



11º Encontro Internacional de Política Social 18º Encontro Nacional de Política Social

Tema: Entre o capital e a vida: questão social,
crise ambiental e resistências

Vitória, ES, Brasil, 18 a 20 de agosto de 2026

Eixo: Política Social: fundamentos histórico-teóricos, análise, avaliação e financiamento

Programa Agora tem Especialistas e a interface com a oncologia.

Andreia Martins da Costa Ribeiro¹

Mônica de Castro Maia Senna²

Resumo: O Programa Agora Tem Especialistas (PATE), instituído em 2025, propõe reduzir filas e ampliar o acesso à atenção especializada no SUS, especialmente na média complexidade. No entanto, a persistência de barreiras ao acesso e da demora no início do tratamento evidencia limites estruturais ainda não superados. Este estudo analisa o desenho do programa, suas ações e a interface com a oncologia, a partir de quatro eixos: relação público-privada, financiamento, continuidade do cuidado e contratação de pessoal. Também se discute a trajetória recente das políticas de redução de filas, do PNRF (2023) ao PMAE (2024), até o PATE. Apesar de seu caráter permanente, o programa apresenta incertezas quanto à efetividade, à transparência e à capacidade de promover mudanças estruturais no SUS.

Palavras-chave: programa agora tem especialista; políticas de saúde; oncologia.

Now There Are Specialists Program and its interface with oncology.

Abstract: The “Now There Are Specialists” Program (PATE), established in 2025, aims to reduce waiting lists and expand access to specialized care within Brazil’s Unified Health System (SUS), particularly at the medium-complexity level. However, the persistence of barriers to access and delays in initiating treatment highlight structural limitations that remain unresolved. This study analyzes the program’s design, its planned actions, and its interface with oncology, based on four key dimensions: public-private relations, financing, continuity of care, and workforce contracting. It also discusses the recent trajectory of waiting list reduction policies, from the National Program for Reducing Waiting Lists (PNRF, 2023) to the More Specialists Program (PMAE, 2024), culminating in PATE. Despite its permanent policy status, the program presents uncertainties regarding effectiveness, transparency, and its capacity to promote structural changes within the SUS.

Keywords: Now There Are Specialists Program; health policies; oncology.

1. Introdução

O Programa Agora Tem Especialista (PATE) é uma estratégia central do Ministério da Saúde (MS) para reduzir as filas de espera e eliminar barreiras ao atendimento com especialistas no Sistema Único de Saúde (SUS). A dificuldade de acesso a especialistas e a demora para o início do tratamento permanecem como desafios estruturais das políticas de saúde no Brasil. A interface com a oncologia é elemento presente no desenho do programa e a consolida como área prioritária, junto a outras cinco áreas: a cardiologia, a oftalmologia, a ginecologia, a ortopedia e a otorrinolaringologia.

¹Mestra em Políticas Sociais pela Universidade Federal Fluminense e Doutoranda do Programa de Estudos Pós-Graduados em Política Social. Email: andreiamartins87@gmail.com

²Pós-doutora em Ciências - Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz e Professora Titular da Universidade Federal Fluminense. Docente Permanente do Programa de Estudos Pós-graduados em Política Social. Email: monica_senna@id.uff.br

Estas áreas representam a maior concentração de demandas reprimidas no SUS. Nesse contexto, o presente estudo analisa o desenho do PATE, suas ações previstas para reduzir as filas e sua interface com a atenção oncológica.

O câncer é uma doença multidimensional, considerada questão de saúde pública. Para o Brasil, a estimativa para o triênio de 2023 a 2025 aponta que ocorrerão 704 mil casos novos de câncer, 483 mil se excluídos os casos de câncer de pele não melanoma (INCA, 2022), sendo a segunda maior causa de morte no país.

O PATE institui a ampliação do acesso à radioterapia, redução do tempo de espera para pacientes diagnosticados com câncer e prioridade de acesso aos pacientes com câncer ao acesso ao serviço especializado de radioterapia (BRASIL, 2025a). A lei não responde diretamente aos entraves das políticas de oncologia, mas favorece o acesso ao diagnóstico precoce e ao tratamento em tempo hábil a fim de cooperar com o cuidado integral.

