

# Oficina de Regulação no SUS



**CONASS**

Conselho Nacional de Secretários de Saúde

# Oficina de Apoio às SES para Implementação da Política Nacional de Regulação no SUS – Referencial Teórico

## Apresentação

A Política Nacional de Regulação no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), instituída pela Portaria GM/MS nº 9.262/2025, constitui um marco normativo fundamental para o fortalecimento da organização do acesso, da integralidade do cuidado e da eficiência na utilização dos recursos públicos em saúde. Ao reconhecer a regulação como função essencial da gestão do SUS, a Política reafirma seu papel estratégico na articulação entre a oferta de ações e serviços de saúde e as necessidades da população, sempre orientada pelos princípios da universalidade, equidade e integralidade.



Para fins desta Portaria, a Regulação, no âmbito da saúde, é compreendida como a função estatal exercida por meio de normas, leis, diretrizes, instrumentos e práticas de gestão e de cuidado, destinada a assegurar o direito à saúde, mediante a organização, qualificação e ordenamento da oferta de ações e serviços, bem como a correção de falhas de mercado na produção e distribuição de bens e serviços de saúde. Trata-se de uma função transversal e estruturante da gestão do SUS, que abrange dimensões gerenciais, administrativas, tecnológicas e clínicas, orientada à garantia do acesso oportuno, equânime, qualificado e resolutivo, em conformidade com as necessidades de saúde da população.

Este documento apresenta os principais conteúdos da referida Portaria, acrescidos de observações técnicas e subsídios operacionais voltados a apoiar as Secretarias Estaduais de Saúde (SES) na elaboração e implementação de seus Planos de Ação. Elaborado para subsidiar as Oficinas Macrorregionais promovidas pelo Conass, o material busca favorecer o alinhamento conceitual, o aprofundamento técnico e a análise estratégica, com vistas ao fortalecimento do papel coordenador dos estados na governança, organização e qualificação da regulação no SUS.

## Introdução

### O Papel da gestão estadual na coordenação do sistema estadual de saúde e na implementação do SUS

O processo de descentralização do Sistema Único de Saúde (SUS) atribuiu aos estados e municípios um conjunto ampliado e complexo de responsabilidades, exigindo respostas estratégicas no que se refere aos modelos de atenção, de gestão e de financiamento. Nesse contexto, a gestão estadual assume papel estruturante na coordenação do sistema estadual de saúde, cabendo-lhe promover a articulação interfederativa e assegurar a integralidade da atenção à saúde de forma pactuada, regionalizada e cooperativa com os demais entes federativos.

Compete às Secretarias Estaduais de Saúde (SES) coordenar o planejamento regional integrado, ordenar a organização das referências intermunicipais e macrorregionais e atuar na redução de iniquidades

territoriais e na correção de falhas de mercado na oferta de ações e serviços de saúde. Essas atribuições são essenciais para garantir o acesso oportuno, equânime e qualificado à atenção à saúde, em consonância com as necessidades da população e com os princípios do SUS.

Nesse cenário, a regulação ultrapassa uma perspectiva estritamente administrativa ou restrita ao controle de fluxos assistenciais, configurando-se como função estratégica, transversal e indissociável da gestão estadual. Trata-se de uma função que integra dimensões gerenciais, organizacionais, tecnológicas e clínico-assistenciais, orientada à ordenação do acesso, à qualificação do cuidado e à otimização do uso dos recursos disponíveis.

O exercício efetivo desse papel requer que a SES lidere o processo de organização e o fortalecimento das Redes de Atenção à Saúde (RAS), orientando a conformação de arranjos regionais e macrorregionais capazes de enfrentar a fragmentação dos serviços e promover a continuidade do cuidado. Nessa perspectiva, a regulação deve ser compreendida como um instrumento estratégico de garantia de direitos, promoção da equidade e indução da integração sistêmica, contribuindo para a efetivação dos princípios do SUS e para a consolidação de um sistema regionalizado, integrado e resolutivo.

## Fundamentos e Diretrizes da Política Nacional de Regulação

### O Conceito ampliado de regulação no SUS

A institucionalização da Política Nacional de Regulação, originalmente estabelecida pela Portaria GM/MS nº 1.559/2008, representou um avanço relevante na organização do acesso e na estruturação dos processos regulatórios no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Contudo, as transformações ocorridas nas últimas décadas — como a ampliação das demandas assistenciais, a crescente complexidade das Redes de Atenção à Saúde (RAS), o avanço das tecnologias em saúde e a necessidade de maior integração interfederativa — evidenciaram limites daquele marco normativo e a necessidade de sua atualização.

Nesse mesmo período, o próprio modelo de indução federal, ancorado em incentivos financeiros predominantemente direcionados à regulação do acesso à assistência, contribuiu para reforçar uma abordagem mais operacional e centrada na gestão de filas e fluxos assistenciais. Como consequência, observou-se um descompasso no desenvolvimento das demais dimensões da regulação, especialmente no âmbito da organização da atenção à saúde, resultando em um hiato na estruturação interna das Secretarias Estaduais de Saúde (SES) para o exercício pleno da função regulatória.

**A revisão da política de regulação, materializada na Portaria GM/MS nº 9.262/2025, reposiciona a regulação como função estruturante da gestão do SUS**, em consonância com os marcos normativos que orientam a organização do sistema. Destacam-se, nesse sentido, a Portaria GM/MS nº 4.279/2010, que estabelece as diretrizes para a organização das Redes de Atenção à Saúde; o Decreto nº 7.508/2011, que regulamenta a Lei nº 8.080/1990 e dispõe sobre a organização das regiões de saúde, o planejamento e a articulação interfederativa; e as Resoluções da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), em especial a Resolução nº 23/2017, que institui diretrizes para o fortalecimento da governança das RAS no SUS. Esses instrumentos reforçam a centralidade da regionalização, do planejamento integrado e da governança colaborativa como fundamentos para a organização do acesso e da atenção à saúde.



