação da lacuna de cobertura.

O modelo de dados de regulação da RNDS não impõe regras de validação cruzada entre seus campos, permitindo a persistência de inconsistências lógicas nos registros aceitos pela plataforma

314. Os dados de regulação efetivamente aceitos e armazenados pela RNDS apresentam inconsistências internas que comprometem sua confiabilidade para fins de gestão e monitoramento do Pate. A análise de 768.078.813 registros (janeiro/2018 a dezembro/2025) revelou incompatibilidades sistêmicas entre o *status* da solicitação e as datas associadas, logicamente impossíveis, aceitas pelo sistema, e ausência de mecanismos de detecção de anomalias. A inconsistência mais expressiva foi 96,6% de registros com *status* 'Agendado' e data de execução preenchida, o que indica ausência de atualização do *status,* após a realização do procedimento. Essa situação compromete análise de filas que dependa desse campo. O modelo de dados da RNDS valida o formato dos campos, no momento do ingresso, mas não realiza validação de consistência lógica entre eles. Registros formalmente corretos, porém, internamente contraditórios, são aceitos e armazenados.

315. O envio de dados deve seguir modelos padronizados com garantia de consistência e a RNDS deve assegurar a integridade e a auditabilidade dos dados armazenados (art. 3º e 4º e art. 9º e 10 do Decreto 12.560/2025). O Mira define os campos do registro de regulação, incluindo o 'Status da solicitação' (Portaria Conjunta Saes/Seidigi 3/2023), e o envio diário obrigatório dos dados deve utilizar esse modelo (Portaria GM/MS 6.656/2025). A Política Nacional de Regulação determina que os dados da regulação devem ser divulgados pelos entes, permitindo ao usuário acompanhar sua situação individual e ao controle social acompanhar aspectos gerais como filas e tempos de espera (Portaria GM/MS 9.262/2025). A cadeia normativa pressupõe que os dados armazenados na RNDS sejam internamente consistentes, fato que não se verifica na prática.

316. A análise examinou seis situações de consistência dos dados. A Tabela 14 sintetiza as principais inconsistências identificadas, com seus volumes e percentuais sobre a base de cálculo pertinente.

Tabela 14 - Síntese das inconsistências identificadas nos dados de regulação da RNDS (768.078.813 registros, jan/2018 a dez/2025)

Categoria	Indicador	Volume	% (base)
Status × Datas	Agendado COM data de execução	182.163.193	96,6% dos agendados
Status × Datas	Falta COM data de execução	27.741.994	97,3% das faltas
Status × Datas	Pendente COM data de execução	12.291.294	22,7% dos pendentes
Status × Datas	Atendido SEM data de execução	11.695.584	2,7% dos atendidos
Status × Datas	Agendado SEM data de agendamento	4.498.920	2,4% dos agendados
Datas inválidas	Execução anterior à solicitação	6.967.317	1,08% (c/ dt_exec)
Datas inválidas	Execução futura (> 31/12/2025)	1.103.793	0,17% (c/ dt_exec)
Sem desfecho*	Agendamento vencido há mais de 30 dias, sem execução	11.470.996	1,7% dos agendados

Para verificar as assinaturas, acesse www.tcu.gov.br/autenticidade e informe o código 80486594.

Sem desfecho	Atendido sem agendamento prévio	8.929.161	2,1% dos atendidos
Duplicidade	Paciente+procedimento em múltiplos municípios	678.661	0,35% das combinações

*Fonte: elaboração própria a partir de 96 arquivos parquet da RNDS (jan/2018 a dez/2025). Planilha Q3_Analise_Inconsistencias_RNDS.xlsx. Nota: * indício de falta de atualização.*

Inconsistência entre status e datas

317. A inconsistência de maior escala é a presença de data de execução em registros cujo *status* não deveria comportá-la. Foram identificados 182.163.193 registros com status 'Agendado' que possuem data de execução preenchida, correspondendo a 96,6% de todos os agendados. Na lógica do fluxo de regulação, a data de execução deveria existir apenas quando o procedimento fosse efetivamente realizado, o que corresponderia ao *status* 'Atendido/Internado'. O mesmo padrão se observa em registros com *status* 'Falta' (97,3% possuem data de execução) e 'Pendente' (22,7%). Esses volumes indicam que a grande maioria dos sistemas de origem não atualiza o *status* do registro após preencher a data de execução ou que o campo 'data de execução' é utilizado com semântica/significado diferente da esperada em parte dos sistemas.

318. Na direção inversa, 11.695.584 registros com *status* 'Atendido/Internado' não possuem data de execução (2,7% dos atendidos), indicando transição de *status* sem o registro da data correspondente. Adicionalmente, 4.498.920 registros com *status* 'Agendado' não possuem data de agendamento (2,4% dos agendados), com tendência de melhoria consistente de 5,6% em 2018 para 0,3% em 2025. Essas inconsistências demonstram que o modelo de dados aceita transições de *status* sem exigir o preenchimento dos campos temporais correspondentes e permite o preenchimento de campos incompatíveis com o *status* vigente.

319. Ademais, foram identificados 6.967.317 registros nos quais a data de execução é anterior à data de solicitação (1,08% dos registros com data de execução), a qual se trata de situação logicamente impossível, pois um procedimento não pode ser executado antes de ser solicitado. O volume cresceu consistentemente de 651 mil (2018) para 2,26 milhões (2024), com queda abrupta para apenas 1.521 registros em 2025, o que sugere correção recente nos sistemas de origem ou no modelo de dados. Adicionalmente, 1.103.793 registros apresentam data de execução posterior a 31/12/2025. Como a extração dos dados ocorreu nessa data, o registro de execuções futuras configura inconsistência. As demais anomalias de datas, a exemplo de solicitações futuras, datas remotas (anteriores a 2010), tempos de espera superiores a três anos, apresentam volumes residuais, inferiores a 0,1% da base.

320. Há, ainda, ausência de transição sequencial entre as etapas. Foram identificados 8.929.161 registros com *status* 'Atendido/Internado' sem data de agendamento prévio (2,1% dos atendidos), indicando que o modelo permite a transição direta de 'Pendente' para 'Atendido' sem passar pela etapa de agendamento. Embora isso possa ser justificável em casos individuais de urgência, o volume sugere que o padrão não se limita a exceções. A tendência, contudo, é de melhoria, pois essa inconsistência era de 4,9% em 2018 e foi reduzida para 0,1% em 2025. Da mesma forma, 11.470.996 registros possuem data de agendamento vencida há mais de 30 dias, sem data de execução e sem nenhum desfecho registrado (1,7% dos agendados), dos quais 85,8% estão com *status* 'Pendente'. Este *status* é inconsistente com a existência de data de agendamento, dado que um registro pendente ainda não deveria ter sido agendado.

321. Foram identificadas 678.661 combinações de mesmo paciente e mesmo procedimento presentes simultaneamente em filas de mais de um município, envolvendo 568.173 pacientes. O percentual é baixo (0,35% das combinações paciente-procedimento ativas em fila), mas apresenta tendência crescente: de 0,22% em 2018 para 0,53% em 2025. A grande maioria ocorre entre dois municípios (665.886 combinações), mas foram identificados casos extremos de um paciente registrado com o mesmo procedimento em 48 municípios e outro em 50, que sugerem erro de

Para verificar as assinaturas, acesse www.tcu.gov.br/autenticidade e informe o código 80486594.

cadastro ou uso de identificador genérico para testes. O modelo de dados não possui mecanismo para identificar ou alertar essas situações no momento do registro. Essa duplicidade, embora residual, tem implicação para a gestão de filas porque, se um paciente é contado em mais de uma fila para o mesmo procedimento, o dimensionamento agregado das filas fica superestimado.

322. Cabe ponderar que os percentuais individuais de várias inconsistências são baixos (inferiores a 3%), com exceção das incompatibilidades entre *status* e datas de execução (96,6% dos agendados e 97,3% das faltas). A força do achado reside menos nos percentuais isolados e mais no argumento estrutural com origem no fato de que o modelo de dados da RNDS não impõe regras de validação cruzada entre seus campos. É essa ausência de validação, e não cada inconsistência individualmente, que configura a deficiência. Os exemplos apresentados são ilustrativos, não exaustivos. Dessa forma, outras inconsistências, não investigadas nesta auditoria, podem existir. A tendência de melhoria observada em vários indicadores sugere que os sistemas de origem estão progressivamente corrigindo seus fluxos, o que reforça a viabilidade de se implementar validações na camada receptora da RNDS.

323. A causa central dessas inconsistências é a ausência de regras de validação cruzada no modelo de dados da RNDS. O Mira define os campos a serem preenchidos, mas não impõe relações lógicas obrigatórias entre eles. Essa deficiência de regras de consistência na camada de recepção permite que dados internamente contraditórios sejam aceitos e armazenados.

324. Cumpre registrar que o MS informou, em manifestação ao relatório preliminar, a atualização do Registro de Informações da Regulação Assistencial (RIRA), realizada em novembro de 2025, com regras de obrigatoriedade condicional de campos conforme o status da solicitação: as datas de agendamento e de execução e o identificador do estabelecimento executante não podem estar preenchidos quando o status for 'pendente'; a data de agendamento e o identificador do estabelecimento devem estar preenchidos quando o status for 'agendado'; e os três campos devem estar preenchidos quando o status for 'atendido/internado' ou 'falta'. Trata-se de iniciativa convergente com a abordagem progressiva proposta por esta auditoria, porém ainda incompleta em relação ao conjunto de validações recomendadas, pois não alcança regras que impeçam inconsistências lógicas entre datas (como data de execução anterior à data de solicitação) nem contempla mecanismos estruturais de alerta a gestores e centrais de regulação para situações anômalas.

325. Agrava o problema a diversidade de comportamento dos sistemas de origem. A multiplicidade de sistemas (Sisreg, e-SUS Regulação e sistemas próprios) resulta em interpretações divergentes sobre a semântica dos campos. Enquanto, para alguns sistemas, a data de execução registra a realização efetiva do procedimento, outros podem utilizá-la para registrar a data prevista ou programada. A RNDS, como plataforma receptora, não harmoniza essas divergências. O modelo realiza validação de formato no momento do ingresso (gerando rejeições HTTP 422 quando o formato é inválido, conforme explicado na seção anterior), mas não realiza validação de consistência lógica. Registros formalmente corretos, isto é, com campos preenchidos em formato válido, são aceitos mesmo quando apresentam contradições internas.

326. Essa situação compromete a confiabilidade dos indicadores calculados a partir da RNDS. Os tempos de espera para cirurgias eletivas, que seria uma métrica central do Pate, são calculados pela diferença entre a data de solicitação e a data de execução. Se 96,6% dos registros 'Agendados' possuem data de execução sem que o *status* reflita a realização, análises que filtrem apenas registros 'Atendidos' para calcular tempos de espera podem estar descartando uma massa expressiva de procedimentos efetivamente realizados. Da mesma forma, análises de dimensão de filas baseadas na contagem de registros com *status* 'Pendente' ou 'Agendado' podem incluir registros que, na realidade, já foram executados. A presença de datas logicamente impossíveis (execução anterior à solicitação) pode gerar tempos de espera negativos que distorcem médias e medianas, caso não sejam tratados antes da análise.

327. Há, igualmente, prejuízo à transparência perante o cidadão. Os dados de regulação devem ser divulgados, permitindo ao usuário acompanhar sua situação individual na fila (art. 38 da Portaria GM/MS 9.262/2025). Se os dados contêm inconsistências internas, a informação contida na RNDS

Para verificar as assinaturas, acesse www.tcu.gov.br/autenticidade e informe o código 80486594.

pode não corresponder à realidade, comprometendo a fidedignidade da rede como fonte de dados nacionais para transparência.

328. Nesse sentido, os estados e os municípios estão em estágios distintos de transparência dos dados de regulação. Por exemplo, projeto conjunto que incluiu o Ministério Público do Distrito Federal e Territórios e a Decretaria de Saúde do Distrito Federal criou o Mapa Social da Saúde. Trata-se de painel que usa o Sisreg como fonte de dados e divulga informações como filas, tempo de espera, solicitações pendentes e devolvidas para exames, consultas e cirurgias eletivas (https://paineis-ext.mpdft.mp.br/extensions/mapasauderegulamentacao/mapasauderegulamentacao.html). Essa iniciativa demonstra caminhos possíveis para o incremento da transparência no nível local (RODOVALHO, 2026).

329. Esse panorama, em conjunto com os demais do capítulo, forma um diagnóstico integrado sobre o ecossistema de dados de regulação da RNDS. Este terceiro achado revela uma lacuna de integridade, pois os dados que superam os dois filtros anteriores e são efetivamente aceitos contêm inconsistências internas que o modelo de dados não impede. A conjugação dos três achados relatados neste capítulo compromete estruturalmente a capacidade de avaliar os resultados do programa.

330. Diante do exposto, são propostas deliberações direcionadas à Seidigi e à Saes que visam aprimorar a consistência dos dados aceitos, com implementação progressiva de regras de validação cruzada. No primeiro momento, registros com inconsistências podem ser aceitos, mas sinalizados como inconsistentes, permitindo sua identificação e tratamento pelos gestores. Em estágio posterior de maturidade, a validação deve evoluir para impedir o aceite de registros com contradições lógicas, contemplando, a título exemplificativo, situações como a transição de *status* que requeira o preenchimento dos campos de data correspondentes, a restrição de preenchimento de campos incompatíveis com o status vigente, e a coerência entre o procedimento registrado e os demais campos do registro.

331. Os benefícios esperados dessas propostas indicam que a implementação progressiva de regras de validação cruzada no modelo de dados eliminaria, por extrapolação da média histórica, inconsistências em ordem de cerca de 22 milhões de registros por ano apenas nas incompatibilidades entre status e datas, sem prejuízo dos demais tipos identificados. Em conjunto, as medidas propostas neste capítulo possibilitarão a ampliação da base informacional, a redução do viés regional nas análises e o aperfeiçoamento progressivo da qualidade dos dados que sustentam avaliações úteis para a tomada de decisão sobre alocação de recursos, gestão de tempos de espera, o controle social e o controle externo.

ESTRUTURAS DE GOVERNANÇA E GESTÃO DO PROGRAMA

332. O presente capítulo tem o objetivo de responder se os processos e a estrutura de governança e gestão, alocação de recursos e monitoramento estão organizados de maneira a contribuir para uma implementação de qualidade da política pública.

333. Essa questão pretendeu avaliar os seguintes aspectos do programa: a) estruturas de coordenação; b) gerenciamento de riscos; c) estruturas de monitoramento e avaliação; d) disponibilidade de recursos para a implementação da política; e) monitoramento do desempenho da política.

334. Foi verificado que i) as estruturas de coordenação e de monitoramento e avaliação estão devidamente institucionalizadas, ii) o monitoramento do desempenho da política é realizado regularmente e iii) os recursos financeiros e orçamentários têm sido disponibilizados em quantidade suficiente para a implementação do programa. Apesar disso, constatou-se deficiência na transparência da execução orçamentário-financeira do componente cirúrgico do Pate, bem como ausência de gestão estruturada de seus riscos.

Para verificar as assinaturas, acesse www.tcu.gov.br/autenticidade e informe o código 80486594.

335. O núcleo da análise orçamentária-financeira que subsidia os achados está descrito nas próximas seções e o detalhamento acerca de testes de comparabilidade de valores por fontes de dados e aspectos adicionais podem ser consultados no Apêndice F, que congrega a análise em separado da execução orçamentário-financeira.

336. Em paralelo, este capítulo demonstra os demais exames conduzidos para subsidiar o Relatório de Fiscalizações em Políticas e Programas de Governo (RePP) que, embora não tenham se configurado como achado, contribuem para uma avaliação mais abrangente acerca da governança e gestão do componente cirúrgico do Pate.

Deficiência de transparência na execução orçamentário-financeira do componente cirúrgico do Pate e dos respectivos controles

337. Constatou-se, inicialmente, que não existia a adequada transparência na divulgação dos dados da execução orçamentária e financeira do componente cirúrgico do Pate, bem como dos controles sobre os acertos de contas realizados nos repasses para seu financiamento. Após a fase de execução da auditoria, o MS aperfeiçoou a transparência orçamentária, como será exposto mais adiante (par. 345).

338. A Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde (PNAES) tem, dentre suas diretrizes, a transparência e a eficiência na aplicação dos recursos de seu financiamento (artigo 4º, inc. XV, c/c artigo 33 da Portaria GM/MS 1.604/2023).

339. Os recursos aportados no programa, com exceção do previsto na Portaria GM/MS 2.336/2023, originado do Plano Orçamentário (PO) 000J, foram todos oriundos do PO 0005, relacionado ao Componente Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (Faec) (Portarias GM/MS 90/2023, 6.494/2024, 6.636/2025, 7.242/2025, 8.279/2025, 9.809/2025).

340. O Faec e o Componente Limite Financeiro da MAC constituem o bloco de financiamento da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar (art. 173 da Portaria de Consolidação 6/2017). A política ora analisada, desde sua instituição, tem previsão de dois tipos de repasses: i) um de natureza antecipada (o qual, em 2023, foi estabelecido a título de fomento) e ii) outro vinculado à apresentação prévia da correspondente produção (chamada de pós-produção). Essa parcela repassada antecipadamente deve ser compensada posteriormente com a produção apresentada, sob pena de dedução do saldo remanescente dos Tetos Financeiros de Média e Alta Complexidade (MAC) dos Estados, Municípios e Distrito Federal (artigo 8º, § 3º, inc. I, redação original, e inc. II, com redação alterada pela Portaria GM/MS 5.820/2024, c/c artigo 14 da Portaria GM/MS 90/2023; artigos 1º e 2º da Portaria GM/MS 2.336/2023 e artigo 1º da Portaria GM/MS 6.494/2024).

341. O funcionamento desse repasse antecipado exige um controle detalhado da produção física-financeira dos entes, a fim de realizar o encontro de contas e apurar eventuais saldos a serem compensados do teto MAC do ente correspondente. Nesse cenário complexo de processos de controle dos repasses financeiros do programa, observou-se que as páginas eletrônicas públicas do Ministério da Saúde (MS) não dispõem de painéis ou de outros instrumentos de transparência com nível de detalhamento necessário para que seja possível consultar o montante da produção física-financeira que tenha sido efetivamente financiada pelo programa, tampouco o encontro de contas dos repasses realizados antecipadamente com a correspondente produção.

342. Até abril de 2026, os repasses do programa eram majoritariamente originados do Faec, que constitui um plano orçamentário que agrega diversas ações e programas que não ficam individualizadas no Sistema Integrado de Planejamento e Orçamento (Siop). Por essa razão, era difícil monitorar a execução orçamentária do programa por meio desse sistema ou via dados disponíveis em painéis de acesso público. Esse procedimento foi alterado (par. 345).

343. Cumpre esclarecer que o MS informou que o recurso aprovado para o componente cirúrgico do Pate poderia englobar todo o PO 0005 - Ação Orçamentária 8585 (Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (Faec), tendo em vista que esses recursos poderiam ser remanejados entre as

Para verificar as assinaturas, acesse www.tcu.gov.br/autenticidade e informe o código 80486594.

diversas políticas e programas financiados pela pasta ministerial pelo Faec. Ademais, pontuou que realizava o controle e monitoramento dos recursos por meio do SIAFI por meio descrições contidas na nota de empenho e que a instituição do Plano Interno (PI) pelo MS acarretaria incremento relevante da sua complexidade operacional (Nota Informativa 1/2026-SPO/SE/MS e Despacho DRAC/Saes/MS).