O programa tem como objetivos qualificar e diversificar as ações e os serviços de saúde, ampliar a oferta de leitos hospitalares e reduzir o tempo de espera para a realização de consultas, de procedimentos, de exames e de demais ações e serviços de atenção especializada à saúde (BRASIL, 2025a).

O percurso metodológico pautou-se na pesquisa qualitativa e bibliográfica, de caráter exploratório e descritivo, fundamentada em revisão bibliográfica, documental e normativa. O estudo busca analisar o desenho do PATE e sua interface com a atenção oncológica no Brasil. A pesquisa bibliográfica foi realizada em bases de dados da área da saúde, incluindo a BVS, LILACS e SCIELO. A abordagem que analisa desenho de programas busca compreender a estrutura lógica das políticas sociais e a sua efetividade, como uma ferramenta que compreende estas políticas estão estruturadas para alcançarem seus objetivos, como serão avaliadas e monitoradas ao longo da implementação (Lima, Aguiar & Lui; 2022).

A coleta de dados foi realizada nos meses de janeiro e março de 2026, contemplando publicações dos últimos cinco anos (2022–2026). Os descritores estão representados por “Programa Mais Especialistas”, “Redução de Filas no SUS”, “Oncologia”, “Atenção especializada no SUS”. A análise dos dados foi realizada por meio de leitura analítica e interpretação crítica do material selecionado, buscando identificar categorias temáticas relacionadas ao desenho do programa.

O trabalho está estruturado em duas seções: a primeira fundamenta-se numa breve compreensão lógica do programa a partir de análise documental, seus antecedentes, além da interface com a oncologia. No segundo momento, serão explorados os quatro eixos analíticos: (a) relação público-privada; (b) financiamento; (c) continuidade do cuidado; (d) contratação de pessoal. A interpretação dos achados foi orientada pelo referencial das políticas públicas de saúde e da organização dos sistemas universais, com ênfase nos princípios do SUS.

Por último, apresentam-se as considerações finais, com as reflexões acerca do PATE enquanto estratégia de enfrentamento de redução de filas e acesso a especialistas no SUS num cenário de restrição fiscal.

2. Programa Agora tem Especialistas: perspectivas para o tratamento oncológico.

O Programa Agora tem Especialistas, lançado pela Portaria GM/MS nº 7.266, de 18 de junho de 2025 e posteriormente sancionado pela lei nº 15.233 de 7 de outubro de 2025, é uma estratégia que corrobora com a universalização do acesso integral à saúde. O PATE é uma evolução e integração de dois programas anteriores, que tinham como premissa a redução de filas de espera para o acesso à especialistas. Em 2023, o MS lançou o Programa Nacional de Redução de Filas (PNRF), com características emergenciais num contexto pós pandêmico da COVID-19, em que cirurgias eletivas foram represadas em detrimento do caráter de calamidade pública. O PNRF tinha como objetivo reduzir filas de espera para cirurgias eletivas, exames complementares e consultas especializadas no SUS.

No ano de 2024, o PNRF evoluiu em estrutura e estratégia para o Programa Agora tem Mais Especialistas (PMAE), implementado também, pela ex-ministra da saúde Nísia Trindade. O PMAE ampliou o acesso a consultas, exames especializados e atendimento ambulatorial, fortalecendo assim, a integralidade do acesso dentre os níveis de complexidade do SUS. O modelo proposto pelo PMAE *“interpõe um conjunto articulado de intervenções para mitigar e equacionar a problemática da assistência especializada”* (MIRANDA et al., 2025).

A adesão ao Programa Mais Acesso a Especialistas (PMAE) de 2024, chegou em 99,2% dos municípios brasileiros e 100% dos estados. Com isso, 97,5% das regiões de saúde estavam cobertas pela iniciativa. Entre 2024 e 2026, a meta era realizar mais de um milhão de cirurgias por ano (BRASIL, 2024).