Nesse escopo ampliado, a regulação orienta o funcionamento do sistema, segundo as necessidades de saúde da população e os princípios constitucionais do SUS, atuando sobre múltiplas dimensões:

- Regulação de Sistemas de Saúde: ações sobre os sistemas (federal, estadual, municipal), incluindo, entre outras ações, a vigilância, o controle e a avaliação.
- Regulação da Atenção à Saúde: focada na prestação de serviços, englobando a contratação, programação e habilitação de prestadores públicos e privados.
- Regulação do Acesso: processos que promovem e avaliam a alternativa assistencial mais adequada à necessidade do usuário em tempo oportuno.

A finalidade da regulação, portanto, é assegurar o direito à saúde, promovendo a universalidade do acesso, a equidade na alocação de recursos e a integralidade do cuidado, ao mesmo tempo em que busca reduzir assimetrias, corrigir falhas de mercado, enfrentar desigualdades territoriais e induzir maior eficiência, qualidade e segurança na prestação das ações e serviços de saúde.

**Figura 1 - Regulação como função essencial de gestão**



Fonte: Gerado por notebooklm, em 09/03/26

O exercício efetivo desse papel requer que a SES lidere a organização e o fortalecimento das Redes de Atenção à Saúde, orientando a conformação de arranjos regionais e macrorregionais capazes de enfrentar a fragmentação dos serviços e promover a continuidade do cuidado. Nessa perspectiva, a regulação se afirma como instrumento essencial para a garantia do direito à saúde, a promoção da equidade e a indução da integração sistêmica, contribuindo para a efetivação dos princípios do SUS e para a consolidação de um sistema regionalizado, integrado e resolutivo.

### **Princípios, diretrizes e objetivos da Política Nacional de Regulação**

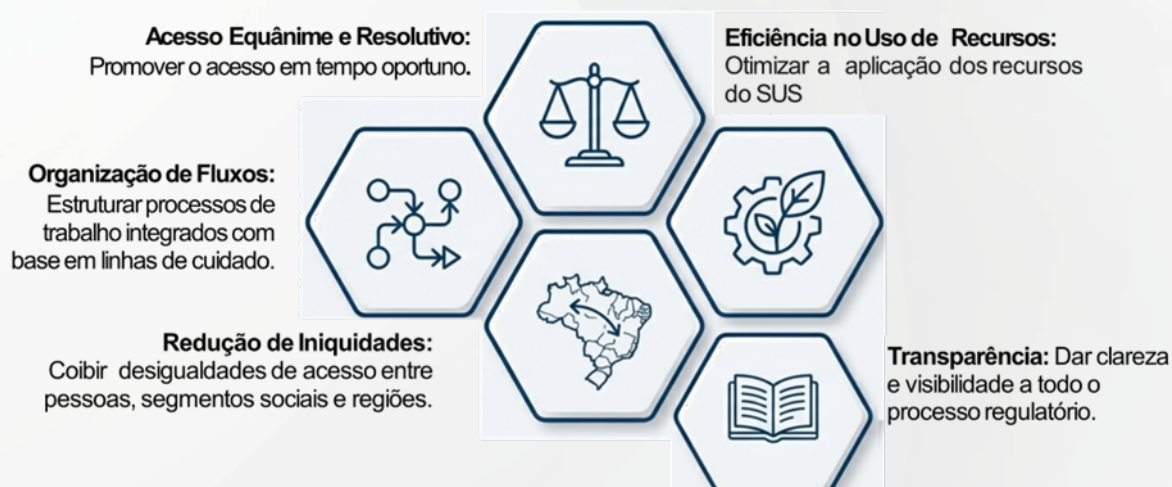
A Política Nacional de Regulação em Saúde (PNR-SUS) constitui um marco orientador da atuação regulatória no Sistema Único de Saúde. Fundamenta-se nos princípios constitucionais do SUS, especialmente na garantia do acesso universal e equânime às ações e serviços de saúde, na integralidade

do cuidado e na descentralização com direção única em cada esfera de governo. Sendo assim, a regulação é concebida como instrumento indissociável do planejamento, da programação, do financiamento e da avaliação das ações de saúde.

São objetivos da PNR-SUS estabelecidos no art. 2º da Portaria GM/MS nº 9.262/2025: I - promover o acesso equânime e resolutivo, em tempo oportuno, às ações e serviços de saúde; II - organizar os fluxos assistenciais e processos de trabalho integrados, com base em linhas de cuidado; III - promover a eficiência no uso dos recursos do SUS; IV - coibir a iniquidade de acesso entre pessoas e segmentos sociais e reduzir as iniquidades regionais no acesso à atenção especializada; e V - promover a transparência no processo regulatório.

Em conjunto, esses objetivos reafirmam a regulação como um instrumento estratégico de governança do SUS, voltado não apenas à gestão do acesso, mas à indução de um sistema de saúde mais integrado, equitativo, eficiente e orientado às necessidades de saúde da população.

**Figura 2 - Objetivos estratégicos da nova política de regulação**



Fonte: Gerado por notebooklm, em 09/03/26

A PNR-SUS compreende ações desenvolvidas pelos gestores de saúde das esferas federal, estadual, distrital e municipal, em articulação com os serviços de atenção e de vigilância em saúde, órgãos e entidades auxiliares.

As disposições da PNR-SUS aplicam-se aos prestadores de serviços de saúde próprios e complementares do SUS, contratados e conveniados, que deverão observar as obrigações, responsabilidades e processos de trabalho definidos na Portaria GM/MS nº 9.262/2025, assegurada a observância das demais normas vigentes do SUS.