344. Embora a forma de registro escolhida pelo MS não configure ilegalidade, ela reduzia a transparência orçamentária e limitava a efetividade do controle social, ao dificultar a rastreabilidade, a auditabilidade e a consulta aos recursos destinados ao programa. Considerando as limitações relatadas acerca da obtenção de dados da execução orçamentária e financeira do programa, para viabilizar a auditoria, foi necessário obtê-los mediante requisição ao MS.

345. Após a finalização do relatório preliminar da auditoria em abril de 2026, o MS informou que criou o Plano Orçamentário (PO) 000M - Custeio do Programa Agora Tem Especialistas na Média e Alta Complexidade, vinculado à Ação 8585 - Atenção à Saúde da População para Procedimentos em Média e Alta Complexidade, bem como da Unidade Gestora Responsável (UGR) 250958, com a finalidade de identificar e acompanhar o orçamento associado aos componentes ambulatorial e cirúrgico do Programa Agora Tem Especialistas, conforme demonstrado no Cadastro de Ações do Sistema Integrado de Planejamento e Orçamento (SIOP) e no extrato do SIAFI juntados ao processo. O uso do mecanismo de UGR, de forma complementar, foi justificado para facilitar a identificação da destinação de emendas parlamentares ao Programa, tendo em vista a impossibilidade de sua vinculação a planos orçamentários específicos do órgão setorial. Nesse sentido, a utilização isolada do PO seria insuficiente para a identificação integral dos recursos destinados ao Pate (Nota Técnica 7/2026-SPO/SE/MS).

346. O MS registrou que as despesas do Programa executadas no início do exercício à conta do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (Faec) se encontram em processo de reclassificação para o Plano Orçamentário específico, de modo a assegurar a adequada identificação e rastreabilidade da totalidade dos recursos.

347. No aspecto orçamentário, os dados disponibilizados pelo MS sinalizaram discriminação dos recursos sob as diferentes classificações primárias da despesa (Tabela 15).

Tabela 15 - Valores do componente cirúrgico do Pate empenhados por classificação primária da despesa em 2025

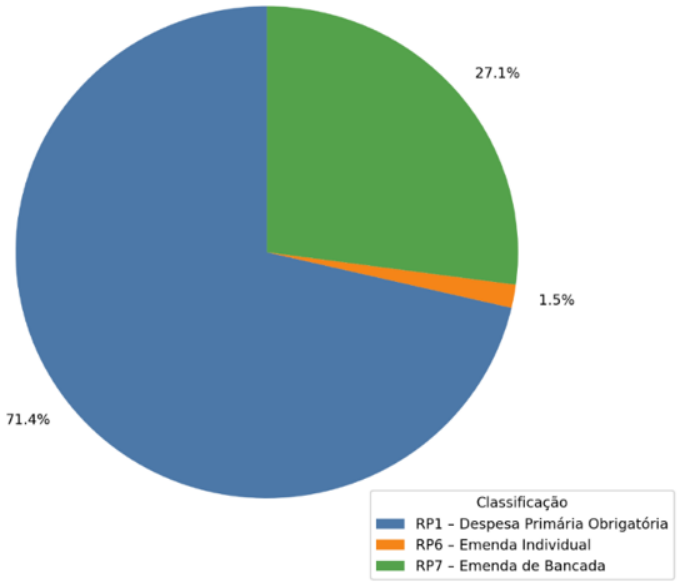
Panorama Orçamentário da Política Pública		
Classificação Primária da Despesa		**Valor Empenhado R$ (2025)**
Resultado Primário (RP) 0	Despesa Financeira	0
Resultado Primário (RP) 1	Despesa Primária Obrigatória	2.729.047.799
Resultado Primário (RP) 2	Discricionária Executivo Federal (Geral)	0
Resultado Primário (RP) 3	Discricionária Executivo Federal (PAC)	0
Resultado Primário (RP) 6	Emenda Individual	58.168.064
Resultado Primário (RP) 7	Emenda de Bancada	1.036.606.540
Resultado Primário (RP) 8	Emenda de Comissão	0
Total		**3.823.822.403**

Fonte: Dados fornecidos pelo MS (Planilha extracoes_orcamentarias___PNRF___Retificada.xlsx)

348. A partir desses dados, tem-se a seguinte distribuição percentual dos recursos empenhados em 2025 (Gráfico 25).

Para verificar as assinaturas, acesse www.tcu.gov.br/autenticidade e informe o código 80486594.

Gráfico 25 - Distribuição de recursos de despesa obrigatória e emendas parlamentares individuais e de bancada empenhados em 2025 no componente cirúrgico do Pate



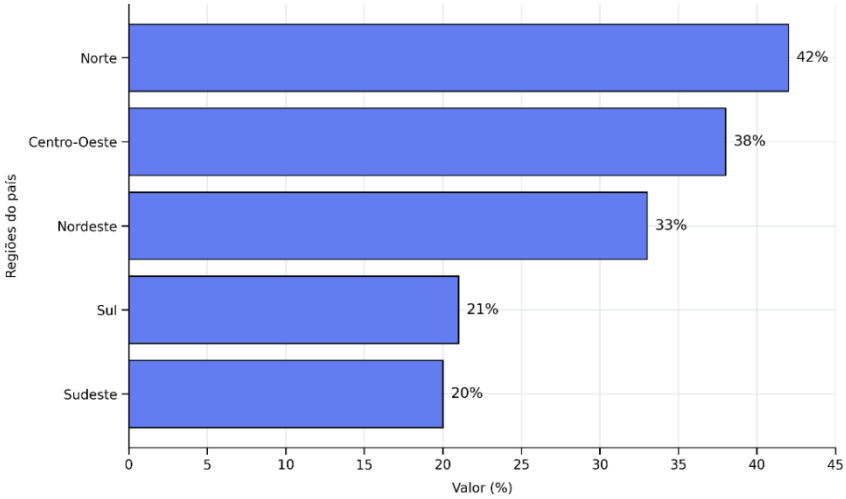
Fonte: elaboração própria a partir dos dados fornecidos pelo Ministério da Saúde na planilha juntada ao processo SEI 25000.131029/2025-20, documento SEI 0053536393, aba Panorama do arquivo extracoes_orcamentarias___PNRF___Retificada.xlsx)

349. Ao analisar o percentual dos recursos empenhados, é possível observar que a maior parte se trata de RP 1 (71,4%), que se refere à despesa primária de natureza obrigatória. Nesse sentido, o componente cirúrgico apresentou um financiamento majoritariamente planejado pelo executivo federal, o que reforça o caráter estratégico e prioritário do programa.

350. No entanto, o fato de aproximadamente 29% do financiamento ser derivado de emendas parlamentares individuais e de bancada representa um ponto de atenção, tendo em vista que esses recursos são variáveis e podem não se repetir nos exercícios subsequentes.

351. A análise mais detalhada desses recursos permitiu aferir os valores empenhados, por região, em 2025, em cada um dos tipos de recursos (RP1, RP6 e RP7), pela população estimada pelo IBGE enviada ao TCU. Ao se comparar o valor somado das emendas empenhadas em 2025 sobre o total de repasses, obtém-se o seguinte cenário (Gráfico 26).

Gráfico 26 - Relação percentual entre valores empenhados de emendas parlamentares individuas e de bancada sobre o total de recursos empenhados, por região, 2025



Para verificar as assinaturas, acesse www.tcu.gov.br/autenticidade e informe o código 80486594.

Fonte: elaboração própria a partir dos dados fornecidos pelo Ministério da Saúde na planilha juntada ao processo SEI 25000.131029/2025-20, documento SEI 0053536393, aba região e localizador do arquivo extracoes_orcamentarias___PNRF___Retificada.xlsx).

352. Esses dados indicam situação de atenção acerca do financiamento por região, sobretudo para as regiões Norte, Centro-Oeste e Nordeste, tendo em vista que possuem em 2025 índice de recursos empenhados no programa por via de emendas superior ao percentual nacional de aproximadamente 29%. Esse panorama pode indicar riscos de redução ou de descontinuidade das ações locais, pois os recursos alocados por emendas parlamentares possuem caráter discricionário.

353. Ao comparar as fases de empenho e pagamento em 2025, tem-se que 83,8% das despesas primárias obrigatórias foram pagas. Para emendas individuais, o patamar alcança 95,0%; em relação a emendas de bancada, os valores que cumpriram todos os estágios da despesa pública chegam a 86,3% (Apêndice A).

354. A série histórica do programa, que traz os recursos de RP1, consta da Tabela 16.

Tabela 16 - Série histórica das despesas do componente cirúrgico do Pate (2023-2025)

Ano	Recurso aprovado atualizado (Total Ação 8585 PO 0005 - Faec)		Empenhado (PNRF)			Liquidado (PNRF)		Pago (PNRF)	
	Valor	*% PIB*	*Valor*	*% em relação à dotação satualizada*	*% PIB*	*Valor*	*% em relação ao valor empenho*	*Valor*	*% em relação ao valor empenho*
2023	9.431.756.579	0,33	530.925.163	5,6	0,02%	529.797.288	99,8	529.797.288	99,8
2024	10.862.871.896	0,35	1.175.721.158	10,8	0,04%	817.051.802	69,5	817.051.802	69,5
2025	14.028.281.543	0,43	2.729.047.799	19,5	0,08%	2.287.750.830	83,8	2.287.750.830	83,8

Fonte: Dados fornecidos pelo Ministério da Saúde na planilha juntada ao processo SEI 25000.131029/2025-20, documento SEI 0053536393, aba série histórica do arquivo extracoes_orcamentarias___PNRF___Retificada.xlsx).

355. Como pontos de destaque, identifica-se uma expansão nos valores empenhados no triênio considerado. Entretanto, os percentuais de valores liquidados e pagos em relação ao empenhado sofreram queda significativa de 2023 para 2024, com recuperação em 2025.

356. Considerando a criação de novos mecanismos de transparência orçamentária pelo MS, torna-se dispensável a formulação de proposta de deliberação sobre essa questão, nos termos do inciso I, parágrafo único do art. 16 da Resolução TCU 315/2020, sem prejuízo de incluir a efetiva implementação desses controles por ocasião do monitoramento do Acórdão que vier a ser prolatado sobre esta auditoria.

Aspectos de execução financeira

357. Com vistas a aferir os valores efetivamente repassados a título do componente cirúrgico do Pate, foram realizadas pesquisas no sítio oficial do MS e contatos com a unidade auditada para esclarecimentos sobre os mecanismos utilizados para controle da execução financeira e da devida transparência do pagamento dos recursos.

358. Em primeiro lugar, foi identificado o painel Monitor de Produção do Componente cirúrgico do Pate - SUS 360 (https://sus360.saude.gov.br/#painel/componente-cirurgico). Essa plataforma apresenta dados sob a ótica de execução física e financeira. Entretanto, o MS esclareceu que o valor indicado no aludido painel não é o efetivamente repassado e sim o de equivalência financeira

Para verificar as assinaturas, acesse www.tcu.gov.br/autenticidade e informe o código 80486594.

correspondente à produção física identificada com o código do programa nas APAC e AIH, aprovadas segundo os critérios do SIA e do SIH e pelo gestor local. Essa produção pode ser ou não objeto de financiamento pelo componente cirúrgico do Pate. Assim, o valor financeiro exposto no painel não é, necessariamente, o total da produção efetivamente financiada por recursos federais.

359. O *dashboard* Painel Saldo Financeiro dos Gestores - Pate ambulatorial e cirúrgico foi publicado em 2026 e apresenta informações acerca de recursos antecipados, deduções aplicadas, saldos remanescentes e valores de pós-produção, apenas para 2025, nos níveis nacional e estadual, para produção dos componentes ambulatorial e cirúrgico (https://sus360.saude.gov.br/painel/saldo-gestor/. Acesso em 31/3/2026). Em que pese o avanço na disponibilização desses dados, as informações apresentadas não correspondem às do Painel SUS 360 e às do Painel do Fundo Nacional de Saúde (FNS), o qual será tratado a seguir. Adicionalmente, a exposição de recursos apenas de 2025 impede que esse painel seja considerado como base para análise histórica do financiamento do programa.

360. No painel do Fundo Nacional de Saúde, por sua vez, são expostas diversas iniciativas financiadas por repasses fundo a fundo (sítio https://investsuspaineis.saude.gov.br/extensions/CGIN_Painel_FAF/CGIN_Painel_FAF.html#GUIA_01, acesso em 23/3/2026). Ao fixar como filtros o ano, o programa (programa nacional de redução de filas de cirurgias eletivas e Faec - redução das filas de cirurgias eletivas) e o componente de atenção de média e alta complexidade, foi possível refinar a pesquisa e identificar recursos específicos repassados do componente cirúrgico do Pate. Nesse painel, entretanto, não estão expostos os acertos de contas realizados no âmbito do programa, bem como a identificação se o repasse foi relacionado à parcela de fomento ou de parcela única ou de pós-produção. Ademais, durante a auditoria, a opção de baixar a planilha correspondente aos referidos repasses, diretamente do painel, não estava disponível, condição que restringe o acesso à informação. Os dados que serão analisados a seguir foram obtidos mediante requisição ao MS.

361. Em virtude das inconsistências encontradas quando comparadas as bases apresentadas, o que compromete a auditabilidade do encontro de contas realizado sobre os repasses do programa, e da dificuldade de identificar de forma pública e transparente os encontros de contas realizados, desde a implantação do PNRF, foi decidido para a análise da execução financeira usar apenas uma fonte de dados.

362. A opção escolhida foi o painel do FNS. Apesar das limitações tratadas acima, essa ferramenta indica, além dos valores repassados, a ordem bancária (OB) relacionada ao processo de transferência de recursos, data e competência de pagamento e da própria OB, unidade federativa receptora e fundo receptor (se estadual ou municipal).

363. Ao utilizar como filtro o ano relacionado à competência da ordem bancária, a planilha retorna os seguintes valores brutos, por estado (Tabela 17).

Tabela 17 - Série histórica da execução financeira do componente cirúrgico do Pate no painel do Fundo Nacional de Saúde (2023-2025)

UF	2023 (R$)	2024 (R$)	2025 (R$)	Total Geral
AC	9.666.905,56	8.321.442,82	5.403.835,15	23.392.183,53
AL	5.902.324,50	31.945.822,01	2.425.809,95	40.273.956,46
AM	7.269.565,99	36.186.591,65	3.121.636,00	46.577.793,64
AP	825.791,60	5.088.610,79	529.576,52	6.443.978,91
BA	119.664.537,30	125.130.539,00	21.462.830,39	266.257.906,69
CE	13.690.263,10	105.081.212,26	23.804.894,07	142.576.369,43
DF	8.756.423,42	22.495.341,80	5.782.828,86	37.034.594,08
ES	15.882.933,36	34.647.890,16	960.956,31	51.491.779,83
GO	31.599.389,18	91.906.778,60	70.419.595,18	193.925.762,96
MA	30.396.633,11	59.651.876,30	17.228.050,50	107.276.559,91
MG	60.662.912,94	283.879.378,80	456.707.452,78	801.249.744,52
MS	3.215.359,99	27.716.073,47	103.450,40	31.034.883,86
MT	3.344.527,92	20.676.311,29	1.610.278,38	25.631.117,59

Para verificar as assinaturas, acesse www.tcu.gov.br/autenticidade e informe o código 80486594.

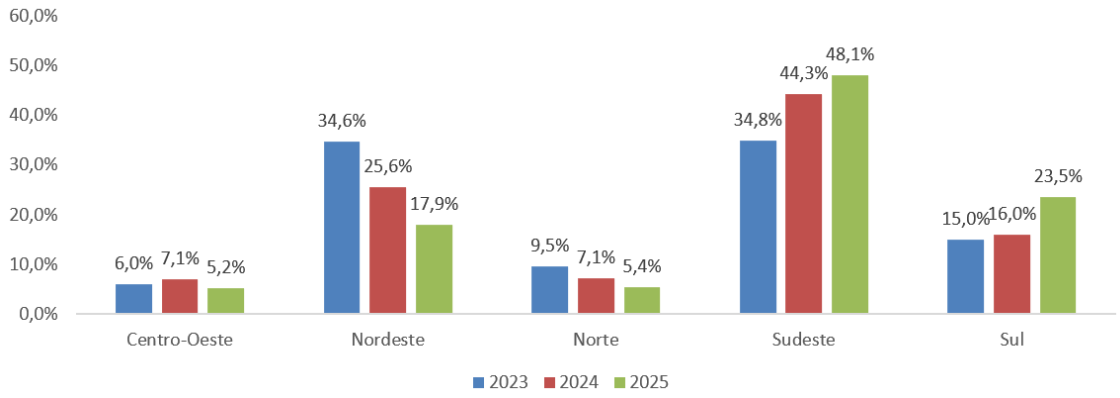
PA	37.107.336,67	79.017.193,60	40.331.653,48	156.456.183,75
PB	42.386.053,17	77.156.440,21	153.275.006,49	272.817.499,87
PE	28.217.675,46	101.605.656,56	26.657.276,71	156.480.608,73
PI	10.412.633,51	34.057.319,30	4.838.942,57	49.308.895,38
PR	21.287.600,17	109.139.060,63	59.804.198,28	190.230.859,08
RJ	83.622.088,39	207.002.605,43	93.087.121,69	383.711.815,51
RN	8.863.115,14	31.870.920,19	14.007.441,25	54.741.476,58
RO	1.701.948,33	17.699.723,20	7.316.744,24	26.718.415,77
RR	4.363.044,31	4.959.821,26	1.811.044,07	11.133.909,64
RS	19.478.771,62	91.118.033,69	55.141.628,59	165.738.433,90
SC	75.384.333,71	167.717.916,71	239.167.274,03	482.269.524,45
SE	9.433.176,13	22.790.592,37	6.742.424,70	38.966.193,20
SP	109.987.357,61	495.819.077,69	175.276.314,55	781.082.749,85
TO	13.192.391,14	12.909.844,29	22.976.119,61	49.078.355,04
Total	**776.315.093,33**	**2.305.592.074,08**	**1.509.994.384,75**	**4.591.901.552,16**

Fonte: Dados fornecidos pelo Ministério da Saúde por meio da Planilha base de dados pgto Programa Agora Tem Especialistas - Cirúrgico PNRF em 06032026.xlsx

364. Ao fixar o exercício de 2023 como ano base da análise, é possível verificar que ocorreu crescimento nos repasses de 197,0%, em 2024, e de 94,5%, em 2025. Ao comparar 2025 com 2024, é possível identificar queda de 34,5% no valor do financiamento.

365. Ao mudar o enfoque para repasses registrados por região do país (percentualmente), tem-se o seguinte cenário (Gráfico 27).

Gráfico 27 - Análise percentual da distribuição do repasse no componente cirúrgico do Pate por região (2023-2025)



Fonte: Elaboração própria a partir de dados fornecidos pelo Ministério da Saúde por meio da planilha base de dados pgto Programa Agora Tem Especialistas - Cirúrgico PNRF em 06032026.xlsx

366. Nesse sentido, verifica-se que as regiões Sudeste e Sul tiveram crescimento percentual do financiamento no decorrer dos anos, quando comparado com o valor total despendido para o programa em cada exercício. Por outro lado, Nordeste e Norte apresentaram retração percentual, enquanto para a região Centro-Oeste ocorreu um comportamento estável.