Em 2025, o PMAE foi incorporado ao PATE, lançado pelo presidente Lula junto ao ministro da saúde Alexandre Padilha, com o objetivo de atuar em diversas frentes no que tange à média complexidade, como os ambulatorios, as cirurgias, o acesso à radioterapia, os créditos financeiros, o SUS digital, o ressarcimento ao SUS, o aprimoramento e formação e serviços especializados complementares (BRASIL, 2025a). O PATE vigorará até 31 de dezembro de 2030, conforme desenho do programa, se diferenciando de seu antecessor pela priorização na rápida oferta de consultas e exames especializados e a redução de filas.

O programa alcança o patamar de política pública integrada às demais políticas de saúde brasileiras, incluindo as políticas oncológicas. Destaca-se, ainda, como ponto de atenção e análise, a participação do setor privado e das operadoras de planos de saúde na operacionalização da iniciativa. Miranda et al. (2025) apontam o programa como uma inovação programática em razão de seu caráter organizativo e da integração de diferentes estratégias em uma única política. Em seu desenho institucional, o programa apresenta três modalidades principais de oferta de serviços: (i) crédito financeiro e mecanismos compensatórios destinados a entidades filantrópicas e hospitais sem fins lucrativos, como as Santas Casas; (ii) a modalidade denominada Oferta de Cuidado Integrado (OCI), composta por clínicas e hospitais privados, com ou sem fins lucrativos, interessados em prestar serviços ao SUS; e (iii) a modalidade de ressarcimento, envolvendo a conversão de dívidas de operadoras de planos de saúde em prestação de serviços ao sistema público.

Observa-se predominância da adesão por entidades filantrópicas, indicando a centralidade histórica desse segmento na provisão de serviços especializados no SUS, conforme análise de Miranda et al, servem a

fomentar e incrementar a participação sistêmica do setor privado, provedor e detentor do maior volume de estabelecimentos, equipamentos e serviços especializados que serão usados para referenciar pacientes do SUS (MIRANDA et al., 2025, pág.4).

O mix público-privado, presente na configuração estrutural do PATE, é um *modus operandi* do sistema de saúde brasileiro, em que a universalidade e a participação suplementar são parte estruturais e constitutivas do sistema. Ancorado na previsão constitucional, a participação complementar da iniciativa privada no SUS não representa uma ruptura, mas a reafirmação de um modelo, no qual o Estado atua predominantemente como financiador e regulador, ao passo que a oferta de serviços é compartilhada com

entidades filantrópicas e prestadores privados. A iniciativa privada pode participar do SUS, em caráter complementar.

São consideradas características inovadoras, então, *“a possibilidade de introduzir no SUS os hospitais eminentemente privados que antes não prestavam atendimento aos usuários do SUS e as empresas de planos de saúde, que podem prestar atendimento por meio da sua rede verticalizada ou credenciada”* (COSTA et al, 2025) e integração do SUS ao setor privado pela modalidade abatimento de dívidas tributárias, de geração de créditos e de ressarcimento. Bahia et al. (2025) descrevem que desenho do programa estrutura a ampliação a capacidade de atendimento do SUS utilizando a estrutura dos setores privados e filantrópicos, atraindo parcerias através de *incentivos fiscais a hospitais e operadoras de planos de saúde, mediante a prestação de serviços de saúde aos usuários do sistema público* (BAHIA et al., 2025).

A coordenação das ações com a oncologia aparecem inicialmente na Portaria GM/MS nº 7.266/2025, que desenhou a operacionalização do PATE, em seus artigos 2º, 3º, 4º, 5º e 8º. O diagnóstico do câncer está descrito como um dos objetivos da portaria, sendo o elemento radioterapia um eixo estruturante da estratégia. Observa-se ainda, a preocupação com o fortalecimento do cuidado oncológico e o tempo entre o diagnóstico e início do tratamento. Outro item para regulatório para a eliminação de barreiras à oncologia diz respeito à regionalização, que tem como premissa a otimização do tempo ao atendimento oncológico. Aborda-se ainda, na portaria, a questão do financiamento ao tratamento radioterápico (BRASIL, 2025a).