A PNR/SUS adota os seguintes conceitos, conforme Art. 4º:

I - lista ou fila: mecanismo de ordenação do acesso aos serviços, baseado em critérios definidos em protocolos de acesso, compreendendo:

a) lista ou fila única: mecanismo de ordenação unificada para acesso a um mesmo serviço ou ação em saúde, baseado em critérios definidos em protocolos de acesso e que garanta equidade no acesso dos usuários que necessitam as mesmas ações de saúde, ainda que apresentem condições biopsicossociais distintas;

b) disseminação unificada da lista ou fila: disseminação integrada do conjunto de solicitações em lista, por critério de agregação, seja territorial, seja por procedimentos ou outros, ainda que submetidas a processos de gestão distintos.

II - microrregulação: conjunto de ações regulatórias no âmbito dos estabelecimentos de saúde, articuladas com os dispositivos de regulação e orientadas pela lógica do cuidado;

III - navegação do cuidado: conjunto de ações e atividades relacionadas ao acompanhamento e intervenções sobre a jornada do usuário nos estabelecimentos de saúde e na Rede de Atenção à Saúde - RAS, com o objetivo de garantir a realização da investigação diagnóstica e do tratamento em tempo oportuno e com a qualidade requerida;

IV - programação de ações e serviços de saúde: processo de 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;

V - protocolo de acesso: documento que contém diretrizes e regramentos destinado a subsidiar a organização do processo de regulação e a promover a utilização adequada e racional das ações e dos serviços de saúde na RAS, composto por grades de referências, fluxos assistenciais, requisitos para encaminhamento, classificação de risco e prioridade e outros instrumentos, conforme a necessidade local, considerando evidências científicas, normas e demais documentos institucionais e normativos do SUS;

VI - regulador ou reguladora: profissional de saúde de nível superior responsável por gerenciar o acesso dos usuários à alternativa assistencial mais adequada às suas necessidades de saúde, com base nos protocolos de acesso e demais documentos institucionais e normativos do SUS, e no perfil de oferta dos estabelecimentos de saúde do território;

VII - tempo de espera (para agendamento ou realização): intervalo, em dias, entre a data da solicitação e a do agendamento da consulta, exame, procedimento ou internação, alternativamente, também se considera o intervalo, em dias, entre a data da solicitação e a da efetiva realização da consulta, exame, procedimento ou internação; e

VIII - transparência no processo regulatório: publicidade dos critérios utilizados para definição da prioridade de acesso às ações e aos serviços de saúde, das listas de espera, dos tempos de espera e dos fluxos regulatórios, assegurando o acompanhamento pelo usuário, quanto às informações relativas ao seu acesso individual, e pela população em geral, quanto aos dados e informações gerais desidentificados e, quando cabível, compilados, nos termos da Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018 - Lei Geral de Proteção de Dados, de modo a permitir o acompanhamento das demandas em saúde.

Constituem diretrizes da PNR-SUS, conforme Art. 5º:

I - promoção de modelo de atenção centrado nas necessidades de saúde da população e no cuidado ao usuário, que o engaje na produção do próprio cuidado e favoreça o compartilhamento de decisões e a atuação interprofissional, interdisciplinar e integrada das diferentes equipes e serviços;

II - promoção do cuidado integral, com critérios claros, equânimes e baseados em riscos, vulnerabilidades, diretrizes clínicas e padrões de qualidade, em conformidade com documentos normativos vigentes no SUS, compartilhados pelos serviços da RAS;

III - promoção da regionalização da saúde e da integração dos pontos de atenção na RAS, em função das necessidades de saúde da população, em território definido e em consonância com as pactuações regionais e macrorregionais, com vistas à superação de vazios assistenciais, à eficiência na aplicação dos recursos financeiros e à integralidade do cuidado;

IV - promoção da Qualidade e Segurança do Paciente como eixo estruturante e transversal da regulação em saúde, assegurando que as decisões regulatórias e os fluxos assistenciais estejam orientados para redução de riscos, prevenção de danos evitáveis, com ênfase na continuidade do cuidado, na comunicação efetiva entre os pontos da RAS e na adoção de práticas clínicas seguras em todas as etapas do processo regulatório, garantindo acesso e cuidado oportuno, efetivo e seguro;

V - fortalecimento da Atenção Primária à Saúde - APS, por meio da ampliação da sua resolubilidade e do adensamento de sua capacidade clínica e operacional, para melhor cumprir seu papel de ordenação do acesso e de coordenação do cuidado;

VI - articulação da APS com a Atenção Especializada à Saúde - AES, por meio de planejamento, comunicação, cooperação, integração e compartilhamento de decisões clínicas e de gestão de recursos necessários entre profissionais, equipes e pontos de atenção;

VII - ampliação e garantia do acesso da população a serviços de saúde regulados, em tempo oportuno, com referência territorial, considerando as necessidades regionais, asseguradas a equidade, a qualidade assistencial e a integralidade do cuidado;

VIII - garantia da continuidade do cuidado por meio da integração entre os pontos de atenção e do estabelecimento de fluxos assistenciais e de sistemas de apoio logístico e de informação;

IX - qualificação da regulação do acesso, com o objetivo de assegurar a integralidade do cuidado, baseada em protocolos de acesso compartilhados nos pontos de atenção da RAS, com vistas ao monitoramento e à redução dos tempos de espera, à minimização do absenteísmo, à evitação de procedimentos desnecessários e ao aumento da transparência;

X - contratualização de todos os estabelecimentos de saúde vinculados ao SUS, públicos ou privados, com ou sem fins lucrativos;

XI - uso de protocolos clínicos e de acesso, preferencialmente por linha de cuidado, compartilhados entre os pontos de atenção da RAS, elaborados com base em evidências e considerando critérios de risco, vulnerabilidades e padrões de qualidade, em conformidade com normas vigentes no SUS;

XII - estímulo ao uso oportuno e adequado de soluções e inovações de saúde digital;

XIII - adoção de estratégias de educação permanente, tais como supervisão, matriciamento, pesquisa clínica e ferramentas de telessaúde entre os pontos de atenção à saúde, observadas as distintas realidades locais;