367. Identifica-se, ainda, que os valores de 2023 e 2024, nessa fonte de dados, são superiores aos estabelecidos nas portarias de fixação de recursos financeiros do componente cirúrgico do Pate e a aproximação desses valores ocorreria a título de encontro de contas (descontos), consoante esclarecimentos do MS. No entanto, em virtude das limitações de transparência dos controles sobre a execução financeira já relatadas, a avaliação precisa dos valores líquidos repassados ficou

Para verificar as assinaturas, acesse www.tcu.gov.br/autenticidade e informe o código 80486594.

comprometida.

368. Dito tudo isso, é possível concluir que a insuficiência de transparência dos controles realizados sobre os repasses financeiros do programa decorre da ausência de divulgação pública do encontro de contas realizado quanto a recursos repassados aos entes federativos, com indicação da apuração dos valores. Além disso, piora a falta de transparência o fato de o Departamento de Regulação Assistencial e Controle (DRAC) não incluir, no painel monitor de produção (SUS 360), o correspondente financeiro efetivamente pago pela produção aprovada, mas tão somente o valor financeiro correspondente às AIH e APAC aprovadas pelo programa.

369. Verifica-se, como efeitos da situação encontrada, a dificuldade de avaliar a contribuição do programa para o aumento do acesso à AES em relação aos recursos despendidos pelo MS.

370. Em face de todo o exposto, propõe-se determinação ao MS, com base no artigo 8º da Lei 12.527/2011 c/c artigo 7º, § 3º, inc. III e IV do Decreto 7.724/2012 e artigo 48, §1º, inc. II, da Lei Complementar 101/2000, que estabeleça, no prazo de 120 dias, rotina de monitoramento e meio de divulgação da efetiva execução financeira do componente cirúrgico do Pate, incluindo a produção física efetivamente financiada, acertos de contas de recursos a conta do Faec e de alocação de recursos de emendas parlamentares durante todo o curso do programa, incluindo o PNRF, com as devidas notas explicativas de campos, data de extração dos dados e fontes dos dados.

371. Espera-se que o encaminhamento proposto contribua para o incremento da transparência da execução físico-financeira do programa, com aperfeiçoamento do monitoramento e da avaliação do programa, abrangendo dados mais fidedignos da execução físico-financeira, com o fortalecimento da capacidade de planejamento e gestão, de modo a proporcionar maior precisão para as informações que subsidiam o processo orçamentário no Congresso Nacional.

O processo de gestão de riscos do PNRF e das políticas públicas que o sucederam não é realizado de forma estruturada

372. O processo de gestão de riscos do PNRF e das políticas públicas que o sucederam (atualmente componente cirúrgico do Pate) não é realizado de forma estruturada, apesar da materialidade dos recursos repassados e do grande número de agentes envolvidos em sua execução nos três níveis de governo e no setor privado de saúde, prestador de serviços ao SUS.

373. A alta administração das organizações da administração pública federal direta deverá estabelecer, manter, monitorar e aprimorar o sistema de gestão de riscos e controles internos, com o objetivo de identificar, avaliar, tratar, monitorar e analisar de forma crítica os riscos que possam impactar a implementação da estratégia e dos objetivos da organização no cumprimento de sua missão institucional (artigo 17 do Decreto 9.203/20217 c/c Instrução Normativa Conjunta MP/CGU 1, de 10 de maio de 2016).

374. A gestão de riscos serve para identificar e entender os riscos e manter as instâncias responsáveis informadas, para que as respostas aos riscos sejam apropriadas (BRASIL, 2020, p. 71). O propósito da gestão de riscos é criar e proteger valor. Além disso, ela melhora o desempenho, encoraja a inovação e apoia o alcance de objetivos (ABNT, 2018, p. 8). Conforme restou consignado no relatório do Acórdão 1.764/2025-TCU-Plenário (Relator Ministro Jhonatan de Jesus), que tratou de auditoria operacional do Programa Mais Médicos, as áreas técnicas do MS são orientadas a promover o gerenciamento de riscos, segundo o que está estabelecido no Plano de Gestão de Riscos

375. Apesar da relevância do tema e do componente cirúrgico do programa ser executado de forma descentralizada, por milhares de entes executores, com participação interfederativa intensa e envolvimento de repasses acima de R$ 4,3 bilhões de 2023 a 2025 (dados obtidos no painel do FNS - sítio https://investsuspaineis.saude.gov.br/extensions/CGIN_Painel_FAF/CGIN_Painel_FAF.html, acesso em 3/3/2026), não houve, até março de 2026, estruturação de um processo de gestão de

Para verificar as assinaturas, acesse www.tcu.gov.br/autenticidade e informe o código 80486594.

riscos do programa.

376. O Ministério da Saúde (MS) tem sua Política de Gestão de Riscos (PGR) institucionalizada, a qual estabelece o plano de gestão de riscos como um documento que aborda os processos definidos como prioritários, para o gerenciamento de riscos, no período subsequente (artigo 2º, inc. V, da Portaria GM/MS 10.220/2026).

377. Adicionalmente, a PGR deve ser integrada ao planejamento institucional e às políticas sob sua responsabilidade (artigo 5º, inc. I da Portaria GM/MS 10.220/2026), condição que poderá ser concretizada mediante o plano de gestão de riscos, que estabelece quais processos serão prioritários a passar pelo gerenciamento de riscos da instituição.

378. O MS informou que o Pate constava no Plano de Gestão de Riscos do Ministério da Saúde 2025/2026, mas, ainda, não tinha sido especificada a abrangência do referido processo de gerenciamento de riscos (Despacho CGGR/AECI/MS, SEI 0052728546). Adicionalmente, foi informado que, apesar da definição e validação dos temas (políticas, programas, estratégias etc.) que devem compor o plano, no âmbito da estrutura de governança da gestão de riscos do MS (Comitê de Gestão de Riscos - CGR e Comitê Estratégico de Governança - CEG), e já existir início de alguns processos de gerenciamento de riscos de alguns temas, o Plano de Gestão de Riscos do Ministério da Saúde 2025-2026 ainda estava em processo de elaboração.

379. As informações apresentadas demonstravam que o MS ainda estava estruturando seu Plano de Gestão de Riscos, no qual estava contemplado o Pate, sem, entretanto, estar estabelecida a abrangência do processo de gerenciamento de riscos.

380. Em abril de 2026, na fase de apresentação de comentários dos gestores, o MS apresentou o Plano de Gestão de Riscos do Ministério da Saúde 2025-2026, em que o Pate aparece como um dos temas a serem gerenciados. No entanto, o MS ponderou que o processo de gerenciamento de riscos do Pate ainda não havia sido formalmente iniciado, apesar de o cronograma do Plano prever que seu início deveria ter ocorrido em dezembro de 2025. Esclareceu que o Gestor de Processo (GP) deveria aplicar a metodologia de gestão de riscos do Ministério da Saúde nos processos sob sua responsabilidade (Inciso II, Art.12, Portaria GM/MS 10.220/2026). Isso significa que competiria à Secretaria de Atenção Especializada à Saúde (Saes) a execução do processo de gerenciamento de riscos, com o assessoramento da AECI e com a coordenação e o monitoramento da CORISC/Saes. (Despacho CGGR/AECI/MS, de 24/4/2026).

381. A falta de implementação do processo de gestão de risco do componente cirúrgico do Pate gera prejuízos à governança e à gestão do programa, com potencial comprometimento dos resultados pretendidos e possibilidade de impacto negativo sobre a qualidade dos serviços de saúde prestados aos cidadãos. Ademais, a inexistência de gestão de riscos estruturada, baseada em avaliação da probabilidade de ocorrência e dos possíveis prejuízos da ocorrência de eventos contrários ao alcance dos objetivos do programa, prejudica o desenho eficaz de controles internos e a consequente eficiência na adoção de providências para reduzir a probabilidade de ocorrência de eventos adversos e de medidas para reduzir as repercussões negativas desses fatos, caso venham a ocorrer.

382. Essa condição se desenha num cenário em que se está diante de um programa que faz gestão de uma política de saúde de alta relevância, visto que trata da realização de procedimentos cirúrgicos eletivos da média e alta complexidade em todos os entes da Federação e envolve repasses financeiros da ordem de bilhões de reais.

383. Portanto, a Política de Gestão de Riscos, apesar de vigente, encontra-se pendente dos processos que serão implementados, por meio dela, para o gerenciamento dos riscos das políticas, dos programas e das estratégias eleitas como prioritárias pelo Ministério. Ou seja, enquanto essa lacuna não for resolvida, ter-se-á um sistema de gestão de riscos inapto a identificar e fazer a gestão dos riscos que possam impactar os programas eleitos como prioritários pelo MS, dentre eles, o Pate.

384. Sendo assim, propõe-se determinar à Secretaria de Atenção Especializada à Saúde, com fundamento no inc. I, art. 10, inc. V do art. 26, Anexo I do Decreto 11.798/2023 e inc. II do art. 9º

Para verificar as assinaturas, acesse www.tcu.gov.br/autenticidade e informe o código 80486594.

e inc. II, art. 12 da Portaria GM/MS 10.220/2026 que, no prazo de 60 dias, resolva qualquer pendência interna necessária e inicie a execução do processo de gestão de riscos do componente cirúrgico do Pate, conforme previsto no Plano de Gestão de Riscos do ministério e em cumprimento ao artigo 17 do Decreto 9.203/2017.

385. Com a implementação dessa determinação, espera-se que seja viabilizada a implementação de um processo estruturado de gestão de riscos no componente cirúrgico do Pate, o que vai possibilitar a identificação de riscos relevantes no programa, para subsidiar a instituição de controles internos aptos a tratar os riscos identificados. Tais medidas terão o potencial de aperfeiçoar a governança e a gestão da política, contribuindo para o alcance dos objetivos do programa.

Demais aspectos da governança e da gestão: estruturas de coordenação, de monitoramento e avaliação; disponibilidade de recursos para implementação da política e monitoramento do desempenho do programa

386. Sobre as estruturas de coordenação, monitoramento e avaliação, observou-se que estão devidamente institucionalizadas, com definição de atuação de cada estrutura em portaria, conforme explicado no item Governança do Pate, dentro da Visão geral do Programa (par. 35 a 39).

387. Sabe-se que o déficit de médicos, em certas especialidades e regiões, é fator limitante importante da oferta de serviços de AES (SCHEFFER, 2025), condição que fundamentou o lançamento do Projeto Mais Médicos - Especialistas (PMM-E). O programa tem, dentre seus objetivos, a promoção de maior equilíbrio na oferta de médicos especialistas em todo o território nacional, por meio de provimento em áreas com déficit de especialistas. A carência de recursos humanos é uma das causas do problema tratado por este programa, o que sinaliza haver insuficiência de recursos humanos para implementação do Pate.

388. No que se refere aos recursos físicos, o programa Novo PAC Saúde tem o objetivo de aperfeiçoar a infraestrutura da atenção especializada (Portaria GM/MS 6.640/2025), com potencial reflexo sobre a capacidade de oferta de serviços pelo Pate. No entanto, não é possível afirmar que, devido à existência desse programa, estão sendo atendidas as condições de infraestrutura necessárias para a implementação do programa ora analisado.

389. A insuficiência de equipamentos diagnósticos e terapêuticos na rede pública é documentada. Por exemplo, o Atlas da Radiologia no Brasil 2025, elaborado com base em dados oficiais do MS e da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), aponta que o país dispõe de apenas 1,69 equipamentos de ressonância magnética e 3,38 tomógrafos por 100 mil habitantes, com desigualdade acentuada entre a rede pública e a privada. Por exemplo, o acesso a exames de ressonância magnética é 13,13 vezes maior entre beneficiários de planos de saúde do que entre usuários do SUS (COLÉGIO BRASILEIRO DE RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM, 2025). Dados obtidos no sítio https://www.gov.br/casacivil/pt-br/novopac/saude/atencao-especializada, acesso em 23/2/2026, demonstram que muitas soluções financiadas pelo Novo PAC Saúde, inclusive para radioterapia, ainda estão em andamento. Das 3.303 iniciativas do Novo PAC Saúde, apenas 1.435 estavam concluídas (43%). Pode-se concluir, portanto, que a disponibilidade de recursos físicos para a implementação do programa é insuficiente.

390. Quanto aos recursos tecnológicos, a exposição de motivos da MP que instituiu o programa, o qual incorporou a política objeto da presente análise, reconhece que o Sistema de Informação do SUS precisa de aperfeiçoamentos, inclusive, para conseguir demonstrar o estado atual das filas no atendimento de especialidades. Para implementar tal objetivo, foi publicada a Portaria Conjunta Saes/Seidigi 3, de 18/4/2023, que instituiu o Modelo de Informação da Regulação Assistencial, conforme tratado no Capítulo 5 deste relatório.

391. Segundo dados obtidos de questionário enviado aos estados (25 das 27 UF enviaram respostas), apenas sete utilizam Sisreg para regular suas cirurgias; 16 utilizam sistema próprio de regulação e um utiliza sistemas diversos a depender do tipo de procedimento e um não utiliza sistema informatizado. Assim, pode-se entender que, pelo menos, 17 UF do país utilizam sistema

Para verificar as assinaturas, acesse www.tcu.gov.br/autenticidade e informe o código 80486594.

informatizado não Sisreg para regular seus procedimentos.

392. Para centralizar tais dados, precisa haver sua transferência para a RNDS (Rede Nacional de Dados em Saúde), que faz a interoperabilidade desses dados. Levantamento desta auditoria constatou que os dados de filas de cirurgia, em sua maioria, ainda não estão centralizados no RNDS (cerca de 10,4% das cirurgias do rol do Pate estavam na RNDS, em 2024, Capítulo 5).

393. A cobertura dos dados de cirurgias do rol do Pate na RNDS e no Sisreg hospitalar, em 2024, foi da ordem de 18,3% (Planilha Q3_cobertura_cirurgica_consolidado_v2.xlsx). Portanto, menos de 1/5 dos dados de cirurgias do rol do programa estavam centralizados, em 2024, nos sistemas do Ministério da Saúde (MS), que foram criados para garantir um sistema de informação mais transparente e confiável, conforme destacado na exposição de motivos da MP 1.301/2025. Como tal percentual ainda está muito distante da cobertura necessária para um adequado processo de gestão da fila de cirurgias eletivas, entende-se que a disponibilidade de recursos tecnológicos para a implementação do programa é insuficiente.

394. Por fim, quanto ao monitoramento da política, o MS informou, no despacho CGGR/AECI/MS - SEI 0052728546, que i) faz coleta periódica de dados, de produção e de execução financeira, pelo menos bimestral; ii) alimenta tais dados, em planilhas e painéis, a exemplo do Sistema de Planejamento e Monitoramento do Ministério da Saúde (Siplam), que permitem o acompanhamento da execução das metas físicas e financeiras; iii) avalia os resultados em ciclos regulares de monitoramento, alinhados ao calendário de acompanhamento do PPA e aos instrumentos de planejamento setorial.

395. Adicionalmente, noticiou que os monitoramentos da política objeto de análise desta auditoria foram registrados em relatórios e apresentações técnicas elaborados em conjunto com as áreas finalísticas, a exemplo do Relatório dos Indicadores do PNRF (que pode ser obtido no sítio https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/e/enchentes/relatorios/2024/relatorio-dos-indicadores-do-pnrf-fev-a-nov-2024.pdf/view, acesso em 22/3/2026), bem como em painéis de monitoramento, a exemplo do i) painel SUS 360 - Programa Agora Tem Especialistas: https://sus360.saude.gov.br/#painel/componente-ambulatorial; ii) do InvestSUS - Programa Agora Tem Especialistas: https://investsuspaineis.saude.gov.br/extensions/CGIN_PMAE/CGIN_PMAE.html#; iii) da Sala de Apoio à Gestão Estratégica (Sage) - Agora tem Especialistas - Componente Cirurgias: https://novasage.saude.gov.br/politicas-programas-projetos-estrategias-eacoes/agora-tem-especialistas-componente-cirurgias?tab=67fd1ed5ec09060001d8afb5.

396. Esse último painel permitia acompanhar indicadores do programa, mas encontrava-se desativado em março de 2026, porque, segundo informações prestadas pelo ministério, está havendo revisão dos indicadores da política ora auditada.

397. Em razão disso, no momento, não há um painel de acesso público disponível que apresente os resultados atuais dos indicadores do Pate relacionados ao componente de cirurgias. O painel do SUS 360, que continua disponibilizando dados públicos do programa, apresenta informações de produção física e financeira, mas não traz a evolução dos indicadores do programa, como o da Sage fazia.

398. Apesar da falta de um painel de acesso público ativo de monitoramento atualizado dos indicadores do programa, no momento da elaboração deste relatório, considera-se, por todos os dados levantados, que o programa é monitorado regularmente em seu desempenho. Por fim, as análises detalhadas, por item de verificação, da matriz de planejamento e do quadro sintético da política do Relatório de Fiscalização de Políticas e Programas de Governo (RePP) referente ao componente cirúrgico do Pate constam nos Apêndices C, D e F.

RESULTADOS DO COMPONENTE CIRÚRGICO

399. O presente capítulo tem o objetivo de responder se o componente cirúrgico do Pate tem

Para verificar as assinaturas, acesse www.tcu.gov.br/autenticidade e informe o código 80486594.

alcançado os objetivos e metas estabelecidos, segundo os indicadores do programa.

400. Para responder a essa pergunta, avaliaram-se os indicadores do programa, os quais permitem apurar apenas as dimensões de eficácia e eficiência do programa. Não foi possível, entretanto, fazer qualquer inferência sobre a efetividade do componente, que diz respeito ao alcance dos resultados pretendidos, a médio e longo prazo (BRASIL, 2020a, par. 23), pois não há monitoramento de nenhum indicador para essa finalidade.

O componente cirúrgico do Pate não dispõe de indicadores que permitam aferir sua efetividade no curto, médio e longo prazos

401. Destaca-se inicialmente que indicador é 'instrumento gerencial que permite a mensuração de desempenho de programa em relação à meta declarada' (artigo 2º, inc. III, da Lei 13.971/2019, que instituiu o PPA 2020-2023).

402. É possível construir indicadores de eficácia, eficiência e efetividade, a partir do modelo lógico, sendo os indicadores de eficiência, aqueles que dizem em que medida os recursos utilizados para gerar um produto estão sendo otimizados ou desperdiçados, seja por falhas nos insumos ou nos processos; os de eficácia demonstram se os produtos foram entregues no prazo fixado; por fim, os de efetividade dizem se os resultados mais importantes da política estão ocorrendo e em qual prazo (BRASIL, 2018, p. 103).

403. A construção dos indicadores é importante para que a política pública possa ser posteriormente avaliada. Assim, o desenho da política pública já deve prever elementos para que ela possa ser posteriormente avaliada, com previsão de indicadores objetivos que permitam avaliar as dimensões de eficácia, eficiência e efetividade (BRASIL, 2020c, p. 53).

404. A efetividade refere-se à relação entre os resultados do programa sobre a população-alvo (impactos observados) e os objetivos pretendidos (impactos esperados), traduzidos pelos objetivos finalísticos da intervenção (BRASIL, 2020a, par. 23). Trata-se, portanto, da verificação da mudança da realidade anterior à implementação da política pública, verificada por meio da alteração dos problemas tratados pela política pública (BRASIL, 2020c, p. 99).