A interface com as políticas oncológicas está implícita desde as primeiras versões do programa: não se configura apenas como ampliação da oferta de serviços, mas evidencia um desenho que propõe responder ao vazio assistencial estrutural a partir de suas ações articuladas e estratégias. O PATE reforça as diretrizes de legislações oncológicas precedentes e coaduna com princípios da lei nº 12.732/2012, a lei dos 60 dias, com a lei dos 30 dias, e com a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer - PNPCC (lei nº 14.758/2023), que priorizam o cuidado integral ao paciente oncológico, desde a detecção precoce aos cuidados paliativos, fortalecendo a organização das redes, a intersetorialidade, atendimento multiprofissional nos diferentes níveis de complexidade.

A efetivação desta interface, conforme desenho do programa, poderá se dar a partir da desconcentração de serviços, na melhora do rastreamento, monitoramento e detecção precoce do câncer, e consequentemente, na redução das taxas de mortalidade pela doença.

2.1. Elementos para análise do PATE e a interface com a oncologia.

Considerando que dados para a avaliação do PATE ainda são incipientes, por se tratar de programa em curso de implementação, os eixos propostos configuram-se como pontos de atenção ao seu desenho estrutural, à sua lógica organizativa e às possibilidades de efetividade. Busca-se ainda, a partir destes elementos, identificar a interface com as políticas de oncologia e avaliar os possíveis caminhos para o tratamento oncológico enquanto eixo estruturante do programa.

O PATE apresenta inovações importantes no acesso à atenção especializada, especialmente na oncologia, ao ampliar possibilidades de diagnóstico e tratamento no SUS, em consonância com normativas vigentes relativas ao tempo oportuno de início do tratamento. Destaca-se, ainda, a transparência e a integração da rede, como a utilização de ferramentas digitais, dentre elas o aplicativo Meu SUS Digital, que permite o acompanhamento de encaminhamentos, filas e status assistenciais.

a) Mix público-privado

O primeiro eixo de análise é a prevalência do mix público-privado, presente na configuração estrutural do PATE, que constitui um modus operandi do sistema de saúde brasileiro e respaldado pela Constituição Federal (CF) de 1988. Ela prevê a participação complementar da iniciativa privada na assistência à saúde. Nesse sentido, o desenho do programa não representa uma ruptura, mas reafirma um arranjo histórico, no qual a provisão de serviços especializados é compartilhada entre o setor público, entidades filantrópicas e prestadores privados.

As diferentes modalidades de adesão ao programa evidenciam essa lógica, ao mobilizar desde hospitais filantrópicos até prestadores privados e operadoras de planos de saúde para prestar serviços especializados. Tal configuração amplia a oferta de serviços, mas também suscita preocupações quanto à possibilidade de reforço da dependência estrutural do setor privado e à seletividade dos procedimentos ofertados.

A Lei nº 15.233/2025 institui o Grupo Hospitalar Conceição S.A. como empresa subsidiária, dotada de personalidade jurídica própria, com atribuições no credenciamento de serviços de saúde, tais como hospitais e clínicas, para a ampliação da oferta de consultas especializadas, exames e cirurgias. Esse arranjo amplia o papel do grupo para além da prestação direta de serviços, inserindo-o como agente indutor na organização da oferta assistencial no âmbito do PATE.

Conforme o desenho do programa, a empresa na operacionalização da política, pode centralizar funções estratégicas em uma entidade pública de direito privado, buscando agilidade nos processos de contratação e expansão da capacidade instalada. Por outro lado, esse modelo suscita questionamentos quanto à regulação, à transparência dos critérios de credenciamento e à articulação com as redes regionais de saúde, especialmente diante da coexistência de múltiplos prestadores e diferentes regimes de gestão. O Grupo Hospitalar Conceição assume ainda, a responsabilidade pela capacitação e qualificação dos profissionais que atuarão no programa, reforçando seu papel na indução de padrões assistenciais.

b) Financiamento

O financiamento pode constituir um dos principais limites estruturais à efetividade do PATE. A persistência do subfinanciamento do sistema de saúde brasileiro impacta diretamente a capacidade de expansão e sustentabilidade das ações propostas. Logo, o subfinanciamento da Atenção Básica (AB) em Saúde - porta de entrada - é um elemento relevante neste contexto de implementação do PATE, programa que preconiza acesso a especialistas.