XIV - padronização de registros de regulação assistencial, com vistas à integração e à interoperabilidade entre os sistemas de informação por meio da Rede Nacional de Dados em Saúde - RNDS;

XV - transparência dos processos regulatórios e comunicação direta com cidadãos, gestores e trabalhadores de saúde, com garantia de informação clara e acessível sobre a situação da lista 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;

XVI - monitoramento e avaliação permanentes das práticas regulatórias, com base em indicadores e métricas de desempenho, com vistas à redução dos

tempos de espera, do absenteísmo, da realização de procedimentos desnecessários, ao aumento da transparência e fortalecimento da coordenação do cuidado;

XVII - produção de pesquisas e de evidências para o conhecimento e a gestão de soluções destinadas à ampliação do acesso, da qualidade e da eficiência, com promoção de fóruns participativos de discussão e de espaços de educação permanente sobre regulação em saúde; e

XVIII - participação da sociedade e atuação do controle social nos processos de monitoramento e avaliação da implementação desta política.

## **Regulação como função estruturante da gestão estadual do SUS**

Pela Portaria GM/MS 9262/2025, artigo 6º, *“a Regulação do SUS está organizada em três dimensões de atuação, necessariamente integradas entre si, quais sejam, Regulação de Sistemas de Saúde, Regulação da Atenção à Saúde e Regulação do Acesso às ações e aos serviços de saúde”*.

Art.7º A Regulação de Sistemas de Saúde, executada pelos respectivos gestores públicos, abrange ações que incidem no Sistema de Saúde, nos âmbitos federal, estadual, distrital e municipal, compreendendo:

I – a elaboração de atos normativos pelos gestores do SUS;

II – a elaboração de atos normativos pelas agências reguladoras do setor de saúde;

III -o planejamento e o financiamento do SUS, em conformidade com os processos de regionalização;

IV – a fiscalização e aplicação de mecanismos estatais de controle no setor de saúde, incluída a saúde suplementar, no que couber;

V – a vigilância em saúde;

VI – a adoção de mecanismos de participação social e transparência ativa;

VII – as diretrizes para a programação de ações e serviços no SUS;

VIII – a avaliação e incorporação de tecnologias no SUS; e

IX – a definição das macrodiretrizes para a regulação da atenção à saúde.

A Regulação da Atenção à Saúde, exercida pelos gestores públicos nas diferentes esferas de governo e orientada pelas pactuações interfederativas, tem por finalidade assegurar o acesso oportuno, equânime e resolutivo aos serviços de saúde, públicos e privados, em consonância com as diretrizes de organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS). Nesse sentido, compreende (Art. 8º):

I - a programação das ações e serviços de saúde, com base nas necessidades de saúde da população, com vistas à organização da rede assistencial;

II - a contratação de serviços complementares e contratualização dos estabelecimentos de saúde vinculados ao SUS, públicos ou privados, com ou sem fins lucrativos, em conformidade com as normas e políticas específicas do SUS;

III – a habilitação para a prestação de serviços de saúde, segundo as normas e políticas específicas do SUS;

IV – o monitoramento, controle e avaliação dos serviços de saúde, com vistas à verificação da conformidade da estrutura, da produção assistencial e dos indicadores epidemiológicos, bem como à geração de informações estratégicas para a gestão;

V – a alimentação, atualização e utilização adequada de sistemas de informação quanto a cadastros, produção e regulação do acesso; e

VI - a definição das macrodiretrizes para a regulação do acesso.

A Regulação do Acesso às ações e aos serviços de saúde, exercida de forma articulada por gestores e profissionais de saúde, compreende o conjunto de processos destinados a ordenar, qualificar e monitorar o acesso, assegurando ao usuário a alternativa assistencial mais adequada às suas necessidades, em tempo oportuno. Orientada pelos princípios da equidade, da integralidade e da resolutividade do cuidado, contribui para a qualidade da atenção e a segurança do paciente, abrangendo as seguintes ações (Art. 9º):

- I - análise de informações sobre necessidades em saúde, demanda e oferta de serviços, para avaliação de possibilidades de qualificação e expansão do acesso;
- II - qualificação da demanda, a partir das necessidades identificadas no território, visando o aumento da resolutividade, por meio do uso adequado de protocolos e da oferta pela APS e do compartilhamento da decisão de encaminhamento entre a APS e AES;
- III - estabelecimento de referências entre unidades do mesmo ou de diferentes níveis de atenção, de abrangência local, intermunicipal e interestadual, segundo fluxos e protocolos pactuados, com vistas à transição segura do usuário na Rede de Atenção à Saúde;
- IV – participação na elaboração e implementação de protocolos clínicos e de acesso, com definição de critérios de encaminhamento, fluxos e classificações de risco e de prioridade, de modo a qualificar o cuidado e fortalecer a segurança do paciente;
- V - organização dos fluxos de acesso às ações e aos serviços de saúde, especialmente para a atenção ambulatorial, pré-hospitalar e hospitalar, tanto eletivos quanto de urgência;
- VI - comunicação e vinculação entre equipes da RAS, por meio de tecnologias presenciais e a distância, com vinculação territorial sempre que possível, promovendo o cuidado compartilhado entre equipes, fortalecendo a integração do cuidado entre equipes e serviços, de modo a qualificar a atenção e a segurança do paciente;
- VII - gerenciamento dos recursos assistenciais, incluindo a gestão da oferta de leitos, consultas, exames e procedimentos especializados; e
- VIII - gestão compartilhada das listas e tempos de espera e monitoramento do acesso com estímulo a mecanismos de transparência para o usuário.

A Portaria definiu como eixos estratégicos da Regulação: (a) Modelo de atenção à saúde; (b) Regionalização e Planejamento Regional; (c) Contratualização; (d) O papel dos pontos de atenção da RAS na regulação; (e) Complexo Regulador; (f) Transporte sanitário.