405. O problema a ser tratado pela política pública objeto de análise são os elevados tempos de espera para se conseguir acesso aos procedimentos cirúrgicos eletivos na AES. Portanto, a mudança da realidade esperada com a implementação do programa é o aumento do acesso da população aos procedimentos cirúrgicos eletivos, com a consequente redução do seu tempo de espera. Esse indicador, entretanto, apesar de ter seu monitoramento prescrito (artigo 23, inc. I, da Portaria GM/MS 7.266/2025), ainda não está sendo calculado pelo MS, sob a alegação de não haver disponibilidade desses dados em sistemas públicos mantidos pelo Ministério, apesar da determinação legal para tal (artigo 47-A, caput, da Lei 8.080/1990, alterada pela Lei 7.266/2025) (Capítulo 5).

406. O Grupo de Trabalho Tripartite de Atenção Especializada da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) discutiu e pactuou os seguintes indicadores para monitoramento e avaliação do programa:

i) número de cirurgias realizadas pelo programa;

ii) percentual de execução física em relação ao planejado - para seu cálculo, é preciso medir a quantidade de cirurgias previstas na programação da UF, pois se trata da razão entre o que foi executado pelo programa com o que foi programado;

iii) percentual de execução financeira do recurso federal disponibilizado - calculado por meio da razão entre o que foi executado financeiramente por meio do programa e o que foi autorizado de repasse, por meio de portaria;

iv) taxa de expansão de cirurgias eletivas - mede a relação entre o número realizado de cirurgias eletivas do rol do programa de um exercício em relação ao anterior.

Para verificar as assinaturas, acesse www.tcu.gov.br/autenticidade e informe o código 80486594.

407. Além desses indicadores, no PPA 2024-2027, há previsão do percentual de redução de filas de espera das cirurgias eletivas da AES, que mede a razão da produção física do programa em relação às filas declaradas pelas UF em suas programações. No Plano Nacional de Saúde 2024-2027, o indicador previsto é a taxa de expansão de cirurgias eletivas, já pactuado no GT da CIT (iv).

408. Ao analisar tais indicadores, seguindo os conceitos adotados no Guia Prático de Análise *ex-ante*, mencionados anteriormente, entende-se que, com exceção do percentual de execução financeira, todos eles medem a dimensão de eficácia, pois aferem entrega de produto, dentro de determinado prazo. Assim ocorre com número de procedimentos cirúrgicos realizados, percentual de execução física em relação ao planejado, taxa de expansão de cirurgias e percentual de redução de filas. Este último tem dimensão de eficácia porque avalia o quanto a produção do exercício conseguiu atender a fila apresentada pelas UF nas programações encaminhadas ao MS. Se esse indicador captasse a dinâmica das filas e pudesse dimensionar sua evolução de modo a permitir aferir o acesso do usuário aos procedimentos cirúrgicos eletivos, teria dimensão de efetividade, visto que estaria voltado à situação-problema que o programa pretende tratar.

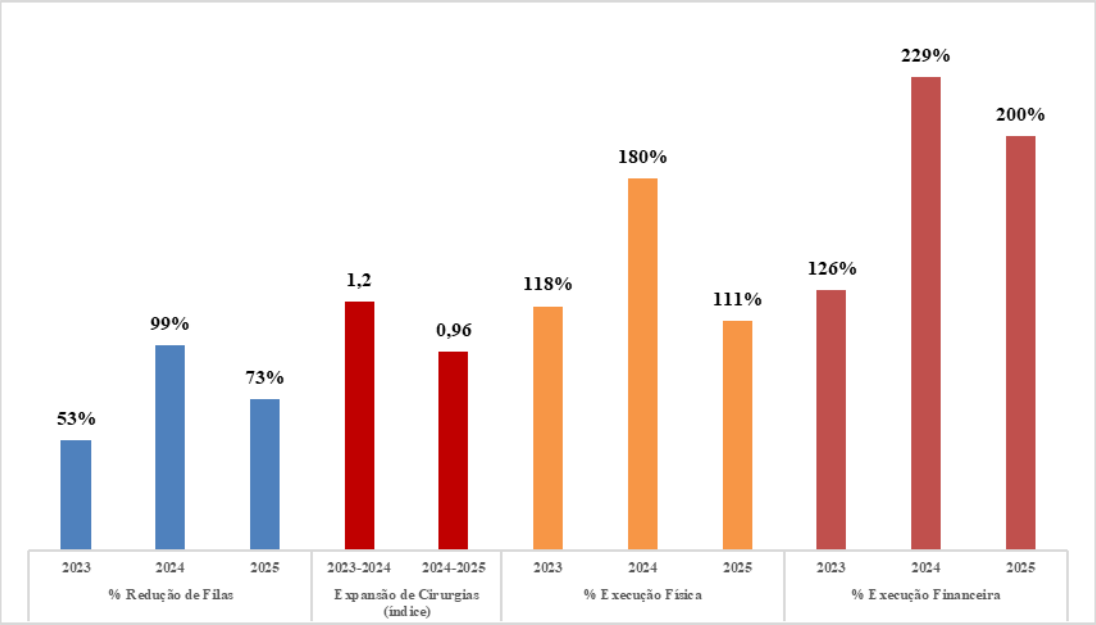
409. Quanto ao percentual de execução financeira do recurso federal disponibilizado, há possibilidade de sua medida aferir eficiência do programa, se for comparado com os resultados obtidos, a exemplo de número de cirurgias realizadas, percentual de execução física em relação ao planejado.

410. Assim, na lista de indicadores adotados para monitorar o componente cirúrgico do Pate, há apenas indicadores que permitem avaliar o programa nas dimensões da eficácia e eficiência. Não foi desenvolvido nenhum indicador para aferir a dimensão de efetividade, ou seja, não há qualquer ferramenta previamente desenvolvida que permita aferir se os resultados alcançados estão promovendo mudanças ou não na situação-problema que a política pretende tratar.

411. Em relação aos indicadores disponíveis, foram utilizados dados de filas, de programação e produção de cirurgias eletivas do rol do programa, fornecidos pelo Ministério da Saúde (MS) em março de 2026 (Planilha Histórico de produção por estado 2019-2025 e Planilhas de programação de cirurgias 2023, 2024 e 2025), de produção física e financeira do programa, obtidas no painel SUS 360 (acesso em 6/3/2026) e de repasses autorizados nas Portarias GM/MS 90/2023, 2.336/2023 e 8.279/2025. Os dados foram analisados a fim de avaliar os resultados neles obtidos, ao longo do tempo (análise detalhada encontra-se no item 7.1.2 do Apêndice C). Como se pode verificar no Gráfico 28, é possível dizer que o componente cirúrgico alcançou a meta estabelecida de redução de 60% no percentual de redução de filas, tanto em 2024 quanto em 2025. Em relação à taxa de expansão de cirurgias, praticamente atingiu a meta de 1,21 da Programação Anual de Saúde (PAS) de 2024. Por outro lado, em 2025, com os dados obtidos até março de 2026, está distante da meta de 1,25 definida na PAS 2025. Importante mencionar que os dados de produção de cirurgias podem sofrer ajustes até o fechamento definitivo dos lançamentos no SIH e SIA. Os percentuais de execução física e financeira, por sua vez, ultrapassaram a meta de 100% em todos os anos.

Gráfico 28 - Resultado dos indicadores do componente cirúrgico do Pate, Brasil, 2023 a 2025

Para verificar as assinaturas, acesse www.tcu.gov.br/autenticidade e informe o código 80486594.



Fonte: elaboração própria (Planilha ANÁLISE PROGRAMAÇÃO X FILA X PRODUÇÃO PARA RELATÓRIO.xlsx), a partir de dados fornecidos pelo MS (planilha Histórico de produção por estado 2019-2025 e planilhas de programação de cirurgias 2023, 2024 e 2025) e obtidos no painel SUS 360 (extração em 6/3/2026).

412. Quando se avaliam esses indicadores por região geográfica (Gráfico 29), observa-se que, em 2024, apenas o Centro-Oeste não atingiu a meta de 60% de redução de filas (47%) e a Região Sul foi a que alcançou maior destaque (202%). Em 2025, com os dados obtidos até março de 2026, apenas o Sudeste está abaixo da meta (47%) e novamente a Região Sul teve o maior resultado (143%).

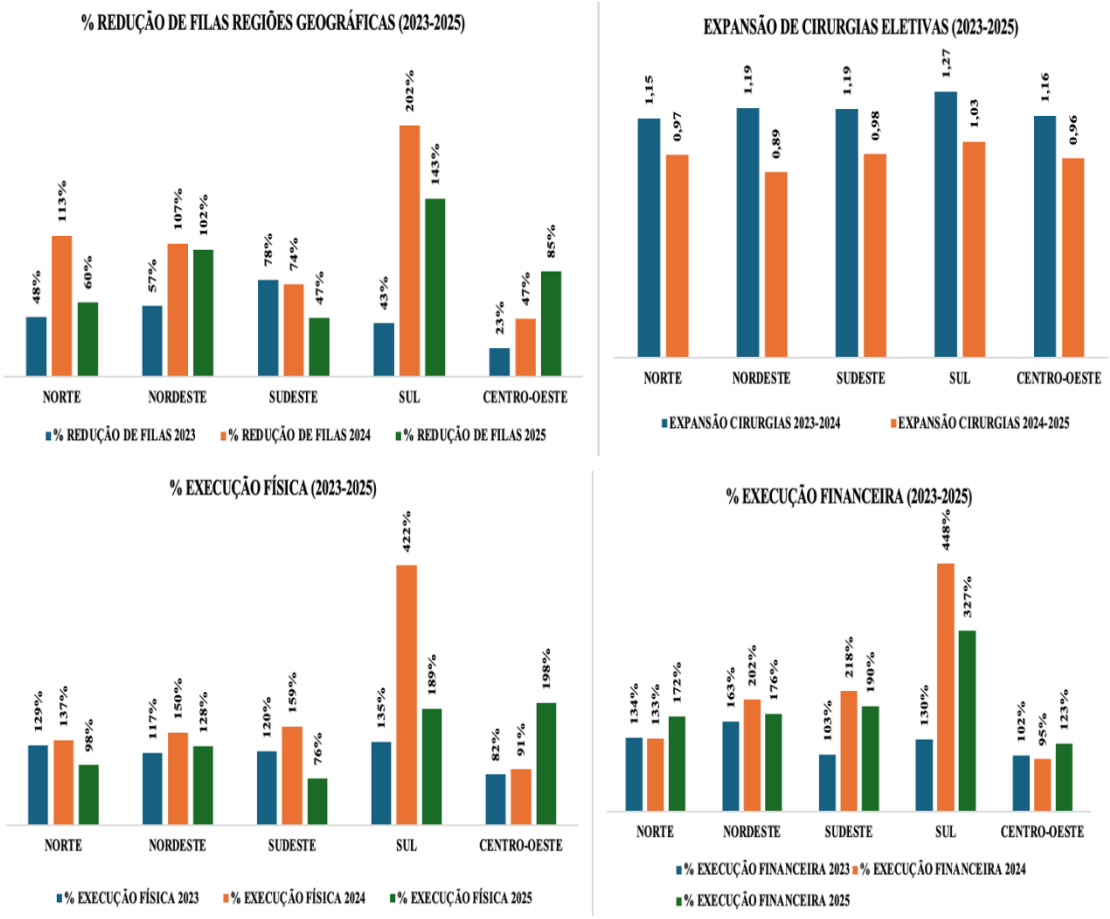
413. Na expansão de cirurgias eletivas do rol do programa, em 2024, todas as regiões produziram mais do que em 2023. Em 2025, com base nos dados de março de 2026, apenas a Região Sul está apresentando produção acima da que obteve em 2024. As demais estão com resultados próximos do exercício anterior, com exceção do Nordeste que está com índice de 0,89.

414. No percentual de execução física, em 2024, apenas o Centro-Oeste ficou com resultado de produção abaixo do programado (91%) e a Região Sul foi a que teve maior percentual (422%). Em 2025, Norte está bem próximo da meta (98%). Nordeste, Sul e Centro-Oeste superaram os 100%, com destaque para o Centro-Oeste (198%). O Sudeste, está distante de atingir a programação (76%).

415. Quanto ao percentual de execução financeira, em 2024, apenas o Centro-Oeste ficou abaixo de 100% (95%), com a Região Sul tendo apresentado maior resultado (448%). Em 2025, todas as regiões ultrapassaram 100%, com destaque, mais uma vez, para o Sul (327%).

Gráfico 29 - Resultado dos indicadores do componente cirúrgico do Pate, por região, de 2023 a 2025

Para verificar as assinaturas, acesse www.tcu.gov.br/autenticidade e informe o código 80486594.



Fonte: produção própria (Planilha ANÁLISE PROGRAMAÇÃO X FILA X PRODUÇÃO PARA RELATÓRIO.xlsx), a partir de dados fornecidos pelo MS (planilha Histórico de produção por estado 2019-2025 e planilhas de programação de cirurgias 2023, 2024 e 2025) e obtidos no painel SUS 360 (extração em 6/3/2026).

416. Para entender melhor o comportamento de destaque positivo da região Sul e da dificuldade de alcance das metas de redução de fila e de execução física, em 2025, da região Sudeste, procedeu-se análise das filas, programações e produção física do programa, de cada região, de 2023 a 2025, obtendo-se a tabela Tabela 18.

Tabela 18 - Dados de fila, programação e produção física, por região geográfica, de 2023 a 2025

Região	Fila 2023	Fila 2024	Fila 2025	Programa-ção 2023	Programa-ção 2024	Programa-ção 2025	Produção física 2023	Produção física 2024	Produção física 2025
Norte	101.207	81.033	183.378	37.849	67.072	112.242	48.769	91.815	109.684
Nordeste	348.257	316.028	306.306	169.425	224.589	243.915	197.554	336.954	313.237
Sudeste	254.327	672.907	1.037.093	165.798	314.733	650.025	198.129	500.323	492.264
Sul	212.200	185.128	279.479	68.269	88.647	211.912	92.008	373.676	400.593
Centro-oeste	165.902	112.036	100.786	45.922	57.787	43.292	37.540	52.305	85.585
Total	1.081.893	1.367.132	1.907.042	487.263	752.828	1.261.386	574.000	1.355.073	1.401.363

Fonte: produção própria, a partir de dados fornecidos pelo MS (planilhas de programação de cirurgias 2023, 2024 e 2025) e obtidos no painel SUS 360 (extração em 6/3/2026).

417. Observa-se que as filas aumentaram em cerca de 50% e as programações dobraram seus valores, no Sudeste, de 2024 para 2025. Em contrapartida, a produção não acompanhou esse crescimento, mas, ao contrário, caiu discretamente, motivo pelo qual os resultados dos indicadores de percentual de redução de filas e de execução física ficaram abaixo da meta.

418. Por outro lado, no Sul, também houve crescimento das filas e das programações, mas a produção também aumentou, o que motivou o resultado acima das metas apresentados anteriormente.

419. Ressalvado o curto período examinado, a análise conjunta dos dados demonstra que o

Para verificar as assinaturas, acesse www.tcu.gov.br/autenticidade e informe o código 80486594.

programa estabilizou em patamar significativamente superior ao que tinha em 2023, após apresentar avanço importante, em 2024, como se percebe nos indicadores taxa de expansão de cirurgias e percentual de execução física. Em 2025, os dados de produção física estão mais próximos aos alcançados em 2024, como é possível observar na taxa de expansão de cirurgias, sinalizando estabilização de seus resultados nesse período. A execução financeira caminhou, no mesmo sentido, mostrando crescimento em 2024, quando comparado com 2023, e estabilização, em 2025, frente ao exercício anterior. Por outro lado, a fila cresceu de forma significativa entre 2024 e 2025, cujo avanço não foi acompanhado pela produção na mesma proporção, sinalizando não apenas o aumento real da demanda, mas também a maior visibilidade do programa, induzindo demanda, e a variação nos procedimentos de dimensionamento das filas, que são autodeclaradas pelos estados (par. 175).

420. Esse cenário não foi uniforme em todo o país, indicando diferentes níveis de capacidade de execução e de enfrentamento das filas, que devem se constituir em obstáculos a serem enfrentados para uma melhor implementação do programa.

421. Com base nas informações analisadas, não é possível fazer qualquer inferência sobre a efetividade do componente cirúrgico do Pate, em termos do alcance dos objetivos estabelecidos e dos resultados pretendidos, pois não há previsão e monitoramento de nenhum indicador para essa finalidade pelo ministério.

422. Cumpre destacar que não se está falando da dimensão da efetividade apenas sob a ótica do impacto da política sobre a população-alvo, no médio e no longo prazo, mas da mudança imediata na realidade existente antes da implementação da política pública, a exemplo do tempo de espera para acesso aos procedimentos.

423. Para tanto, a própria portaria que regulamenta o programa traz a previsão da instituição do indicador tempo de espera (artigo 23, inc. II, da Portaria 7.266/2025), que não foi implementado, até o momento da elaboração do relatório. Ademais, não há prazo estabelecido para sua implementação, porque os dados de regulação das cirurgias eletivas do rol do programa centralizados nos sistemas do DataSUS representaram apenas 18,3% da produção de cirurgias eletivas, em 2024 (Planilha Q3_cobertura_cirurgica_consolidado_v2.xlsx). Portanto, a insuficiência de registro e de envio dos dados de regulação para a RNDS impedem o monitoramento do tempo médio de espera dos procedimentos cirúrgicos eletivos da AES, variável essencial para aferir o resultado da política pública em questão sobre a situação-problema existente quando ela foi implementada.

424. Essa condição não pode se perpetuar, pois gera lacunas na avaliação dos resultados, dificultando aferir se o programa está conseguindo ou não mudar a situação-problema que justificou sua formulação e, por consequência, identificar oportunidades de melhoria e desenvolvimento de medidas aperfeiçoadoras da política pública de saúde em questão.

425. Nesse sentido, a fim de que o MS possa dispor de dados de tempo médio para a realização de procedimentos cirúrgicos eletivos, em seus sistemas de dados, para promover avaliação do componente cirúrgico do Pate, na dimensão da efetividade, torna-se importante que seja implementada a recomendação do Cap. 5, par. 330.

426. No que se refere à dimensão da efetividade sob a ótica de seu impacto na população-alvo, destaca-se que o MS pode se apropriar do conceito de desfechos clínicos (ou resultado de saúde), que, na área da saúde, é definido como o resultado real da assistência à saúde que importa para os pacientes, representando o que foi alcançado ao longo de um ciclo completo de cuidado de uma condição clínica (MAKDISSE, 2017).

427. Esses desfechos podem ser organizados em uma hierarquia de três níveis, que refletem as prioridades dos pacientes e a progressão dos resultados ao longo do ciclo de cuidado da seguinte forma (PORTER, 2010):

a) Status de saúde alcançado ou mantido: nível que traz métricas de sobrevida e grau de saúde ou recuperação, ou seja, analisa a situação alcançada após recuperação ou no estado estável, incluindo o status funcional (como por exemplo a capacidade de realizar atividades diárias ou viver de forma

Para verificar as assinaturas, acesse www.tcu.gov.br/autenticidade e informe o código 80486594.

independente);

b) Processo de Recuperação: relaciona-se com o tempo para a recuperação e consequências adversas do tratamento, como complicações cirúrgicas; e

c) Sustentabilidade do nível de saúde alcançado: Esse nível avalia a manutenção dos resultados alcançados ao longo do tempo, a exemplo de possíveis recorrências da condição clínica e consequências de longo prazo do tratamento.