O desenho do programa faz a interlocução da AB e do atendimento especializado (BRASIL, 2025b). Um ponto importante de atenção à implementação do programa deve ser o monitoramento, a fim de não privilegiar o acesso direto à média complexidade por meio de arranjos com o setor privado e promover uma especialização do cuidado desvinculado do território.

Giovanella (2018) alerta que a AB enfrenta ameaças em conjuntura de austeridade fiscal³. Personificada pela Proposta de Emenda Constitucional (PEC) nº 241/2016 do Teto de Gastos, o gasto com políticas de saúde evidenciam *elevadas perdas de recursos para o SUS e agravamento do subfinanciamento, com pressão crescente sobre municípios* (GIOVANELLA, 2018). Os limites de orçamento público da União impostos por esta nova realidade fiscal implicam diretamente no financiamento das políticas sociais e nos gastos sociais (SALVADOR, 2024).

³ A compreensão de austeridade fiscal para este trabalho toma como base os estudos de Fagnani (2018) em relação à Seguridade Social. O autor destaca que a austeridade aplicada nas políticas sociais brasileiras impõem o crescimento para ajustar, considerando fatores exógenos (receitas) e endógenos (comportamento das despesas). Refere ainda que, *o atual imperativo da austeridade e do ajuste fiscal encobre o propósito de alterar o modelo de sociedade pautado em 1988* (Fagnani, 2018, p. 59).

Deve-se analisar e monitorar se estas estratégias serão suficientes ou capazes de alterar significativamente o equilíbrio entre público e privado na atenção especializada (Bahia et al., 2025). Desse modo, torna-se evidente que o programa está inserido num contexto de restrição orçamentária em que pode limitar o seu potencial transformador, e consequentemente, reduzir as soluções propostas às respostas pontuais frente a demandas estruturais.

c) Continuidade do Cuidado

A continuidade do cuidado constitui um eixo central para a análise do PATE, especialmente no campo da oncologia, em que o acompanhamento longitudinal e integrado é determinante para os desfechos em saúde. O desenho do programa propõe avanços em seu marco legal, além de estratégias operacionais como teleconsultas, mutirões e ampliação do acesso a serviços especializados. O apelo midiático do PATE em relação à facilidade do acesso pode resultar em interpretações equivocadas em relação à porta de entrada do SUS.

Outro elemento importante acerca da continuidade do cuidado, é a valorização da especialização, que pode neste contexto, tensionar o papel da AB como coordenadora do cuidado, favorecendo modelos de cuidado centrados em procedimentos e na figura médica, em detrimento de ações de promoção e prevenção (GIOVANELLA, 2018).

A judicialização em saúde, na contemporaneidade, constitui um fenômeno recorrente no contexto brasileiro, frequentemente acionado como mecanismo para garantia do direito constitucional à saúde. O recurso ao Poder Judiciário como via de acesso a serviços e tecnologias em saúde evidencia, por um lado, a insuficiência ou baixa efetividade das respostas do Poder Executivo e, por outro, contribui para a individualização de demandas que são, em essência, de natureza coletiva. Dados do Conselho Nacional de Justiça (CNJ, 2025) indicam que a oncologia, por exemplo, ocupa a terceira posição entre os temas mais judicializados, correspondendo a 10,8% dos processos na saúde pública, majoritariamente relacionados à solicitação de medicamentos e procedimentos que deveriam ser ofertados pelo sistema.

No âmbito do PATE, tais tensões atravessam o desenho do programa e expressam limites do arranjo público-privado, que podem aprofundar desigualdades no acesso. A ampliação da transparência nas filas e o fortalecimento de sistemas integrados de informação podem contribuir para a identificação de gargalos assistenciais. Ainda assim, a judicialização, ao se consolidar como via recorrente de acesso, tensiona os princípios

da universalidade e da equidade, ao potencialmente fragmentar a lógica de organização do cuidado e deslocar prioridades coletivas para demandas individuais.

d) Contratação de pessoal

A contratação e qualificação de profissionais de saúde representam eixo estratégico do PATE, com ênfase na ampliação e diversificação das equipes e na incorporação de práticas multiprofissionais, em consonância com abordagens biopsicossociais do cuidado.