Frente a essas dimensões, um desafio central para a gestão estadual é superar o modelo restrito de regulação, centrado exclusivamente no controle de filas, agendas e autorizações, deslocando o foco da simples administração da escassez para a indução de respostas mais resolutivas e integradas do sistema, por meio do planejamento regional, do uso de informações qualificadas para monitoramento da oferta, da demanda e do desempenho das redes, e da avaliação contínua de resultados sanitários, assistenciais e de equidade.

A regulação, quando exercida de forma estratégica pelo estado, fortalece a coordenação do cuidado, reduz fragmentações, evita duplicidades e contribui para a eficiência no uso dos recursos públicos, ao orientar investimentos e decisões a partir de vazios assistenciais, capacidades instaladas e necessidades territoriais. Assim, a regulação se afirma como instrumento central de governança do SUS, capaz de articular planejamento, gestão e cuidado, promovendo maior efetividade, equidade e sustentabilidade ao sistema de saúde.

## O papel dos pontos de atenção na regulação do acesso: atenção primária à

## saúde, atenção especializada, e integração em redes de atenção à saúde; regulação, protocolos clínicos e de acesso.

Os pontos de atenção à saúde constituem os componentes operacionais das Redes de Atenção à Saúde e exercem papel estratégico na efetividade da regulação do acesso. A Política Nacional de Regulação reconhece que a organização adequada desses pontos, em seus diferentes níveis de complexidade, é condição indispensável para a garantia da continuidade do cuidado e da resolutividade das ações de saúde.

É fundamental que a regulação dos pontos de atenção esteja baseada na organização das RAS e que leve em consideração a questão modelo de atenção voltado às condições crônicas e eventos agudos.

As ações de regulação da atenção à saúde e de regulação do acesso ocorrerão de forma distinta no atendimento a eventos agudos e a condições crônicas.

Eventos agudos são ocorrências que se manifestam de forma pouco previsível e podem ser controlados de modo reativo e episódico, exigindo resposta em tempo oportuno da rede de atenção à saúde, estando relacionados também às agudizações das condições crônicas. As condições crônicas são situações que demandam acompanhamento contínuo, intervenções sistemáticas e ações proativas e integradas da RAS por determinado período.

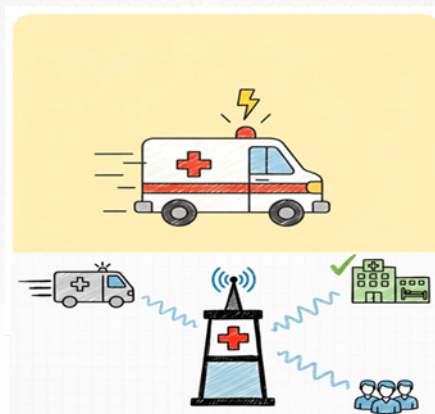
Nos eventos agudos, a Regulação do Acesso às ações e aos serviços da RAS será realizada pela Central de Regulação de Urgência - CRU ou pelos serviços de referência em articulação com a CRU ou com a Central de Regulação de Internação Hospitalar, conforme fluxo definido no território, considerando a necessidade de resposta imediata a situações de risco à vida ou de agravamento súbito das condições de saúde.

Nas condições crônicas, a regulação do acesso às ações e aos serviços da RAS será realizada, preferencialmente, pela APS, na qualidade de coordenadora do cuidado e ordenadora dos fluxos assistenciais, em articulação com os pontos da AES e com as centrais de regulação.

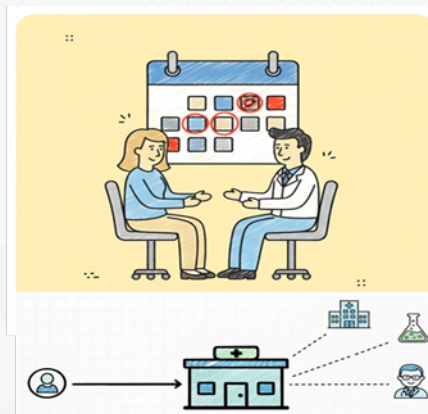
A regulação do acesso deve considerar a função específica de cada ponto de atenção, respeitando os fluxos assistenciais pactuados e a lógica da regionalização.

A APS, como principal porta de entrada e ordenadora do acesso e coordenadora do cuidado, atua como protagonista na regulação do acesso à saúde nas condições crônicas, com apoio da gestão e dos demais pontos de atenção da RAS, incluindo as centrais de regulação, com vistas a garantir a continuidade do cuidado. As demais portas de entrada para situações agudas, de urgência ou emergência devem estar articuladas aos pontos de atenção, para assegurar a continuidade do cuidado, por meio de fluxos pactuados e com o apoio das centrais de regulação. O papel da APS na regulação do acesso será mais detalhado no decorrer deste documento.

### Figura 3 - Regulação da urgência (eventos agudos) x Regulação das condições crônicas não agudizadas



**COMPLEXOS REGULADORES**



**APS**

Fonte: Gerado por notebooklm, em 09/03/26

No âmbito da Atenção Especializada, a Regulação do Acesso deve ser organizada de forma integrada, articulada e compartilhada com a Atenção Primária à Saúde (APS) e os demais pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS), respeitando os arranjos locorregionais e as pactuações interfederativas. Esse processo pressupõe a coordenação do cuidado, a definição de fluxos assistenciais e a corresponsabilização entre os atores envolvidos, abrangendo, conforme Art.20:

- I - corresponsabilidade pelo cuidado, considerando os atributos de ordenação e longitudinalidade da APS e os objetivos correspondentes às necessidades de saúde do usuário, buscando evitar o prolongamento de sua permanência na atenção especializada, sem justificativa clínica, em conformidade com as diretrizes da Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde - PNAES e Política Nacional de Atenção Básica em Saúde - PNAB;
- II - respeito às grades de referência definidas nos fluxos regulatórios, considerando especificidades de cada caso e o perfil de oferta de cada estabelecimento;
- III - utilização de protocolos clínicos e de acesso, compartilhados entre todos os pontos da RAS, que orientem as práticas, fluxos e decisões de atenção;
- IV - compartilhamento de informações clínicas e promoção da vinculação, comunicação e tomada de decisão entre os profissionais e as equipes de todos os pontos de atenção da RAS;
- V - realização de matriciamento e organização de espaços conjuntos para discussão de casos, especialmente entre equipes de APS e da AES, de forma sistemática e regular, para fortalecer o vínculo entre os profissionais e promover o cuidado compartilhado, com apoio do NAG;
- VI - desenvolvimento de atividades de apoio por meio de telessaúde nas modalidades previstas na Seção I do capítulo I do Título IV da Portaria de Consolidação GM/MS nº 5, de 28 de setembro de 2017, junto às equipes de APS,
- VII - realização de telerregulação assistencial, integrando as ferramentas e a lógica da telessaúde ao processo de regulação do acesso, envolvendo atividades de controle, gerenciamento, organização e priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no SUS, contribuindo tanto para o aumento da resolubilidade quanto para a redução dos tempos e filas de espera;
- VIII - realização de transição de cuidado, com segurança e qualidade, promovendo articulação entre Núcleo Interno de Regulação - NIR, Núcleo de Gestão do Cuidado - NGC, centrais de regulação e as unidades da APS; e
- IX - realização de navegação do cuidado.

**Parágrafo único.** No âmbito da regulação, nos serviços de saúde da atenção especializada devem ser realizadas as seguintes ações:

- I - compatibilizar a oferta de ações e serviços de saúde de acordo com os compromissos dos contratos entre gestor e prestador;
- II - disponibilizar as vagas às centrais de regulação e para outros dispositivos de regulação do acesso pactuados;
- III - garantir a atuação dos NIR, dos NGC e de similares, em articulação com os demais setores (assistenciais e não assistenciais) do estabelecimento, nos termos das normativas gerais e específicas que regem seu funcionamento; e
- IV - promover a articulação dos NIR, NGC e similares com os NAG, centrais de regulação e com outros dispositivos de regulação do acesso pactuados entre gestores do SUS.

### **Integração da regulação com o planejamento, a regionalização e as Redes de Atenção à Saúde**

A integração da regulação com o planejamento, a regionalização e as Redes de Atenção à Saúde (RAS) constitui requisito estruturante para a efetividade do Sistema Único de Saúde (SUS), devendo ser compreendida como função estratégica e transversal à gestão. Nessa perspectiva, a regulação articula-se de forma contínua aos processos de planejamento e de organização da atenção, contribuindo para a garantia do acesso equânime, oportuno e integral às ações e serviços de saúde. Ao se integrar a esses processos, a regulação supera sua dimensão estritamente operacional e passa a exercer papel indutor na organização do sistema e na concretização do direito à saúde.

O planejamento regional integrado orienta a atuação regulatória ao identificar necessidades de saúde, vazios assistenciais e a capacidade instalada nos territórios, qualificando a programação das ações e serviços. Esses elementos devem subsidiar as decisões regulatórias, assegurando maior aderência à realidade regional e promovendo racionalidade e eficiência na alocação de recursos.

A regionalização, por sua vez, estrutura a oferta de serviços de forma solidária e complementar entre os entes federados, definindo referências assistenciais, fluxos e responsabilidades compartilhadas. Nesse contexto, a regulação desempenha papel central na operacionalização das pactuações interfederativas, viabilizando o acesso da população aos serviços organizados nas RAS, independentemente do território de residência.

As Redes de Atenção à Saúde organizam o cuidado a partir de linhas de cuidado, protocolos clínicos e fluxos assistenciais integrados. Em articulação com as RAS, a regulação orienta o acesso com base em critérios clínicos, de risco e de vulnerabilidade, fortalecendo o papel coordenador da Atenção Primária à Saúde e qualificando a atuação dos Complexos Reguladores, com vistas à integralidade e à continuidade do cuidado.

### **Protocolos clínicos e de acesso**

Os protocolos clínicos e de acesso constituem instrumentos obrigatórios para a ordenação do acesso no âmbito da Política Nacional de Regulação. Devem orientar de forma padronizada e transparente os fluxos assistenciais, contemplando diretrizes clínicas, critérios de elegibilidade e priorização, classificação de risco, grades de referência e contrarreferência, bem como os tempos oportunos para a atenção, visando à redução dos tempos de espera, em especial nos casos de maior vulnerabilidade e risco.

Nos termos da Portaria GM/MS nº 9.262/2025, os protocolos devem ser elaborados preferencialmente por linhas de cuidado, pactuados no âmbito regional e compartilhados entre os diferentes pontos de

atenção das Redes de Atenção à Saúde (RAS), assegurando a continuidade do cuidado e a integralidade da atenção. Devem ainda ser baseados em evidências científicas, revisados periodicamente e utilizados como referência tanto para a atuação da Atenção Primária à Saúde quanto para a operacionalização dos Complexos Reguladores, contribuindo para a equidade no acesso, a racionalização do uso da oferta assistencial e a qualificação dos resultados em saúde.

### **O papel da APS na regulação da atenção à saúde**

A PNR-SUS tem entre suas diretrizes o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde - APS, por meio da ampliação da sua resolubilidade e do adensamento de sua capacidade clínica e operacional, para melhor cumprir seu papel de ordenação do acesso e de coordenação do cuidado. Define a necessidade de articulação da APS com a Atenção Especializada à Saúde - AES, por meio de planejamento, comunicação, cooperação, integração e compartilhamento de decisões clínicas e de gestão de recursos necessários entre profissionais, equipes e pontos de atenção. Dessa forma a Atenção Primária à Saúde é reafirmada como ordenadora do cuidado e coordenadora das redes, devendo atuar de forma integrada aos serviços especializados, hospitalares e de apoio diagnóstico e terapêutico. A articulação entre os pontos de atenção, mediada por mecanismos regulatórios eficientes, contribui para evitar duplicidades, reduzir filas e assegurar o uso racional da capacidade instalada.