428. A taxa de reinternação em 30 dias é um exemplo do tipo de indicador intermediário de desfecho clínico, reconhecido na literatura como relevante para a avaliação da qualidade da assistência cirúrgica. Perguntados se as unidades hospitalares municipais monitoram esse indicador para pacientes cirúrgicos eletivos, 47,5% dos respondentes das SMS pesquisadas que possuem hospitais municipais informaram que não há esse monitoramento ou que ele depende de cada unidade hospitalar; 25,6% afirmaram monitorar, mas sem análise sistemática; e apenas 26,9% declararam que a informação é monitorada sistematicamente e utilizada para identificar oportunidades de melhoria. A constatação de que cerca de 73% dos municípios com hospitais não monitoram esse indicador ou o fazem de forma assistemática reforça a necessidade de que a construção de indicadores de efetividade do componente cirúrgico do Pate, conforme proposto neste relatório, seja acompanhada do desenvolvimento da capacidade local de mensuração de desfechos (Planilha Pesquisa eletrônica municipal, Q42, 480 respondentes efetivos).

429. A avaliação de desfechos clínicos está intrinsecamente ligada ao conceito de valor em saúde (V*alue-Based Health Care*, em inglês), que pode ser definido como a relação entre os desfechos de saúde que importam para os pacientes e os custos totais para entregar esses resultados ao longo de um ciclo completo de cuidado (EUROPEAN COMMISSION, 2019). Nesse sentido, diferente do modelo tradicional baseado no volume de procedimentos, o valor foca na efetividade e eficiência da assistência.

430. A implantação de um modelo de atenção focado em desfechos clínicos e valor em saúde enfrenta desafios complexos que abrangem aspectos de infraestrutura tecnológica, o modelo de remuneração e incentivos (com predominância do modelo *fee-for-service*, o qual recompensa o volume de procedimentos e não a qualidade e resultado alcançados após o cuidado com o paciente), dificuldades entre as redes de saúde e aspectos culturais de resistência, a exemplo de médicos que veem a medição de desfechos como uma ferramenta de punição ou de redução da autonomia médica (MAKDISSE et al., 2022).

431. Esse cenário também é identificado no Brasil, que enfrenta várias dificuldades estruturais, organizacionais e operacionais no Sistema Único de Saúde (SUS), para avançar para um modelo de atenção à saúde orientado por desfechos clínicos. Dentre esses fatores, verificam-se:

a) predominância histórica de financiamento e gestão baseados em produção especialmente na média e alta complexidade, com mecanismos de financiamento baseados na quantidade de serviços realizados, inclusive chegando ao patamar de 72,7% de financiamento sob a modalidade *fee-for-service* em 2019 (MACÊDO, et al., 2021);

b) fragmentação da rede de atenção à saúde que faz com que o modelo assistencial brasileiro ainda precise avançar na continuidade do cuidado entre níveis assistenciais (SILVA, 2011), tanto quando o paciente é referenciado pela atenção primária à atenção especializada, quanto quando ele retorna à primária, com perda de informações clínicas;

c) características operacionais dos sistemas de informação em saúde, que, embora sejam muitos, tais como SIH, SIA, e-SUS e e-SUS regulação, ainda apresentam baixa interoperabilidade e possuem foco predominante em registros administrativos e de faturamento, com insuficiência ou até mesmo ausência de campos para inserção de indicadores clínicos e de qualidade de vida.

432. Cumpre destacar que a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/1990) não utiliza explicitamente o termo ‘desfecho clínico’ em seu texto original, mas estabelece o princípio da integralidade de assistência, entendida como o conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do

Para verificar as assinaturas, acesse www.tcu.gov.br/autenticidade e informe o código 80486594.

sistema.

433. Em consonância com esse princípio, o MS indica que o PMAE, antecessor que o Pate, cuja regulamentação o Pate incorporou, segue as diretrizes da PNAES, que visam à qualificação dos serviços especializados de saúde, a qual abrange expressamente a promoção de um modelo de atenção centrado nas necessidades de saúde das pessoas e no cuidado ao usuário (Nota Técnica 15/2023-Saes/GAB/Saes/MS). Ademais, o MS firmou posição de que o Programa Nacional para Redução das Filas (PNRF) tinha como um de seus objetivos fomentar a implementação de um novo modelo de custeio para a realização de cirurgias eletivas (Nota Técnica 1/2023-Saes/CGMIND/Saes/MS).

434. Seguindo essa linha, foi fixado como diretriz do Programa Agora Tem Especialistas a regulação, o monitoramento, a avaliação e o controle, com uso de indicadores de desempenho, painéis públicos e mecanismos de reprogramação de metas conforme execução e resultado, com o fortalecimento da governança, sistemas interoperáveis, uso de critérios clínicos de priorização, transparência ativa e integração com a Rede Nacional de Dados em Saúde - RNDS (VIII, art. 3º da Portaria GM/MS 7.266/2025).

435. Assim, a) considerando que a essência da medição de desfechos clínicos possui relação com a efetividade, por considerar o impacto gerado na saúde do paciente após a realização de procedimentos ou de cirurgia eletiva; b) considerando que a adoção do modelo de financiamento por produção gera incentivo adverso econômico por incentivar a realização de mais procedimentos, sem necessariamente garantir que o serviço realizado seja a melhor opção ou que o desfecho alcançado seja satisfatório; c) considerando que a estrutura normativa do Pate dá amparo à adoção desse tipo de indicador, apesar, de o foco do programa, desde a concepção do PNRF, estar na ampliação do acesso e da oferta de serviços; a medição da efetividade do componente cirúrgico do Pate, inclusive sob o aspecto de desfechos clínicos imediatos, poderia ser considerado quando da construção de indicadores de desempenho do programa, de modo a sustentar um monitoramento mais robusto acerca de seus resultados e impactos.

436. Esse cenário de ausência de indicadores e de monitoramento da efetividade impede a avaliação do impacto da política na população-alvo. Nesse sentido, propõe-se recomendação ao MS para realize avaliações sobre a efetividade do componente cirúrgico do Pate, incluindo o desenvolvimento de indicadores de efetividade para monitoramento dos impactos do programa para os usuários do SUS (art. 37, §16, CF c/c art. 15 da Lei 8.080/90).

437. Espera-se, com essa proposta de encaminhamento, gerar incremento da capacidade de planejamento e gestão do programa, bem como promover o aperfeiçoamento do modelo de monitoramento e avaliação, com vistas a agregar a dimensão da efetividade, abrangendo os aspectos de desfecho clínico e de satisfação do usuário.

CONCLUSÃO

438. A presente auditoria avaliou a eficácia dos componentes cirúrgico e ambulatorial do Programa Agora Tem Especialistas (Pate) em alcançar seus objetivos de ampliar o acesso, reduzir filas e tempos de espera para consultas, exames e cirurgias eletivas, garantir a continuidade do cuidado e fomentar a mudança do modelo de atenção e regulação na atenção especializada à saúde (inc. I, art. 2º da Portaria GM/MS 7.266/2025; inc. II, art. 4º da Portaria GM/MS 7.266/2025; inc. IV e VII, art. 2º, inc. III e IV do art. 3º da Portaria GM/MS 3.592/2024). A auditoria abrangeu os componentes cirúrgico e ambulatorial do Pate em todo o Brasil, abrangendo a implementação do PNRF (2023), do PMAE (2024) e do Pate (2025), bem como a maturidade dos sistemas eletrônicos de regulação. Além dessas três questões específicas de auditoria, foram examinados aspectos de governança, gestão, alocação de recursos e alcance de metas, delimitados ao componente cirúrgico, no contexto das auditorias conduzidas pelo TCU para elaboração do Relatório de Fiscalização de Políticas e Programas de Governo (RePP).

Para verificar as assinaturas, acesse www.tcu.gov.br/autenticidade e informe o código 80486594.

439. O Pate é uma política pública de alta relevância para a qual foram alocados apenas em 2025 R$ 3,3 bilhões para os componentes ambulatorial e cirúrgico. Ela objetiva tratar a demora excessiva no acesso a cirurgias eletivas e à atenção ambulatorial especializada, que é um dos problemas mais sensíveis do SUS. As conclusões a seguir sintetizam os achados, organizados por questão de auditoria, destacando as oportunidades de melhoria e os benefícios esperados das recomendações propostas.

440. A auditoria constatou que o componente cirúrgico do Pate tem contribuído para a ampliação da produção de cirurgias eletivas no SUS e para a redução da mediana dos tempos de espera na maioria dos procedimentos de maior volume. Contudo, essa melhoria central coexiste com o aumento da dispersão dos tempos de espera e com a persistência de esperas excessivamente longas para uma parcela significativa dos usuários. (par. 62). Pelo menos metade dos usuários esperou mais de 180 dias para ter acesso a cerca de 10% dos procedimentos registrados na RNDS; em torno de 20% dos procedimentos oncológicos eletivos apresentaram medianas de tempo de espera superiores a 60 dias, limiar estabelecido pela legislação para início do tratamento de neoplasias malignas (par. 74 e 79-81). A manutenção de tempos elevados e dispersos pode produzir efeitos adversos sobre a saúde dos usuários, com risco de agravamento clínico, especialmente em oncologia.

441. Há indícios de que o componente cirúrgico do Pate potencializou o crescimento da produção de cirurgias eletivas do rol, embora parte desse crescimento já estivesse em curso por dinâmica própria de recuperação pós-pandêmica (par. 110). Entretanto, o ritmo de crescimento vem desacelerando, o que pode indicar aproximação de um teto de capacidade de produção nas condições vigentes. Ganhos adicionais podem depender de intervenções estruturais, como ampliação da capacidade instalada, formação de equipes e melhoria da regulação, não apenas de mais transferências financeiras para pagamento de procedimentos (par. 111).

442. A distribuição da produção financiada pelo componente cirúrgico do Pate entre as regiões apresenta desigualdade crescente, que avançou 56% de 2023 para 2025 (par. 144). Excluindo o Estado de Santa Catarina da análise, o a desigualdade segue trajetória inversa, o que revela convergência de produção cirúrgica *per capita* entre as demais regiões (par. 147).

443. A concentração da produção em poucos estados e o efeito da produção de Santa Catarina que distorce os indicadores nacionais indicam a necessidade de adoção de medidas para reduzir desigualdades regionais, inclusive em articulação com outros componentes do programa ou outras ações do MS (par. 160-162).

444. As filas para cirurgias eletivas declaradas pelos entes federados ao Ministério da Saúde estão crescendo. O crescimento das filas pode refletir não apenas aumento na incidência de agravos à saúde que demandem intervenções cirúrgicas, mas também uma maior visibilidade do programa, induzindo a busca de assistência por parte dos usuários, além da adoção de metodologias variadas no dimensionamento das filas, que são autodeclaradas pelos estados. A ausência de orientações mínimas para estimativa do tamanho das filas declaradas e para programação de cirurgias contribui para a fragilidade dessas informações (par. 175-179).

445. A persistência de tempos de espera elevados está associada a múltiplos fatores estruturais que transcendem o alcance direto do componente cirúrgico do Pate. Entre as principais causas identificadas estão a ineficiência do modelo de atenção à saúde, com abordagem biomédica fragmentada e baixa resolutividade da atenção primária; a oferta insuficiente de serviços especializados, agravada pela distribuição territorial desigual de médicos especialistas; e as deficiências na regulação do acesso, marcada por sistemas informatizados heterogêneos e dificuldade de integração entre os níveis de atenção (par. 114-136). A efetividade das medidas estruturantes em curso dependerá da articulação entre elas, de modo que a ampliação da oferta se integre progressivamente à lógica das redes de atenção, com cuidado integral e centrado no paciente (par. 142).

446. A implementação das Ofertas de Cuidado Integrado (OCI), principal instrumento do componente ambulatorial do Pate para induzir a mudança do modelo de atenção, encontra-se em estágio inicial. Embora a adesão aos Planos de Ação Regionais (PAR) tenha sido elevada,

Para verificar as assinaturas, acesse www.tcu.gov.br/autenticidade e informe o código 80486594.

abrangendo quase 90% dos municípios brasileiros, a execução física (de janeiro a novembro de 2025) permanecia muito aquém do programado, correspondendo a apenas 6,9% das quase 10 milhões de OCI planejadas nos PAR (par.196-198). A produção está concentrada em seis estados, entre eles os cinco mais populosos do país, em duas especialidades, a Oftalmologia e Cardiologia. Paralelamente, sete estados não registraram qualquer produção no período apesar de terem planos de ação aprovados antes do início da execução do programa (par.199-206). Essa concentração reflete tanto a complexidade inerente à implantação de um modelo inovador quanto dificuldades operacionais concretas enfrentadas pelos entes executores.

447. As medidas necessárias para viabilizar a execução das OCI não foram realizadas de forma suficiente na maioria dos municípios. Os NGC e os NAG, dispositivos centrais para a operacionalização do componente ambulatorial, ainda não haviam sido implementados em parte significativa dos municípios pesquisados (par. 213). Mesmo entre os municípios que os instituíram, pequena parte dos núcleos exerciam a totalidade das atribuições previstas; na maior parte dos casos, indicou-se desempenho inicial ou parcial das atribuições. A articulação entre os dois núcleos se mostrou insuficiente, tendo sido informada, predominantemente, a discussão de dúvidas operacionais sobre o programa, sem alcançar a troca sistemática de informações de gestão (par. 215-218).

448. As dificuldades relatadas pelos municípios para iniciar ou expandir as OCI são de natureza multifatorial e variam conforme a especialidade, mas convergem em torno dos seguintes eixos comuns: a) necessidade de adequação de protocolos, fluxos e orientações para a lógica da OCI; b) necessidade de treinamentos específicos; c) dificuldade de contratação de prestadores de serviço em razão da remuneração oferecida e do formato OCI; d) fragmentação dos serviços; e) insuficiência dos valores definidos para as OCI na tabela SUS; e f) falta de médicos especialistas(par. 238-240). O principal obstáculo estrutural reside no fato de que o modelo assistencial do SUS, baseado em procedimentos isolados, para fins de regulação, prestação de serviços e remuneração, é pouco compatível com a lógica das OCI, o que requer mudanças em práticas e processos já enraizados na gestão e nos serviços de saúde (par.262).

449. Embora a telessaúde seja um recurso estratégico para o componente ambulatorial, a utilização de teleconsultas especializadas é incipiente, correspondendo a apenas 0,7% do total de consultas realizadas pelo programa em 2025. Esse percentual é semelhante ao observado fora do Pate (0,4%), o que evidencia o estágio inicial dessa modalidade de atendimento na assistência ambulatorial do SUS em geral (par. 232-234). As práticas de matriciamento, embora reconhecidas como o principal mecanismo de integração entre AES e APS pelos municípios pesquisados, na maior parte das vezes, ainda não se utilizam de recursos de telessaúde, como a teleconsultoria e a teleinterconsulta (par. 253). O compartilhamento de informações clínicas entre AES e APS apresente fragilidades, a exemplo de grande dependência de prontuários físicos, de forma exclusiva ou não, e de formulários e relatórios em papel para realizar a contrarreferência do paciente, a da limitada interoperabilidade entre sistemas informatizados (par. 248-250).

450. As OCI representam uma inovação relevante no modelo de financiamento e de organização da atenção ambulatorial especializada no SUS, ao priorizar o cuidado integral do paciente em vez do pagamento por procedimento isolado. Todavia, a transição para esse modelo é complexa e demanda um período de maturação que ainda está em curso. Para que a implementação avance, é fundamental que o MS pactue indicadores de desempenho para o componente ambulatorial e acompanhe sistematicamente a implementação das OCI, incluindo a avaliação da implementação e atuação dos NGC e NAG e a sua contribuição para a mudança do modelo de atenção (par. 261 e 267). Sem esse acompanhamento, as dificuldades enfrentadas pelos entes executores tendem a persistir, sem o devido apoio para que sejam mitigadas ou superadas, comprometendo os resultados esperados do programa.

451. Foi constatado que a maturidade dos sistemas informatizados de regulação compromete estruturalmente a capacidade de avaliação dos resultados do Pate, em razão de três lacunas complementares no ecossistema de dados de regulação da RNDS. A primeira é uma lacuna material de cobertura, pois os cinco estados que concentram 55% da produção cirúrgica eletiva nacional (SP, RJ, MG, RS e BA) apresentam cobertura inferior a 1,2% e a cobertura nacional,

Para verificar as assinaturas, acesse www.tcu.gov.br/autenticidade e informe o código 80486594.

embora tenha evoluído de 3,2% em 2019 para 6,8% em 2024, mantém-se distante de constituir base adequada para avaliação abrangente do programa. Os indicadores de tempo de espera e de filas calculados a partir dessa base refletem a realidade de um subconjunto específico de estados, não sendo extrapoláveis para o país (par. 277-287).

452. A segunda é uma lacuna formal de interoperabilidade: cerca de um terço dos dados enviados à RNDS é rejeitado antes de ser incorporado, totalizando 17,9 milhões de requisições rejeitadas em um único mês (taxa de 34,9%), com 96,7% concentradas em apenas duas camadas de integração. A ausência de governança sobre o ciclo de correção contribui para o quadro de baixa cobertura já identificada, pois os dados rejeitados não são armazenados, não há relatório gerencial que os documente e não há evidência de que o ciclo de correção e reenvio esteja operando de forma integral, o que leva a necessidade de aperfeiçoamento do mecanismo de garantia da correção dos erros notificados (par. 300-302).

453. A terceira é uma lacuna de integridade: a análise dos 768 milhões de registros aceitos pela RNDS revelou inconsistências sistêmicas entre o status da solicitação e as datas associadas, sendo a mais expressiva a presença de data de execução em 96,6% dos registros com status 'Agendado'. Situações como essa, logicamente impossíveis, são aceitas porque o modelo de dados não impõe regras suficientes de validação cruzada entre seus campos (par. 314-317).

454. Foram formuladas propostas de deliberações à Seidigi e à Saes, direcionadas, respectivamente, à ampliação da cobertura, à redução da taxa de rejeição e ao aprimoramento da consistência do modelo de dados (par. 330).

455. Os benefícios estimados a partir da implementação das propostas de deliberação incluem a ampliação da cobertura de cirurgias eletivas de 6,8% para 10,0% (+3,2 p.p.) via integração do Sisreg hospitalar à RNDS, sem alterações nos sistemas de origem. A redução da taxa de rejeição (de 34,9% para 17,0%) economizaria 9,2 milhões de requisições mensais, otimizando recursos computacionais e potencializando a incorporação efetiva de dados. Adicionalmente, regras de validação cruzada eliminariam anualmente cerca de 22 milhões de registros inconsistentes entre status e datas. Conjuntamente, essas medidas qualificam a base informacional e reduzem vieses regionais, subsidiando decisões mais bem fundamentadas sobre alocação de recursos, gestão de esperas e controle social e externo (par. 331).