A Lei nº 15.233/2025 estabelece, entre seus objetivos, a qualificação e diversificação das ações e serviços de saúde, além de prever iniciativas de formação, capacitação e educação permanente, a cargo do Grupo Hospitalar Conceição S.A. Neste sentido de análise, o programa se alinha à PNPC, ao reconhecer a educação permanente como estratégia de transformação das práticas em saúde.

Entretanto, neste curto processo de implementação do programa, crescem vínculos de trabalho precários para profissionais de saúde atuarem no programa, tais como contratos temporários mediados por fundações. Como exemplo, destaca-se a adesão do PATE pelo Instituto Nacional de Câncer (INCA), instituição de referência na prevenção, no controle e no tratamento do câncer no país, que abriu edital de seleção para 20 cargos de profissionais da saúde, no final do ano de 2025, mediado pela Fiotec/Fiocruz - uma fundação de direito privado sem fins lucrativos - para realizar a seleção e contratação dos profissionais, com vínculo temporário (1 ano, prorrogável, se houver interesse institucional). Editais como este, reforçam a lógica da crise estrutural ao capital, em que *destrói-se a força humana que trabalha e destroçam-se dos direitos sociais* (Antunes, 2000), compondo um novo proletariado, o dos profissionais *terceirizados* e *subcontratados*. Neste caso, os baixos salários e o vínculo contratual precário podem trazer rebatimentos na continuidade do cuidado e no referenciamento dos usuários em tratamento oncológico.

Esse modelo de contratação se insere num contexto mais amplo de reconfiguração da gestão do trabalho SUS, marcado pela crescente presença de entidades privadas na operacionalização dos serviços públicos, como as Organizações Sociais de Saúde (OSS). As OSS, ao assumirem a gestão de unidades e serviços, introduzem mecanismos de flexibilização administrativa e trabalhista, frequentemente associados à contratação sob regimes celetistas, terceirizações e vínculos temporários.

A literatura aponta que a precarização das relações de trabalho é estratégia em conjuntura de austeridade fiscal e à redução de custos no setor público, o que pode impactar negativamente a qualidade da atenção e a integralidade do cuidado, sendo o rebaixamento dos custos trabalhistas parte da funcionalidade da austeridade fiscal e fortalece a destruição da cidadania, justificando assim, o Estado mínimo liberal (FAGNANI, 2018). Para a oncologia, por exemplo, em que a subjetividade do usuário e a continuidade da equipe são determinantes para o sucesso do acompanhamento/tratamento, a rotatividade profissional imposta por vínculos precários torna-se um limite à integralidade pretendida pelo PATE.

3. Considerações finais

O PATE surge com o propósito de reduzir filas para atendimento especializado, eliminar barreiras e ampliar o acesso a consultas, exames e cirurgias de média complexidade no SUS. Contudo, ainda há pouca produção acadêmica acerca da implementação do programa e até mesmo resultados, o que reforça a necessidade de monitoramento e avaliação contínuos da política.

Bahia et al.(2025) trazem elementos importantes: o programa convida o privado a ampliar o acesso ao público. A relação público-privado transcende a contratação de serviços e avança para uma integração via compensações tributárias e créditos financeiros que inserem o setor suplementar diretamente no ordenamento do fluxo do SUS. Essa articulação ocorre em um contexto de austeridade fiscal e suscita debates acerca da autonomia estrutural do SUS e da relação público-privada no sistema de saúde brasileiro.

O desenho do programa busca fortalecer a equidade, a regionalização e a ampliação do acesso à atenção especializada. Entretanto, para que não se configure como uma iniciativa paralela e tecnicista, é fundamental sua articulação com a AB, garantindo a coordenação do cuidado e a integralidade da assistência.