O grande desafio é pensar num processo de regulação de acesso que envolva a APS. Pensar Atenção Primária à Saúde (APS) na perspectiva de Redes de Atenção à Saúde (RAS) e como estratégia de ordenação dos sistemas de atenção à saúde, requer três funções essenciais: a capacidade de ser resolutiva, ou seja, atender e resolver cerca de 85% dos problemas mais comuns de saúde; ser ordenadora, isto é, coordenar os fluxos e contrafluxos de pessoas, produtos e informações nas redes de atenção à saúde e, por fim, ter responsabilização pela saúde da população usuária adscrita às equipes de cuidados primários.

Para Mendes (2019), a regulação assistencial dos eventos agudos tem no seu centro os complexos reguladores; já a regulação assistencial das condições crônicas não agudizadas tem no seu centro a atenção primária à saúde. O ato decisório de enviar uma pessoa usuária a um serviço de atenção secundária ou terciária, nas situações de condições crônicas não agudizadas, na perspectiva das RAS, deve ser de competência da APS. Isso decorre do fato de que é na APS que as pessoas usuárias devem estar vinculadas, estratificadas por risco e ter acesso ao atendimento em outros pontos de atenção ou de apoio diagnóstico e terapêutico. A APS, no exercício desse papel regulatório das condições crônicas não agudizadas, pode utilizar a infraestrutura das centrais de regulação, mas o ato regulatório cabe à equipe de cuidados primários.

Introduzir ações reguladoras em um sistema de saúde requer um diagnóstico apurado da situação de uma série de processos e fluxos que estão necessariamente ligados à assistência e às ações de controle e avaliação. Deve-se conhecer a estrutura do processo assistencial na atenção primária, buscando apurar o conhecimento sobre o perfil epidemiológico da população, fator decisivo na definição de prioridades para as ações reguladoras. Além disso, levantar e mapear a população que esse sistema de saúde pretende atingir, seus fluxos, a abrangência da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e a situação cadastral dessa população. É necessário, ainda, identificar as dificuldades da APS e suas principais necessidades e demandas. A regulação precisa fazer gestão da demanda para além da gestão da oferta, no sentido de promover acesso e cuidado. A Regulação do Acesso nas unidades de saúde da APS passa pela forma como os processos de trabalho de acolhimento e de matriciamento estão organizados.

Para que novas funções de regulação do acesso sejam incorporadas ao processo de trabalho das equipes de atenção primária e de atenção especializada será necessária uma ação constante de educação permanente e capacitação. Essa premissa de uma atenção primária resolutiva e da implantação de

processos de trabalho, na atenção ambulatorial especializada (AAE) e atenção hospitalar (AH), constitui o cerne de uma nova proposta de contratualização, pois indica que para estabelecer os contratos com os prestadores de serviços os gestores devem ter claro o que querem comprar de serviços, bem como definido o papel assistencial na RAS daquela unidade a ser contratualizada.

No âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), as ações previstas nesta Política compreendem a organização, o ordenamento e a gestão do acesso aos serviços de saúde, com o objetivo de garantir a integralidade do cuidado, a coordenação das ações e a efetividade da atenção. Orientadas pelas necessidades de saúde da população e pelas diretrizes do SUS, essas ações reforçam o papel da APS como porta de entrada preferencial e coordenadora do cuidado na Rede de Atenção à Saúde (RAS), envolvendo (Art. 19):

I - responsabilização pelo usuário que acessa o serviço, com vistas a garantir a continuidade do cuidado e a referência segura e informada ao próximo ponto da RAS, quando necessário;

II - conhecimento e identificação das necessidades de saúde da população adscrita, incluindo seus riscos e vulnerabilidades, de forma a subsidiar o planejamento da oferta de serviços, tanto para ações programadas, quanto para a demanda espontânea;

III - realização da estratificação de risco e de vulnerabilidades, programação de agendas no âmbito da APS, priorização e encaminhamento para a atenção especializada, após esgotada a utilização dos recursos existentes na APS, incluído o acesso ao apoio diagnóstico e terapêutico complementar, bem como à segunda opinião mediante matriciamento, telerregulação, teleinterconsulta e outros meios;

IV - avaliação criteriosa nos casos em que houver necessidade de compartilhamento do cuidado com a atenção especializada, com registro de informações suficientes sobre os motivos de encaminhamento, com base em requisitos e fluxos estabelecidos nos protocolos clínicos e de acesso, de forma a identificar a alternativa de cuidado mais adequada, com a indicação de priorização correspondente; e

V - gestão das listas de espera dos usuários de seu território de abrangência.

## **Governança Interfederativa da Regulação no SUS: o papel coordenador da gestão estadual.**

A governança interfederativa constitui um dos pilares estruturantes do SUS, expressando o arranjo cooperativo entre União, estados, Distrito Federal e municípios para a formulação, pactuação, implementação, monitoramento e avaliação das políticas de saúde. Trata-se de condição essencial para o alinhamento de responsabilidades e capacidades entre os entes federados, a redução das assimetrias regionais e o fortalecimento da organização regionalizada do sistema, com vistas à consolidação das Redes de Atenção à Saúde (RAS) nos territórios.

À luz da Portaria GM/MS nº 9.262/2025, a governança da regulação deve ser compreendida como componente estratégico e indissociável da governança das redes, orientando a organização do acesso de forma integrada ao planejamento, à programação e à gestão do cuidado. Nesse sentido, a regulação deixa de ser concebida como função predominantemente operacional e passa a assumir caráter estruturante, com foco na garantia do acesso oportuno, equânime e resolutivo.