456. A auditoria verificou que as estruturas de coordenação e de monitoramento do Pate estão devidamente institucionalizadas, com definição de atuação de cada estrutura em portaria, e que o monitoramento do desempenho da política é realizado regularmente. Os recursos financeiros e orçamentários têm sido disponibilizados em quantidade suficiente para a implementação do programa para o componente cirúrgico do Pate, com valores empenhados à título de despesa financeira de R$ 2,7 bilhões em 2025, num total acumulado de R$ 4,4 bilhões no triênio 2023-2025 (par. 347, 353). Contudo, aproximadamente 29% do financiamento do componente cirúrgico em 2025 derivou de emendas parlamentares (RP6 e RP7). Esses recursos são de natureza discricionária e variável e podem não se repetir nos exercícios subsequentes. Proporcionalmente, as emendas foram direcionadas principalmente para as Regiões Norte (42%), Centro-Oeste (38%) e Nordeste (33%), o que representa risco de redução ou de descontinuidade de certas ações nessas regiões (par. 350-351).

457. A transparência na execução físico-financeira do componente cirúrgico do Pate apresenta deficiências relevantes. O MS não dispõe de instrumentos com detalhamento suficiente para apurar a produção físico-financeira efetivamente financiada pelo programa, nem o encontro de contas dos repasses antecipados. Assim, foi proposta determinação visando o estabelecimento de rotina de monitoramento e meio de divulgação da efetiva execução financeira do componente cirúrgico do Pate, desde 2023, incluindo a produção física efetivamente financiada e dos acertos de contas de recursos (par. 357, 367).

458. Os recursos do programa são majoritariamente originados do Faec, que agrega diversas ações e programas não individualizados no SIOP, que, até abril de 2026, dificultava o monitoramento da execução orçamentária por meio de sistemas ou painéis de acesso público. O MS criou PO específico para o Pate e instituiu a Unidade Gestora Responsável (UGR) para demonstrar os

Para verificar as assinaturas, acesse www.tcu.gov.br/autenticidade e informe o código 80486594.

recursos de emendas direcionadas ao programa, o que modificou a situação de deficiência na transparência orçamentária inicialmente encontrada, cujos efeitos poderão ser monitorados pelo TCU (par. 356-370).

459. O processo de gestão de riscos do PNRF e das políticas públicas que o sucederam (atualmente componente cirúrgico do Pate) não é realizado de forma estruturada. Embora o Ministério da Saúde tenha instituído sua Política de Gestão de Riscos e seu Plano de Gestão de Riscos 2025-2026 tenha sido finalizado em abril de 2026, o processo de gerenciamento de riscos ainda não havia sido iniciado pela Saes (par. 361-362). Essa lacuna compromete a identificação e o tratamento de riscos num programa que envolve bilhões de reais e milhares de executores, motivo pelo qual foi proposta determinação para que seja a Saes comece o processo (par. 363-364). Quanto à disponibilidade de recursos para a implementação do programa, a insuficiência de recursos humanos é reconhecida como uma das causas do problema tratado pela política, a infraestrutura física financiada pelo Novo PAC Saúde ainda está em estágio inicial de conclusão (43% das iniciativas), e os recursos tecnológicos para regulação e gestão de filas permanecem insuficientes, conforme demonstrado no capítulo 5 (par. 370-377).

460. A análise dos indicadores disponíveis permite avaliar o componente cirúrgico do Pate nas dimensões de eficácia e eficiência, mas não na dimensão de efetividade. Não existe indicador que permita aferir se o programa está efetivamente reduzindo o tempo médio de espera dos usuários do SUS para cirurgias eletivas. O indicador de tempo de espera, previsto na Portaria GM/MS 7.266/2025 (art. 23, inc. II), ainda não foi instituído e não há prazo para sua implementação, em razão da insuficiência de dados centralizados nos sistemas do MS, tratado no capítulo 5 (par. 394, 405).

461. Em relação aos indicadores disponíveis, o componente cirúrgico do Pate alcançou a meta estabelecida de redução de 60% no percentual de filas, tanto em 2024 quanto em 2025. A taxa de expansão de cirurgias eletivas praticamente atingiu a meta de 1,21 da Programação Anual de Saúde (PAS) de 2024, embora esteja distante da meta de 1,25 definida na PAS 2025. Os percentuais de execução física e financeira ultrapassaram 100% em todos os anos do triênio (par. 395). Contudo, esse cenário não foi uniforme entre as regiões. A região Sul apresentou produção mais acentuada, enquanto o Sudeste enfrentou dificuldade na produção em 2025, com os indicadores de redução de filas e execução física abaixo da meta (par. 396-402). A análise conjunta demonstra que o programa estabilizou em patamar significativamente superior ao de 2023, após avanço expressivo em 2024, com sinais de desaceleração nos indicadores de expansão de cirurgias e da execução financeira em 2025 (par. 401).

462. A ausência de indicadores de efetividade impede aferir se o programa está mudando a realidade do acesso à atenção especializada ou apenas absorvendo demanda crescente sem alterar a situação estrutural. O conceito de desfechos clínicos e a abordagem de valor em saúde oferecem referencial promissor, embora sua implementação enfrente desafios estruturais e culturais no SUS (par. 408-418). Propõe-se recomendação para que o MS avalie a adoção de indicadores de efetividade, abrangendo o tempo de espera para acesso à AES, indicadores de desfecho clínico e de geração de valor em saúde, possibilitando avaliação mais abrangente do impacto do programa (par. 417-418).

463. A análise das causas raiz da espera excessiva por acesso à atenção especializada à saúde revela uma cadeia causal complexa que envolve dimensões estruturais, organizacionais e profissionais do sistema de saúde brasileiro. O modelo de atenção fragmentado, centrado em procedimentos isolados, com desarticulação entre APS e AES e baixa resolutividade da APS; a oferta insuficiente de serviços e os vazios assistenciais; e a regulação deficiente constituem os principais fatores que perpetuam este problema histórico do SUS. A espera excessiva pelo acesso à AES atrasa o diagnóstico e o tratamento, com possibilidade de ocorrência de sequelas evitáveis e de mortes precoces, o que gera prejuízos à integralidade e à equidade do cuidado (BRASIL, 2023a).

464. O Pate representa uma tentativa de enfrentamento dessa realidade, propondo, na área ambulatorial, as Ofertas de Cuidados Integrados (OCI) como alternativa ao modelo fragmentado

Para verificar as assinaturas, acesse www.tcu.gov.br/autenticidade e informe o código 80486594.

vigente. Contudo, a superação efetiva deste cenário requer uma transformação profunda no modo de organizar os serviços de saúde, com mudanças conjuntas no modelo de atenção, no financiamento, na regulação e na formação de recursos humanos.

PROPOSTAS DE ENCAMINHAMENTO

465. Ante o exposto, submetem-se os autos à consideração superior, para o posterior envio ao Gabinete do Ministro Bruno Dantas, Relator do processo, propondo, com fundamento no art. 250, inc. II, do Regimento Interno do TCU, no art. 4º da Resolução-TCU 315/2020, determinar:

I. à Secretaria de Atenção Especializada à Saúde que,:

a) com fundamento nos inc. V do art. 26 e VI do art. 30, Anexo I do Decreto 11.798/2023, estabeleça, no prazo de 120 dias, rotina de monitoramento e meio de divulgação da efetiva execução financeira do componente cirúrgico do Pate, desde 2023, incluindo a produção física efetivamente financiada, acertos de contas de recursos a conta do Faec e de alocação de recursos de emendas parlamentares, com as devidas notas explicativas de campos, data de extração dos dados e fontes dos dados, com base no artigo 8º da Lei 12.527/2011 c/c artigo 7º, § 3º, inc. III e IV do Decreto 7.724/2012 e artigo 48, §1º, inc. II, da Lei Complementar 101/2000 (par. 352);

b) com fundamento no inc. I, art. 10, inc. V do art. 26, Anexo I do Decreto 11.798/2023 e inc. II do art. 9º e inc. II, art. 12 da Portaria GM/MS 10.220/2026 que, no prazo de 60 dias, resolva qualquer pendência interna necessária e inicie a execução do processo de gestão de riscos do componente cirúrgico do Pate, conforme previsto no Plano de Gestão de Riscos do ministério e em cumprimento ao artigo 17 do Decreto 9.203/2017.

II. à Secretaria de Informação e Saúde Digital do Ministério da Saúde, em conjunto com a Secretaria de Atenção Especializada à Saúde, com fundamento nos inc. I, V, VII, VIII, XI, XII do art. 30; inc. VII, XIII, XIV, XV do art. 54; inc. II do art. 52, Anexo I do Decreto 11.798/2023 e no art. 11 da Portaria GM/MS 5.820/2024, que, em até 90 dias, apresentem proposta, para pactuação na Comissão Intergestores Tripartite, de Plano Operativo previsto no art. 9º da Portaria GM/MS 6.656/2025, ou ao que vier a substituí-lo, conforme §2º do art. 47-A da Lei 8.080/1990, no art. 3º, 4º e 9º do Decreto 12.560/2025; art. 22 da Portaria GM/MS 7.266/2025; art. 59 da Portaria GM/MS 9.262/2025, contemplando metas progressivas e cronograma para implementação das tecnologias e envio dos dados de regulação para a RNDS, incluindo: a definição da estratégia para a integração à RNDS dos dados hospitalares dos sistemas de regulação disponibilizados pelo MS (par. 283-285); a regulamentação das consequências previstas no parágrafo único do art. 9º da Portaria GM/MS 6.656/2025 para o descumprimento da obrigação de envio de dados de regulação para a RNDS (par. 294);

466. Adicionalmente, propõe-se recomendar, com base no art. 250, inc. III, do Regimento Interno do TCU, nos art. 8º e 11 da Resolução-TCU 315, de 2020, e art. 4º, inc. IV da Portaria Segecex 27/2009:

I. ao Ministério da Saúde, com fundamento no inc. V do artigo 26, inc. I e II do art. 31-A, e inc. I do art. 19 do Anexo I do Decreto 11.798/2023, e art. 13 da Portaria GM/MS 3.492/2024, a pactuação na Comissão intergestores Tripartite dos indicadores de monitoramento do componente ambulatorial do Programa Agora tem Especialistas e o acompanhamento sistemático desses, por estado, região e especialidade de Oferta de Cuidado Integrado (par. 259-262);

II. à Secretaria de Atenção Especializada à Saúde, que:

a) com fundamento nos inc. II, IV, VI do art. 31-A, inc. VIII e IX do art. 30, Anexo I do Decreto 11.798/2023, acompanhe os tempos de espera para acesso a procedimentos cirúrgicos eletivos no SUS e divulgue periodicamente análises, com as notas metodológicas que se fizerem necessárias, como subsídio a medidas locais de ampliação do envio de informações para a RNDS,

Para verificar as assinaturas, acesse www.tcu.gov.br/autenticidade e informe o código 80486594.

redução de tempos de espera e para identificação de formas de apoio pelo ministério aos entes federados com maiores dificuldades, conforme art. 47-A da Lei 8.080/1990 (par. 96 a 100);

b) com fundamento nos inc. II, V do art. 30, inc. IV do art. 31-A, Anexo I do Decreto 11.798/2023; art. 5º da Portaria GM/MS 5.820/2024; §3º, art. 4º da Portaria GM/MS 90/2023, alterada pela Portaria GM/MS 5.820/2024 e inc. I do art. 8º, inc. I e VI do art. 51 da Portaria GM/MS 9.262/2025, publique orientações sobre os procedimentos mínimos a serem seguidos para que os entes federados dimensionem a demanda existente ou prevista por procedimento, a quantidade de procedimentos cirúrgicos a ser realizada e sua atualização ao longo do ano (par. 166, 176, 179);

c) com fundamento nos inc. I, IV, V do art. 31-A, inc. IX do art. 30, Anexo I do Decreto 11.798/2023, avalie os efeitos do componente cirúrgico do Pate sobre as desigualdades regionais, definindo medidas para mitigar efeitos adversos, conforme inc. II, art. 3º da Portaria GM/MS 7.266/2025 (par. 157 a 162);

d) com fundamento nos inc. V do artigo 26, inc. I e II do art. 31-A, do Anexo I do Decreto 11.798/2023 e art. 10, §4º e art. 12 da Portaria GM/MS 3.492/2024, e em atenção aos eixos da Política Nacional de Atenção Especializada constantes dos inc. III, IV, VIII, X e XV do art. 4º da Portaria 1.604/2023, avalie a implementação e atuação dos núcleos de gestão do cuidado e de apoio à gestão, inclusive com a utilização de indicadores de monitoramento, abrangendo a contribuição dos núcleos para a mudança do modelo de atenção à saúde no SUS (par. 264-268);

e) com fundamento no inc. V do art. 26, Anexo I do Decreto 11.798/2023, realize avaliações sobre a efetividade do componente cirúrgico do Pate, incluindo o desenvolvimento de indicadores de efetividade para monitoramento dos impactos do programa para os usuários do SUS, com base no art. 37, §16, CF c/c art. 15 da Lei 8.080/90 (par. 404- 419);

III. à Secretaria de Informação e Saúde Digital, em conjunto com a Secretaria de Atenção Especializada à Saúde, do Ministério da Saúde, com fundamento nos inc. II, VII, VIII, XII, XIII, IX, art. 30, inc. VII, VIII, IX, XIII, XIV, XV, XVII art. 54, inc. I, II, VIII, IX, X, art. 52, Anexo I do Decreto 11.798/2023; inc. XIV, art. 5º, inc. VII, art. 55 da Portaria GM/MS 9.262/2025; art. 2º da Portaria Conjunta Saes/Seidigi 3/2023; parágrafo único, art. 8º da Portaria 6.656/2025, que:

a) adotem medidas para reduzir a taxa de rejeição de dados de regulação pela RNDS e para assegurar a governança do fluxo de integração, com fundamento no inc. I, V, art. 6º e no art. 9º e 11 do Decreto 12.560/2025, no art. 3º, inc. VIII, da Portaria GM/MS 7.266/2025, contemplando: 1) a implementação de monitoramento sistemático das rejeições de dados de regulação, com publicação de relatórios gerenciais periódicos que discriminem volume, tipo de erro, sistema de origem e UF (par. 302-305); 2) a estruturação de procedimentos para garantir que os gestores locais realizem a efetiva correção e reenvio dos dados rejeitados, com prazos definidos, instrumentos de cobrança e indicadores de recuperação (par. 308 e 312); 3) a realização de análises técnicas, em conjunto com os responsáveis pela camada de integração MIDDLEWAREFHIR e pelos sistemas Global Saúde, sobre as causas das falhas de integração com a RNDS (par. 302-304); 4) o aprimoramento contínuo do Modelo de Informação da Regulação Assistencial (Mira), com base na análise sistemática dos padrões de erros semânticos observados na operação; a aplicação dos aprendizados obtidos no processo de integração dos sistemas de regulação à RNDS em ciclos periódicos de revisão; 5) a orientação aos desenvolvedores locais de sistemas de regulação para que implementem validações de conformidade ao padrão Mira antes do envio dos dados à RNDS (par. 315-326);

b) implementem regras de validação de consistência lógica no modelo de dados da RNDS para regulação assistencial, conforme art. 3º, 4º, 9º e 10 do Decreto 12.560/2025 e a Portaria Conjunta Saes/Seidigi 3/2023, contemplando 1) a exigência de preenchimento condicional de campos e de coerência lógica entre eles, adotando abordagem progressiva (par. 317-326); 2) validação que impeça o aceite de registros com datas logicamente inválidas, (par. 314, 319); 3) mecanismos de alerta que sinalizem aos gestores e às centrais de regulação situações possivelmente anômalas nos dados, sem necessariamente impedir seu registro (par. 314);

467. Nos termos do art. 8º da Resolução-TCU 315, de 2020, fazer constar, na ata da sessão em que estes autos forem apreciados, comunicação do relator ao colegiado no sentido de:

Para verificar as assinaturas, acesse www.tcu.gov.br/autenticidade e informe o código 80486594.

a) que a AudSaúde monitore as deliberações do acórdão que vier a ser prolatado por ocasião da apreciação dos presentes autos, incluindo os efeitos das modificações na classificação orçamentária dos componentes cirúrgico e ambulatorial do Pate;

b) enviar cópia do Acórdão, Relatório, Voto e relatório da equipe de auditoria para a Comissão de Assuntos Sociais do Senado Federal, a Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados, o Ministério da Saúde, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e a Confederação Nacional dos Municípios (CNM).”

É o relatório.

Para verificar as assinaturas, acesse www.tcu.gov.br/autenticidade e informe o código 80486594.

VOTO

Trata-se de auditoria operacional com o objetivo de avaliar a eficácia dos componentes cirúrgico e ambulatorial do Programa Agora Tem Especialistas (Pate) na redução das filas de acesso à atenção especializada. A fiscalização abrangeu o período de 2023 a 2025 e a gestão do programa nos três níveis de governo.

2. A matéria reveste-se de alta relevância estratégica e materialidade, considerando que apenas no ano de 2025 foram alocados R$ 3,3 bilhões para os eixos ambulatorial e cirúrgico do programa. Além disso, a auditoria busca prover informações úteis e tempestivas ao Congresso Nacional subsidiando o Relatório de Fiscalizações em Políticas e Programas de Governo (Repp 2026), que será consolidado e trazido, pelo Ministro Jhonatan de Jesus, à apreciação deste Plenário.

3. O Pate consiste em uma iniciativa do Ministério da Saúde concebida como resposta ao crônico problema dos longos tempos de espera para consultas, exames e cirurgias eletivas no Sistema Único de Saúde (SUS). A estrutura do programa é composta por oito componentes essenciais que integram desde o aprimoramento da força de trabalho e a modernização tecnológica (SUS Digital) até a cooperação com o setor privado para abatimento de dívidas.

4. Esta auditoria, contudo, tem escopo delimitado especificamente sobre os eixos ambulatorial e cirúrgico. A escolha justifica-se pela natureza de atuação desses dois pilares, que representam a "linha de frente" assistencial do programa. Enquanto os demais seis componentes funcionam como mecanismos de apoio, estruturação e expansão de capacidade a longo prazo, os componentes ambulatorial e cirúrgico atuam diretamente na execução final do cuidado ao cidadão, buscando realizar o atendimento médico e esvaziar as filas no curto prazo.

5. O componente ambulatorial foi desenhado para enfrentar o gargalo dos diagnósticos e das consultas com especialistas, tendo como grande inovação a Oferta de Cuidado Integrado (OCI). Trata-se de uma mudança de paradigma no financiamento e na jornada do paciente: em vez de o Estado remunerar procedimentos isolados e desconexos, fazendo com que o cidadão enfrente diferentes filas para a consulta com o médico e outra para exames, a OCI funciona como um bloco estruturado de atendimento.

6. O paciente é encaminhado da Atenção Primária para um "pacote" que já inclui a consulta especializada associada aos exames obrigatórios. Para fazer jus ao recebimento financeiro por essa OCI, os hospitais e clínicas precisam concluir toda a jornada do cidadão em um prazo máximo de 60 dias, reduzido para apenas 30 dias na linha de oncologia.

7. Caso as unidades de saúde não concluam a OCI dentro desse prazo limite, a oferta não é aprovada para o pagamento diferenciado. O que acontece, na prática, é que os procedimentos que chegaram a ser realizados não deixam de ser pagos, mas perdem a remuneração como um "pacote" de maior valor remuneratório, devendo ser faturados de forma isolada e registrados em um boletim de produção ambulatorial individual.

8. Dessa forma, o estabelecimento deixa de receber os valores adicionais previstos pela OCI (que remuneram a gestão rápida, a tecnologia e a coordenação do cuidado) e o repasse retrocede para o modelo tradicional da tabela SUS, submetendo o prestador a valores menos atrativos, pagando apenas por cada procedimento que foi efetivamente feito de forma avulsa.