Na oncologia, ações pontuais podem resolver problemas imediatos, sem ir ao cerne da questão, que é estrutural. O PATE e as políticas oncológicas podem caminhar numa mesma direção: acesso em tempo hábil, continuidade dos serviços de forma integrada, acesso a exames e ao tratamento. O desafio posto para o SUS é garantir que a busca pela agilidade não ocorra em detrimento da coordenação do cuidado pela AB e da preservação do caráter público e universal da saúde brasileira.

O programa inaugura um caráter inovador ainda, quando torna a Educação Permanente como uma estratégia. A formação continuada dos especialistas e a integração desses profissionais com as equipes da AB são fundamentais para garantir que o cuidado seja coordenado e que as práticas clínicas estejam alinhadas às diretrizes do sistema universal.

Por fim, o desenho do programa indica que eixos como a fragilidade das governanças regionais, somada a limitações nos mecanismos de transparência e controle social, podem se concretizar como obstáculos relevantes à sua implementação. Nesse contexto, há risco de o programa assumir caráter pontual e imediatista, sem produzir mudanças estruturais, reforçando a necessidade de acompanhamento e avaliação contínuos.

4. Referências

- ANTUNES, Ricardo. **Trabalho e precarização numa ordem neoliberal**. In: GENTILI, Pablo (org.). *A cidadania negada: políticas de exclusão na educação e no trabalho*. Buenos Aires: CLACSO, 2000.
- BAHIA, L.; MATTOS, L.; ANDRIETTA, L.; GRABOIS, G. (org.). **Programa Agora Tem Especialistas: desafios para o direito universal à saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: GPDES/IESC/UFRJ, 2025.
- BRASIL. **Lei nº 15.233, de 7 de outubro de 2025**. Dispõe sobre a implementação do Programa Agora Tem Especialistas. Brasília, DF: Presidência da República, 2025a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Agora Tem Especialistas amplia acesso no SUS**. Agência Gov, 23 dez. 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/agenciagov/>. Acesso em: 10 de fevereiro de 2026.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 7.266, de 18 de junho de 2025**. Institui o Programa Agora Tem Especialistas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Departamento de Informática do SUS (DATASUS). Painel Oncologia**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br>. Acesso em: 25 jan. 2026.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Relatório de Monitoramento do Programa Agora Tem Especialistas**. Brasília, DF: Fundo Nacional de Saúde, 2025c. Disponível em: [link do site]. Acesso em: 25 jan. 2026.
- CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Diagnóstico da judicialização da saúde pública e suplementar**. Brasília, DF: CNJ; PNUD, 2025.

COSTA, D. C. A. R.; BAHIA, L.; COSTA, J. F. R.; COSTA, J. L. R. **Universalismo privatizante no sistema de saúde brasileiro e o programa agora tem especialistas.** SciELO Preprints, 2025. DOI: 10.1590/SciELO Preprints. 14185. Disponível em: <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/14185>. Acesso em: 25 jan. 2026.

FAGNANI, E. In: ROSSI, P.; DWECK, E.; OLIVEIRA, A. L. M. (org.). **Economia para poucos: impactos sociais da austeridade e alternativas para o Brasil.** São Paulo: Autonomia Literária, 2018. Cap. 3.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). **Estimativa de 2023: incidência de câncer no Brasil.** Rio de Janeiro: INCA, 2022.

LIMA, L. L.; AGUIAR, R. B. de; LUI, L. **Desenho de políticas públicas: análise de robustez das políticas de desenvolvimento das capitais brasileiras.** Teoria e Pesquisa: Revista de Ciência Política, n. 31, p. 24–49, 2022.

MIRANDA, A.; COSTA, A. M.; RIZZOTTO, L. F.; LOBATO, L. V. C. **Programa Mais Especialistas: contextos e expectativas.** Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 49, n. 146, jul./set. 2025.

SALVADOR, E. **O arcabouço fiscal e as implicações no financiamento das políticas públicas.** Argumentum, Vitória, v. 16, n. 1, p. 6-19, jan./abr. 2024.