9. Já o componente cirúrgico é voltado estritamente à mitigação do tempo de espera por procedimentos programados (eletivos). Por meio dele, o Governo Federal injeta recursos via Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (Faec), utilizando um modelo que mescla transferências antecipadas condicionadas e pagamentos vinculados à produção (pós-produção), para fomentar a ampliação da produção de um rol específico de cirurgias em estados e municípios. O objetivo é induzir

Para verificar as assinaturas, acesse www.tcu.gov.br/autenticidade e informe o código 80486592.

a rede pública e conveniada a operar com maior celeridade os pacientes que aguardam há meses ou anos nas filas.

10. Essa indução ocorre por meio de um mecanismo de repasse antecipado condicionado: o ente subnacional recebe os recursos previamente para organizar sua rede e remunerar os prestadores de saúde de forma atrativa, mas fica obrigado a comprovar a execução cirúrgica por meio de registros específicos. Caso não comprove a realização das cirurgias, sofre o desconto do valor correspondente diretamente em seus repasses regulares destinados ao financiamento contínuo e rotineiro das ações e serviços de saúde de média e alta complexidade no SUS, o que força a gestão local a acelerar o andamento das filas.

11. Após essa sintética explicação sobre como se operam os componentes ambulatorial e cirúrgico do Pate, convém adentrar aos resultados propriamente desta auditoria, que foi realizada de agosto de 2025 a abril deste ano. Nesse sentido, é importante registrar que a equipe de fiscalização da Unidade de Auditoria Especializada em Saúde (AudSaúde) fundamentou-se em uma rigorosa e abrangente metodologia. A análise englobou o cruzamento de mais de 768 milhões de registros extraídos precipuamente da Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS), além de dados de produção do SUS, registros financeiros de repasses do Faec e sistemas informatizados de regulação do Ministério da Saúde. Adicionalmente, o levantamento contou com visitas *in loco* (quatro estados e oito municípios) e pesquisas eletrônicas que alcançaram 25 estados e cerca de 600 secretarias municipais de saúde.

12. A fiscalização foi delineada em torno de três questões centrais de auditoria. Primeiramente, buscou-se aferir a real contribuição do programa para o aumento da produção de cirurgias eletivas e a consequente evolução dos tempos médios de espera nas filas do SUS. Em segundo lugar, avaliou-se as medidas adotadas para viabilizar a implementação do novo modelo de atenção ambulatorial, consubstanciado nas OCI. A terceira questão investigou a maturidade e o estágio de implementação dos sistemas informatizados de regulação. Adicionalmente, de forma a subsidiar o já mencionado RePP, a equipe debruçou-se sobre questões transversais essenciais afetas à governança, à gestão, ao monitoramento e à alocação orçamentário-financeira especificamente delimitadas ao componente cirúrgico.

13. Feitas essas considerações iniciais, passo a apresentar, de forma sistematizada, os resultados da auditoria, organizando as análises a partir dos eixos temáticos que estruturaram o plano de fiscalização, de modo a permitir uma compreensão clara dos achados e das respectivas propostas de aprimoramento formuladas pela unidade especializada.

Avaliação do componente cirúrgico e a questão das desigualdades regionais

14. No tocante à eficácia do componente cirúrgico e ao impacto do programa nas filas de espera, a equipe de auditoria reconhece que o financiamento federal ajudou a alavancar a produção de cirurgias. Ao mesmo tempo os dados revelam que uma expressiva parcela desse crescimento é apenas o reflexo da recuperação operacional do SUS no cenário pós-pandemia, uma vez que, já em 2022, antes da instituição do programa, o volume de cirurgias havia experimentado um salto de 45,6%.

15. A constatação mais crítica, contudo, é a de que o programa bateu em um “teto”. O ritmo de crescimento do volume total de cirurgias realizadas, que foi de 20,3% nos anos de 2023 e 2024, sofreu uma severa desaceleração, caindo para apenas 4,5% em 2025.

16. Em outras palavras, o modelo de apenas injetar mais dinheiro para pagar procedimentos avulsos apresenta sinais de esgotamento, a ponto de o seu impacto real ter se tornado marginal. Embora o Governo Federal tenha financiado a execução de aproximadamente 1,4 milhão de cirurgias em 2025, a auditoria estimou que o ganho de fato atribuível de forma exclusiva a esse investimento foi de apenas 586,5 mil procedimentos (o que representa exíguos 10,3% de toda a produção do período). O volume restante já seria realizado naturalmente pela própria capacidade de recuperação da rede.

Para verificar as assinaturas, acesse www.tcu.gov.br/autenticidade e informe o código 80486592.

17. Há evidências de que o efeito do programa esteja se estabilizando. Sob esse prisma, sem que haja, paralelamente, intervenções estruturais profundas – que possibilitem ampliar a rede instalada, melhorar a gestão hospitalar e suprir a escassez de profissionais –, a redução das filas não se sustentará na mesma proporção. Como efeito desse gargalo, 66,7% das secretarias estaduais e 58% das municipais que responderam ao questionário de pesquisa desta fiscalização relataram a "insuficiência de médicos cirurgiões" como o segundo fator que mais limita a expansão das cirurgias (atrás apenas da dificuldade financeira local para complementar a tabela SUS), seguido pela falta de anestesistas.

18. Outro ponto de atenção se refere à qualidade do acesso. O relatório aponta que, embora a mediana dos tempos de espera tenha caído na maioria dos procedimentos (o que indica que o "meio" da fila andou e metade dos pacientes está sendo atendida mais rápido), observou-se, de forma simultânea, um aumento na dispersão temporal. Na prática, isso significa que a desigualdade aumentou e a distância entre quem é atendido rápido e quem fica esquecido no fim da fila se tornou muito maior.

19. A melhoria da média geral mascara uma realidade dura: 25% dos cidadãos que estão na ponta final da fila passaram a enfrentar esperas cada vez mais longas. Os dados revelam que, em cerca de 10% dos procedimentos eletivos registrados na Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS), pelo menos metade dos pacientes amargou esperas intoleráveis, superiores a seis meses (180 dias).

20. A situação atinge contornos críticos nos procedimentos oncológicos. O arcabouço normativo do SUS prevê um limite legal de 60 dias para o início do tratamento de neoplasias malignas. No entanto, a unidade instrutora apurou que, em cerca de 20% dos procedimentos oncológicos eletivos cadastrados na RNDS, pelo menos metade dos pacientes esperou além desse prazo legal.

21. Observou-se, ainda, que as filas autodeclaradas pelos estados cresceram 76,3% entre os anos de 2023 e 2025, sustentadas por um núcleo persistente de cirurgias de média complexidade, a exemplo de colecistectomias e hernioplastias. Esse aumento não reflete, necessariamente, uma ineficiência na produção, mas também uma indução de demanda reprimida e, sobremaneira, a indefinição de balizas metodológicas claras por parte do Ministério da Saúde para que os entes federados dimensionem e atualizem adequadamente suas listas de espera.

22. Para enfrentar a imprecisão desse cenário e promover transparência à fila, a Unidade de Auditoria Especializada em Saúde propôs recomendar à Secretaria de Atenção Especializada à Saúde do Ministério da Saúde (Saes/MS) que acompanhe os tempos de espera para acesso a procedimentos cirúrgicos eletivos no SUS e divulgue periodicamente análises dos resultados, acompanhadas das notas metodológicas que se fizerem necessárias.

23. Instado a se manifestar na fase de comentários dos gestores, o MS argumentou que o painel de monitoramento dessas informações ainda se encontra em elaboração. A pasta alegou que o seu foco atual tem sido a verificação da integridade e da qualidade das informações enviadas pelos estados e municípios à RNDS, justificando que, por se tratar de um processo inicial, há muitos registros duplicados ou desatualizados, o que exigiria a correção dessa base de dados antes de sua publicização para garantir a construção de séries históricas consistentes.

24. A despeito da cautela demonstrada pelo MS, acompanho integralmente a ponderação da unidade instrutora de que condicionar a divulgação dos tempos de espera à prévia resolução de todos os problemas de integridade dos dados cria um ciclo vicioso prejudicial à própria política pública. Em matéria de transparência pública, a lógica deve ser inversa: primeiro se divulga, com as ressalvas necessárias; depois se aperfeiçoa, com base no escrutínio público e no uso institucional da informação.

25. A publicação periódica das informações, ainda que acompanhada de notas explicativas e ressalvas metodológicas sobre a sua completude, é prática consagrada na gestão pública e atua como um poderoso incentivo para que os entes subnacionais corrijam e qualifiquem os dados enviados ao Governo Federal. A transparência não é apenas o fim, mas também o meio e o catalisador necessário

Para verificar as assinaturas, acesse www.tcu.gov.br/autenticidade e informe o código 80486592.

para forçar o aprimoramento dos registros. Sendo assim, acolho a recomendação proposta nos exatos termos formulados pela unidade especializada.

26. Para além da necessidade de lançar luz sobre as filas, outro aspecto constatado pela auditoria diz respeito à iniquidade na distribuição dos recursos. Sob a ótica alocativa, o componente cirúrgico tem exacerbado as distorções no SUS. A distribuição da produção financiada pelo programa revelou-se desproporcional ao peso populacional das regiões.

27. Tal iniquidade não decorre, contudo, de uma falha sistêmica no desenho do programa em âmbito nacional, mas é reflexo direto de um comportamento concentrador verificado em um único ente federativo. A auditoria demonstrou que, ao se excluir o estado de Santa Catarina do cálculo estatístico, a curva de desigualdade inverte sua trajetória, revelando que o restante do País converge para um padrão de distribuição mais equânime.

28. Isso porque a capacidade catarinense de realizar procedimentos cirúrgicos – em razão de sua ampla rede hospitalar e dos incentivos financeiros do próprio estado – é tamanha que mascara, inclusive, o desempenho da Região Sul: estado que, possuindo apenas 3,8% da população do país, concentrou 24,3% de toda a cirurgia financiada pelo programa em 2025. Se Santa Catarina fosse abstraído da equação, a Região Sul passaria a ser, na verdade, a região menos representada na produção do programa federal**.**

29. Esse fenômeno evidencia um risco crítico do modelo de financiamento por produção (ou seja, por número de cirurgias realizadas dentro do prazo legal). No caso de Santa Catarina, a captura desproporcional de recursos federais é impulsionada, em grande medida, por sua maior capacidade instalada e pela coexistência de fortes incentivos fiscais locais, a exemplo da política complementar à tabela SUS que amplia significativamente os valores de repasse. Na prática, essa situação evidencia que o modelo atual (de financiamento por produção) permite que entes com maior capacidade fiscal e estrutural acelerem sua produção e escoem a maior fatia dos recursos federais.

30. Sem que o Ministério da Saúde adote balizas regulatórias e mecanismos compensatórios, o financiamento da União corre o risco de privilegiar justamente os entes que já detêm melhor infraestrutura, acentuando iniquidades regionais em prejuízo da rede instalada nos estados que possuem menor capacidade de investimento.

31. No que tange a esses gargalos distributivos e de planejamento, a unidade instrutora também alvitra recomendar ao Ministério da Saúde que edite orientações estabelecendo procedimentos mínimos a serem observados pelos entes na estimativa e dimensionamento das filas, bem como que institua medidas voltadas a atenuar os efeitos do financiamento sobre as desigualdades regionais.

32. O Ministério asseverou que já disponibiliza instrumentos orientativos aos estados e destacou seu papel de articulação interfederativa. A unidade especializada, de modo escorreito, refutou a suficiência dos documentos ministeriais indicados (a exemplo da Nota Técnica 86/2026), porquanto se atêm a ritos operacionais de preenchimento em sistemas, carecendo de bases metodológicas seguras para o dimensionamento real das necessidades dos pacientes.

33. Acompanho também essas proposições. A estipulação de diretrizes metodológicas mínimas para a contagem de filas e a adoção de ações concretas de reequilíbrio regional são imperativos de governança que respeitam a autonomia do gestor local, mas exigem a superação das disfunções identificadas, orientando o programa de forma equânime. Por conseguinte, acolho os encaminhamentos propostos.

O estágio do componente ambulatorial e o modelo de atenção

34. Passo, agora, a tratar da implementação do componente ambulatorial do Pate. A unidade especializada observou que este eixo, que materializa a inovação das Ofertas de Cuidado Integrado, as

Para verificar as assinaturas, acesse www.tcu.gov.br/autenticidade e informe o código 80486592.

denominadas OCI, encontra-se em estágio inicial de implementação, com produção ainda tímida e concentrada em poucos estados e especialidades.

35. A AudSaúde apurou que, entre janeiro e novembro de 2025, a produção de OCI correspondeu a apenas 6,9% do total programado pelos entes subnacionais nos Planos de Ação Regionais (PAR). Ademais, a execução mostrou-se desigual: seis estados (São Paulo, Minas Gerais, Rio de Janeiro, Paraná, Pernambuco e Paraíba) responderam por mais de 80% das OCI realizadas, ao passo que outros sete estados (Alagoas, Espírito Santo, Maranhão, Mato Grosso, Santa Catarina, Sergipe e Tocantins) não registraram qualquer produção no período.

36. Para a exata compreensão dos desafios de implementação, cumpre esclarecer a natureza dos dispositivos criados para viabilizar as OCI. O modelo pressupõe a atuação coordenada de duas estruturas: o Núcleo de Gestão do Cuidado (NGC) e o Núcleo de Apoio à Gestão (NAG). O NGC deve operar no interior dos estabelecimentos especializados de saúde, atuando como a "linha de frente" da jornada do paciente. Sua missão é monitorar o tempo e a qualidade dos procedimentos, reduzir o absenteísmo e assegurar que o cidadão navegue de forma fluida até o seu retorno seguro à Atenção Primária.

37. Já o NAG possui uma atribuição sistêmica e de retaguarda junto aos gestores estaduais e municipais, sendo responsável pela coordenação macro da rede, pelo apoio à formação dos prestadores e pela indução de estratégias como a telessaúde. Juntos, eles formam a engrenagem que operacionaliza a mudança do modelo de atenção e justifica o pagamento diferenciado pelas OCI.

38. Contudo, o desempenho verificado pela auditoria revela desafios justamente nessa estrutura operacional. A equipe constatou que o NGC e o NAG ainda não foram implementados em parcela significativa dos municípios (cerca de 44%). A dependência dessa estrutura é tamanha que a quase totalidade dos municípios sem NGC cadastrado não conseguiu sequer iniciar a execução das OCI.

39. Além disso, a articulação entre os núcleos existentes mostra-se incipiente, restringindo-se, na maior parte das vezes, a dúvidas operacionais e de faturamento, sem avançar para o monitoramento efetivo de indicadores assistenciais e de gestão da clínica, a exemplo do acompanhamento rigoroso do tempo de realização das etapas da OCI, do controle para a redução das taxas de absenteísmo dos pacientes e da integração da rede com ferramentas de telessaúde.

40. Diante desse cenário, a unidade instrutora propôs recomendar à Saes/MS que pactue indicadores específicos para o monitoramento do componente ambulatorial e realize a avaliação da implementação e atuação dos núcleos de gestão (NGC e NAG), visando aferir sua contribuição para a efetiva mudança do modelo de atenção.

41. Ao se manifestar sobre a proposta, o MS ressaltou os esforços empreendidos para a formação dos gestores e a integração dos sistemas de regulação, embora tenha admitido que a maturação do modelo de OCI é um processo de longo prazo, condicionado à adesão e à capacidade de adaptação dos entes locais.

42. Em minha análise, considero a proposta da unidade especializada adequada. O estágio inicial do componente ambulatorial demanda que este Tribunal atue como indutor de boas práticas de monitoramento. A instituição de indicadores de acompanhamento e a avaliação estruturada da atuação dos NGC e NAG são medidas que fornecem ao Ministério da Saúde o subsídio técnico necessário para diagnosticar, em tempo real, quais regiões enfrentam maiores dificuldades na transição do modelo de atenção, permitindo que a cooperação técnica federal seja mais assertiva. Portanto, acolho a recomendação formulada pela AudSaúde.

Maturidade dos sistemas de regulação e qualidade dos dados

Para verificar as assinaturas, acesse www.tcu.gov.br/autenticidade e informe o código 80486592.

43. O terceiro eixo da presente auditoria debruçou-se sobre a maturidade e o estágio de implementação dos sistemas informatizados de regulação, ferramentas tecnológicas indispensáveis para a governança das filas e para a alocação eficiente dos recursos do programa.

44. Conforme já delineado neste voto, a fiscalização evidenciou que a qualidade da gestão da atenção especializada é diretamente proporcional à confiabilidade dos dados que a suportam. A esse respeito, a equipe da AudSaúde identificou desafios significativos na cobertura, na integração e na consistência lógica das bases que alimentam a Rede Nacional de Dados em Saúde.

45. Primeiramente, constatou-se que a cobertura da RNDS é estruturalmente insuficiente para permitir uma avaliação abrangente dos resultados do programa. A rede conseguiu registrar apenas 6,8% da produção de cirurgias eletivas do SUS no ano de 2024. Na prática, isso significa que, de cada quinze cirurgias realizadas no País, apenas uma é efetivamente informada e acompanhada pelo sistema federal.

46. Verificou-se que mais da metade dos municípios brasileiros (51,8%) não utiliza nenhum sistema de regulação do Ministério da Saúde (Sisreg ou e-SUS Regulação), optando por sistemas locais fragmentados que não se comunicam adequadamente com a base nacional. Agrava o cenário o fato de que os cinco estados que concentram 55% de toda a produção cirúrgica do país (São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais, Rio Grande do Sul e Bahia) apresentam, juntos, uma cobertura na RNDS inferior a 1%.

47. Para o cidadão e para o formulador de políticas públicas, isso traduz uma realidade preocupante: o Ministério da Saúde não consegue ter dados significativos em relação ao que ocorre nos estados mais populosos, tornando as estatísticas nacionais de fila e de tempo de espera pouco representativas da real situação do País.

48. Em segundo lugar, a auditoria revelou que a integração entre os sistemas locais e a RNDS sofre com severas deficiências de interoperabilidade. Dados da pesquisa de campo revelaram que cerca de metade dos municípios brasileiros (49,7%) sequer integra seus dados ou desconhece se o faz, e apenas 21,3% cumprem a obrigatoriedade do envio diário de informações.

49. Entre os que conseguem enviar, uma amostra analisada apontou que 34,9% dos dados de regulação são rejeitados antes mesmo de serem incorporados à plataforma, concentrando-se quase a totalidade das falhas no erro relativo a dados inválidos ou mal formatados (HTTP 422). Além disso, não há governança sobre o ciclo de correção desses erros: os dados rejeitados não são armazenados, inexistem relatórios gerenciais sobre as rejeições e não há mecanismos institucionais estruturados para cobrar dos gestores locais a correção e o reenvio das informações.

50. Em terceiro lugar, evidenciou-se que os dados efetivamente aceitos pela plataforma apresentam inconsistências internas. Isso ocorre porque o modelo de dados da RNDS não impõe regras de validação cruzada entre seus campos. A título de exemplo, 96,6% dos registros com status "Agendado" possuíam a data de execução preenchida, indicando falha na atualização do status após o procedimento ter sido realizado. Foram encontrados, inclusive, milhares de registros cuja data de execução da cirurgia era anterior à data de solicitação do próprio procedimento médico, um contrassenso cronológico que a plataforma absorve sem qualquer mecanismo de bloqueio ou alerta.

51. Para mitigar esse quadro, a unidade instrutora propôs expedir determinações à Secretaria de Informação e Saúde Digital (Seidigi) e à Secretaria de Atenção Especializada à Saúde (Saes) para que apresentem minuta de plano operativo a ser pactuado na Comissão Intergestores Tripartite (CIT). O referido plano deve prever a implementação das tecnologias e o envio de dados à RNDS, abrangendo a integração dos dados de cirurgias hospitalares, bem como a efetivação das consequências normativas para o não envio. Propôs-se, ainda, determinações para a redução da taxa de rejeição, para a garantia de governança no fluxo de correção e para a implementação progressiva de regras de validação cruzada no modelo de dados.

Para verificar as assinaturas, acesse www.tcu.gov.br/autenticidade e informe o código 80486592.

52. Ao se manifestar sobre as constatações, o Ministério da Saúde esclareceu que, por uma decisão estratégica, optou por integrar inicialmente os dados ambulatoriais à RNDS, com foco especial nas solicitações das Ofertas de Cuidado Integrado (OCI), o que justificaria a atual prevalência de dados desse componente em detrimento do componente cirúrgico. A pasta informou, também, que disponibiliza um validador prévio para os integradores no Portal de Serviços do DataSUS e noticiou a recente atualização do Registro de Informações da Regulação Assistencial (Rira) com regras de obrigatoriedade condicional de campos, com vistas a sanar parte das inconsistências identificadas.

53. Em minha análise, corroboro integralmente as constatações da equipe de auditoria. A fragmentação sistêmica e a imaturidade tecnológica dos módulos de regulação locais representam riscos severos ao atingimento dos objetivos do Pate. Sem uma regulação transparente, integrada e apta a gerar informações fidedignas, a injeção de recursos federais corre o risco de financiar ineficiências em vez de ampliar o acesso à saúde de forma equitativa.

54. As iniciativas relatadas pelo Ministério, embora demonstrem movimentação corretiva, reforçam a necessidade de um planejamento estruturado, com prazos e metas definidos. Dessa forma, considero as propostas formuladas pela AudSaúde pertinentes e relevantes para a questão, razão pela qual as acolho.

Gestão de riscos e a transparência financeira

55. Por fim, a auditoria analisou aspectos transversais de governança e gestão do componente cirúrgico, identificando a ausência de um processo de gestão de riscos estruturado. A equipe apontou que, apesar da materialidade dos repasses, o processo formal de gerenciamento de riscos do Pate ainda não havia sido iniciado pela Secretaria de Atenção Especializada à Saúde (Saes), limitando a eficácia dos controles internos**.**

56. Constatou-se também deficiência na transparência orçamentário-financeira. Inicialmente, os painéis públicos não permitiam a rastreabilidade adequada do encontro de contas entre as parcelas de repasse antecipado e a efetiva comprovação da produção financiada. Contudo, após a atuação da equipe de auditoria, o Ministério instituiu um Plano Orçamentário específico para custeio do Pate, aperfeiçoando a segregação das despesas.

57. Ainda assim, subsiste a necessidade de aprimorar a divulgação pública dos chamados acertos de contas; isto é, a demonstração transparente de quanto cada ente recebeu de forma antecipada e quanto sofreu de desconto em seus repasses regulares (Teto MAC) por não ter comprovado a efetiva realização das cirurgias.

58. Acolho, desse modo, as determinações propostas pela unidade especializada para que o MS, por meio da Saes, estabeleça rotina de monitoramento e divulgação da efetiva execução financeira do programa, incluindo os acertos de contas e a alocação de emendas parlamentares. Sobre este último ponto, ressalto o achado da auditoria que aponta grave risco de descontinuidade da política, uma vez que cerca de 29% do financiamento do componente cirúrgico em 2025 derivou de emendas parlamentares (RP6 e RP7). Por se tratarem de recursos de natureza instável e discricionária que criaram forte concentração regional, o que exige máximo rigor do Governo Federal na sua rastreabilidade para garantir a continuidade dos serviços prestados à população.

59. Quanto à gestão de riscos, com o propósito de conferir maior capacidade de monitoramento, determino que a Saes/MS apresente a este Tribunal, no prazo de 60 dias, plano de ação detalhando os entraves institucionais e operacionais a serem superados para que, no prazo máximo de 120 dias, a Pasta inicie efetivamente a execução do processo de gestão de riscos do componente cirúrgico do Pate, conforme previsto no Plano de Gestão de Riscos do ministério e em cumprimento ao art. 17 do Decreto 9.203/2017.

Para verificar as assinaturas, acesse www.tcu.gov.br/autenticidade e informe o código 80486592.

***

60. Ante o exposto, parabenizo a equipe da AudSaúde não apenas pela profundidade das análises trazidas no relatório de fiscalização, mas também pela excelência na estruturação, na diagramação e na organização das informações contidas no documento que compõe a instrução da unidade (peça 306). Considerando que, via de regra, apêndices e anexos metodológicos, entre outros, não costumam compor os relatórios que precedem aos acórdãos desta Corte, sugiro que, dada a riqueza de seus dados, essa peça integral seja objeto de divulgação institucional.

61. Ademais, esta auditoria oferece um diagnóstico que, sem dúvida, balizará o aprimoramento da política de atenção especializada em nosso País e fornecerá valiosos subsídios ao Congresso Nacional. Consolidados no Repp 2026, as constatações desta fiscalização serão ferramentas essenciais para orientar os parlamentares na tomada de decisão durante o processo orçamentário, garantindo que a alocação e a repriorização dos recursos públicos ocorram de forma eficiente, baseadas em evidências e direcionadas com precisão para onde o cidadão mais necessita.

62. O Programa Agora Tem Especialistas lida com um dos gargalos mais sensíveis e dolorosos do Sistema Único de Saúde: a angústia da longa espera. Quando se trata de recursos públicos da ordem de bilhões, a gestão e a coordenação rigorosa dessa política transcendem a mera obrigação administrativa; constituem o fator determinante que separa o agravamento de doenças da célere devolução da dignidade e da saúde a milhares de brasileiros.

63. Por fim, registro que, estando o processo em meu gabinete, sobrevieram informações complementares encaminhadas pela Unidade de Auditoria Especializada em Integração de Dados, Métodos e Tecnologias para o Controle (AudDigital), juntadas à peça 314, acerca dos valores orçamentários a serem considerados para fins de consolidação do quadro-resumo do RePP 2026.

64. Nesse ponto, cumpre esclarecer que a execução efetiva do recorte auditado do Pate em 2025 correspondeu a R$ 3.823.822.402,73 (componente cirúrgico), conforme consignado no relatório que fundamenta este Voto. Já o Índice de Disponibilidade Orçamentária Efetiva deve observar a metodologia uniforme do RePP, que considera o empenho global da ação orçamentária que abastece a política avaliada.

65. Assim, no caso concreto, referido índice deverá ser apurado com base no total empenhado na Ação Orçamentária 8585 – Atenção à Saúde da População para Procedimentos em Média e Alta Complexidade, no valor de R$ 84.443.771.194,45, resultando no percentual de 108,63%.

Ante o exposto, VOTO para que o Tribunal aprove a minuta de Acórdão que ora submeto à deliberação deste Colegiado.

TCU, Sala das Sessões, em 24 de junho de 2026.

Ministro BRUNO DANTAS
Relator

Para verificar as assinaturas, acesse www.tcu.gov.br/autenticidade e informe o código 80486592.

ACÓRDÃO Nº 1622/2026 – TCU – Plenário

1. Processo nº TC 015.703/2025-8.
2. Grupo I – Classe de Assunto: V – Auditoria.
3. Interessados/Responsáveis:
3.1. Interessados: Assessoria Especial de Controle Interno do Ministério da Saúde; Secretaria-Executiva do Ministério da Saúde (00.394.544/0173-12).
4. Unidade jurisdicionada: Ministério da Saúde.
5. Relator: Ministro Bruno Dantas.
6. Representante do Ministério Público: não atuou.
7. Unidade Técnica: Unidade de Auditoria Especializada em Saúde (AudSaúde).
8. Representação legal: não há

9. Acórdão:

VISTOS, relatados e discutidos estes autos de auditoria operacional realizada pela Unidade de Auditoria Especializada em Saúde (AudSaúde), com o objetivo de avaliar a eficácia dos componentes cirúrgico e ambulatorial do Programa Agora Tem Especialistas (Pate) na redução das filas de acesso à atenção especializada,

ACORDAM os Ministros do Tribunal de Contas da União, reunidos em sessão do Plenário, por unanimidade, ante as razões expostas pelo Relator, em:

9.1. com fundamento no art. 250, inc. II, do Regimento Interno do TCU, e no art. 4º da Resolução-TCU 315/2020, determinar à Secretaria de Atenção Especializada à Saúde do Ministério da Saúde que:

9.1.1. com fundamento nos inc. V do art. 26 e VI do art. 30, do Anexo I do Decreto 11.798/2023, estabeleça, no prazo de 120 dias, rotina de monitoramento e meio de divulgação da efetiva execução financeira do componente cirúrgico do Pate, desde 2023, incluindo a produção física efetivamente financiada, acertos de contas de recursos a conta do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (Faec) e de alocação de recursos de emendas parlamentares, com as devidas notas explicativas de campos, data de extração dos dados e fontes dos dados, com base no art. 8º da Lei 12.527/2011 c/c o artigo 7º, § 3º, inc. III e IV do Decreto 7.724/2012 e com o art. 48, § 1º, inc. II, da Lei Complementar 101/2000;

9.1.2. com fundamento nos inc. I, art. 10, e V do art. 26, do Anexo I do Decreto 11.798/2023, e nos inc. II do art. 9º e II do art. 12 da Portaria GM/MS 10.220/2026, c/c o art. 7º, § 3º, inciso I, da Resolução-TCU 315/2020, elabore e apresente ao Tribunal, no prazo de 60 dias, plano de ação com etapas, responsáveis e prazos definidos, para iniciar a execução do processo de gestão de riscos do componente cirúrgico do Pate, conforme previsto no Plano de Gestão de Riscos do Ministério da Saúde e em cumprimento ao art. 17 do Decreto 9.203/2017;

9.2. com fundamento no art. 250, inc. II, do Regimento Interno do TCU, e no art. 4º da Resolução-TCU 315/2020, determinar à Secretaria de Informação e Saúde Digital em conjunto com a Secretaria de Atenção Especializada à Saúde, ambas unidades do Ministério da Saúde, que:

9.2.1. com fundamento nos inc. I, V, VII, VIII, XI, XII do art. 30, nos, inc. VII, XIII, XIV, XV do art. 54, no inc. II do art. 52, do Anexo I do Decreto 11.798/2023, e no art. 11 da Portaria GM/MS 5.820/2024, apresentem proposta, em até 90 dias, para pactuação na Comissão Intergestores Tripartite, de Plano Operativo previsto no art. 9º da Portaria GM/MS 6.656/2025, ou ao que vier a substituí-lo, conforme § 2º do art. 47-A da Lei 8.080/1990, no art. 3º, 4º e 9º do Decreto 12.560/2025, no art. 22 da Portaria GM/MS 7.266/2025 e no art. 59 da Portaria GM/MS 9.262/2025, contemplando metas progressivas e cronograma para implementação das tecnologias e envio dos dados de regulação para a Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS), incluindo: a definição da estratégia para a integração à RNDS dos dados hospitalares dos sistemas de regulação disponibilizados pelo MS; a

Para verificar as assinaturas, acesse www.tcu.gov.br/autenticidade e informe o código 80486593.

regulamentação das consequências previstas no parágrafo único do art. 9º da Portaria GM/MS 6.656/2025 para o descumprimento da obrigação de envio de dados de regulação para a RNDS;

9.3. com fundamento no art. 250, inc. III, do Regimento Interno do TCU, e no art. 11 da Resolução-TCU 315, de 2020, recomendar ao Ministério da Saúde que:

9.3.1. com fundamento no inc. V do artigo 26, inc. I e II do art. 31-A, e inc. I do art. 19 do Anexo I do Decreto 11.798/2023, e art. 13 da Portaria GM/MS 3.492/2024, efetue a pactuação na Comissão intergestores Tripartite dos indicadores de monitoramento do componente ambulatorial do Programa Agora tem Especialistas e promova o acompanhamento sistemático de tais indicadores, por estado, região e especialidade de Oferta de Cuidado Integrado (OCI);

9.4. com fundamento no art. 250, inc. III, do Regimento Interno do TCU, no art. 11 da Resolução-TCU 315, de 2020, recomendar à Secretaria de Atenção Especializada à Saúde do Ministério da Saúde que:

9.4.1. com fundamento nos inc. II, IV, VI do art. 31-A, inc. VIII e IX do art. 30, do Anexo I do Decreto 11.798/2023, acompanhe os tempos de espera para acesso a procedimentos cirúrgicos eletivos no SUS e divulgue periodicamente análises, com as notas metodológicas que se fizerem necessárias, como subsídio a medidas locais de ampliação do envio de informações para a RNDS, redução de tempos de espera e para identificação de formas de apoio pelo ministério aos entes federados com maiores dificuldades, conforme art. 47-A da Lei 8.080/1990;

9.4.2. com fundamento nos inc. II, V do art. 30, inc. IV do art. 31-A, do Anexo I do Decreto 11.798/2023; art. 5º da Portaria GM/MS 5.820/2024; § 3º , art. 4º da Portaria GM/MS 90/2023, alterada pela Portaria GM/MS 5.820/2024 e inc. I do art. 8º, inc. I e VI do art. 51 da Portaria GM/MS 9.262/2025, publique orientações sobre os procedimentos mínimos a serem seguidos para que os entes federados dimensionem a demanda existente ou prevista por procedimento, a quantidade de procedimentos cirúrgicos a ser realizada e sua atualização ao longo do ano;

9.4.3. com fundamento nos inc. I, IV, V do art. 31-A, inc. IX do art. 30, do Anexo I do Decreto 11.798/2023, avalie os efeitos do componente cirúrgico do Pate sobre as desigualdades regionais, definindo medidas para mitigar efeitos adversos, conforme inc. II, art. 3º da Portaria GM/MS 7.266/2025;

9.4.4. com fundamento nos inc. V do artigo 26, inc. I e II do art. 31-A, do Anexo I do Decreto 11.798/2023 e art. 10, § 4º e art. 12 da Portaria GM/MS 3.492/2024, e em atenção aos eixos da Política Nacional de Atenção Especializada constantes dos inc. III, IV, VIII, X e XV do art. 4º da Portaria 1.604/2023, avalie a implementação e atuação dos Núcleos de Gestão do Cuidado (NGC) e dos Núcleos de Apoio à Gestão (NAG), inclusive com a utilização de indicadores de monitoramento, abrangendo a contribuição dos núcleos para a mudança do modelo de atenção à saúde no SUS;

9.4.5. com fundamento no inc. V do art. 26, Anexo I do Decreto 11.798/2023, realize avaliações sobre a efetividade do componente cirúrgico do Pate, incluindo o desenvolvimento de indicadores de efetividade para monitoramento dos impactos do programa para os usuários do SUS, com base no art. 37, § 16, CF, c/c o art. 15 da Lei 8.080/90;

9.5. com fundamento no art. 250, inc. III, do Regimento Interno do TCU, no art. 11 da Resolução-TCU 315, de 2020, e nos inc. II, VII, VIII, XII, XIII, IX, art. 30, inc. VII, VIII, IX, XIII, XIV, XV, XVII art. 54, inc. I, II, VIII, IX, X, art. 52, do Anexo I do Decreto 11.798/2023; inc. XIV, art. 5º, inc. VII, art. 55 da Portaria GM/MS 9.262/2025; art. 2º da Portaria Conjunta SAES/Seidigi 3/2023; parágrafo único, art. 8º da Portaria 6.656/2025, recomendar à Secretaria de Informação e Saúde Digital, em conjunto com a Secretaria de Atenção Especializada à Saúde, ambas unidades do Ministério da Saúde, que:

9.5.1. adotem medidas para reduzir a taxa de rejeição de dados de regulação pela RNDS e para assegurar a governança do fluxo de integração, com fundamento no inc. I, V, art. 6º e no art. 9º e 11 do Decreto 12.560/2025, no art. 3º, inc. VIII, da Portaria GM/MS 7.266/2025, contemplando, no que couber: 1) a implementação de monitoramento sistemático das rejeições de dados de regulação, com publicação de relatórios gerenciais periódicos que discriminem volume, tipo de erro, sistema de

Para verificar as assinaturas, acesse www.tcu.gov.br/autenticidade e informe o código 80486593.

origem e UF; 2) a estruturação de procedimentos para garantir que os gestores locais realizem a efetiva correção e reenvio dos dados rejeitados, com prazos definidos, instrumentos de cobrança e indicadores de recuperação; 3) a realização de análises técnicas, em conjunto com os responsáveis pela camada de integração MIDDLEWAREFHIR e pelos sistemas Global Saúde, sobre as causas das falhas de integração com a RNDS; 4) o aprimoramento contínuo do Modelo de Informação da Regulação Assistencial (Mira), com base na análise sistemática dos padrões de erros semânticos observados na operação; a aplicação dos aprendizados obtidos no processo de integração dos sistemas de regulação à RNDS em ciclos periódicos de revisão; 5) a orientação aos desenvolvedores locais de sistemas de regulação para que implementem validações de conformidade ao padrão Mira antes do envio dos dados à RNDS;

9.5.2. implementem regras de validação de consistência lógica no modelo de dados da RNDS para regulação assistencial, conforme arts. 3º, 4º, 9º e 10 do Decreto 12.560/2025 e a Portaria Conjunta SAES/Seidigi 3/2023, contemplando, no que couber: 1) a exigência de preenchimento condicional de campos e de coerência lógica entre eles, adotando abordagem progressiva; 2) validação que impeça o aceite de registros com datas logicamente inválidas; 3) mecanismos de alerta que sinalizem aos gestores e às centrais de regulação situações possivelmente anômalas nos dados, sem necessariamente impedir seu registro;

9.6. enviar cópia deste acórdão, acompanhado do relatório e do voto que o fundamentam, além da peça 306 (instrução da unidade), para a Comissão de Assuntos Sociais do Senado Federal, a Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados, o Ministério da Saúde, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e a Confederação Nacional dos Municípios (CNM);

9.7. autorizar o monitoramento das deliberações constantes deste acórdão;

9.8. arquivar o presente processo, com base no art. 169, inciso V, do Regimento Interno do TCU.

10. Ata n° 24/2026 – Plenário.
11. Data da Sessão: 24/6/2026 – Ordinária.
12. Código eletrônico para localização na página do TCU na Internet: AC-1622-24/26-P.
13. Especificação do quórum:
13.1. Ministros presentes: Vital do Rêgo (Presidente), Walton Alencar Rodrigues, Benjamin Zymler, Bruno Dantas (Relator), Jorge Oliveira, Antonio Anastasia, Jhonatan de Jesus e Odair Cunha.
13.2. Ministros-Substitutos presentes: Augusto Sherman Cavalcanti, Marcos Bemquerer Costa e Weder de Oliveira.

(Assinado Eletronicamente)
VITAL DO RÊGO
Presidente

(Assinado Eletronicamente)
BRUNO DANTAS
Relator

Fui presente:

(Assinado Eletronicamente)
CRISTINA MACHADO DA COSTA E SILVA
Procuradora-Geral

Para verificar as assinaturas, acesse www.tcu.gov.br/autenticidade e informe o código 80486593.