A estrutura de governança da regulação compreende a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), as Comissões Intergestores Bipartites (CIB) e as Comissões Intergestores Regionais (CIR), como instâncias de pactuação interfederativa de diretrizes, responsabilidades, fluxos assistenciais e critérios de acesso. No âmbito do estado, o Comitê Executivo de Governança da RAS, vinculado à CIB, configura-se como

espaço estratégico de assessoramento, construção técnico-política e acompanhamento da implementação das ações de regulação, contribuindo para a qualificação da tomada de decisão e para a integração entre os entes federativos.

Em consonância com a PNR, as instâncias de gestão do SUS devem incorporar, de forma sistemática, a regulação nos instrumentos de planejamento e programação em saúde, incluindo a definição de diretrizes, metas, fluxos assistenciais, protocolos de acesso e mecanismos de monitoramento e avaliação. Essa integração é fundamental para a institucionalização da regulação como função de gestão e para a sustentabilidade das ações no âmbito do SUS.

Compete à gestão estadual exercer o papel coordenador da regulação no seu território, articulando os sistemas municipais de saúde e promovendo a organização de arranjos regulatórios regionais e macrorregionais. Cabe à Secretaria Estadual de Saúde (SES) liderar esse processo, compatibilizando a oferta instalada com as necessidades de saúde da população, promovendo a integração entre os pontos de atenção e garantindo a definição e pactuação de fluxos assistenciais resolutivos, em consonância com o planejamento regional integrado.

A atuação dos estados, orientada por evidências, por parâmetros de necessidade em saúde e por critérios de risco e vulnerabilidade, é determinante para a consolidação de uma regulação orientada ao cuidado integral. Ao induzir maior equidade na distribuição do acesso e racionalidade no uso dos recursos, a gestão estadual contribui para a redução das desigualdades regionais e para a efetivação do direito à saúde, em conformidade com os princípios e diretrizes do SUS.

### **Competências da União, Estados, Distrito Federal e Municípios na regulação**

De acordo com o Art.50. da Portaria GM/MS 9262/2025, compete ao Ministério da Saúde, às Secretarias Estaduais, Distrital e Municipais de Saúde, em seu âmbito administrativo:

- I - executar as ações relacionadas à Regulação de Sistemas de Saúde, à Regulação da Atenção e à Regulação do Acesso às ações e aos serviços de saúde, no que lhe couber;
- II - definir e implantar o registro adequado de informações sobre usuários, profissionais, estabelecimentos, ações regulatórias e assistenciais de saúde;
- III - garantir o compartilhamento de dados referentes à Regulação do Acesso com a RNDS, bem com a publicização das informações, conforme regulamentações;
- IV - elaborar estratégias para o processo de contratualização de serviços de saúde;
- V - habilitar serviços de saúde, conforme as normas e políticas específicas do SUS;
- VI - definir, monitorar e avaliar a aplicação dos recursos financeiros;
- VII - elaborar, pactuar e adotar protocolos clínicos e de acesso, considerando aspectos clínicos das situações, bem como a relação custo-benefício dos encaminhamentos e intervenções;
- VIII - capacitar, de forma permanente, as equipes de regulação, bem como promover a inserção da temática de regulação nos currículos de graduação e de pós-graduação de cursos da saúde;
- IX - monitorar a ampliação do acesso aos serviços de saúde e a implementação das ações de regulação, por meio de indicadores de saúde, para identificar necessidades e direcionar ações de melhoria; e
- X - financiar as centrais de regulação e demais dispositivos de Regulação do Acesso nos pontos de atenção, conforme pactuações estabelecidas.

Cabe ao Ministério da Saúde:

- I - cooperar técnica e financeiramente com os estados, os municípios e o Distrito Federal para a qualificação das ações de regulação e para a ampliação do acesso em regiões prioritárias;
- II - apoiar técnica e financeiramente os estados, os municípios e o Distrito Federal na implantação e na operacionalização das centrais de regulação;
- III - promover a articulação com os demais entes da Federação, com vistas à pactuação interestadual;
- IV - operacionalizar a Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade - CNRAC;
- V - disponibilizar e apoiar a implantação, em todas as instâncias de gestão do SUS, de sistemas de informação que apoiem à operacionalização das ações de processamento da produção e de regulação do acesso; e
- VI - elaborar normas técnicas, em âmbito nacional.

#### Cabe às Secretarias Estaduais de Saúde:

- I - cooperar tecnicamente com os municípios e regiões de saúde para a qualificação das ações de regulação;
- II - coordenar o processo de planejamento regional, com vistas a promover o acesso equânime às ações e aos serviços de saúde;
- III - coordenar a elaboração e revisão periódica da programação de ações e serviços de saúde intermunicipal e interestadual, de forma a subsidiar a gestão do acesso;
- IV - operacionalizar o processo de contratualização das ações e dos serviços necessários para atender à população, quando estiver no seu âmbito de gestão;
- V - proceder à contratação e à contratualização dos prestadores de serviços de saúde, sob sua gestão;
- VI - coordenar a pactuação intergestores estadual e municipal de fluxos regulatórios, de forma a garantir o acesso e a continuidade do cuidado aos usuários;
- VII - alimentar e manter atualizados os sistemas de informação no que se refere aos cadastros, à produção e à regulação do acesso;
- VIII - apoiar o processamento da produção dos estabelecimentos de saúde próprios, contratados e conveniados;
- IX - estabelecer, de forma pactuada e regulada, as referências entre estados;
- X - operacionalizar a Central Estadual de Regulação de Alta Complexidade - CERAC;
- XI - operacionalizar o Complexo Regulador em âmbito estadual ou regional;
- XII - implantar mecanismos de telessaúde para agilizar e qualificar o acesso regulado;
- XIII - estabelecer atividades de educação permanente junto às equipes regionais ou municipais (de APS e AES) para aprimoramento do acesso às consultas especializadas, exames e cirurgias eletivas; e
- XIV - elaborar normas técnicas complementares às da esfera federal.

#### Cabe às Secretarias Municipais de Saúde:

- I - participar da elaboração e da revisão periódica da programação de ações e serviços de saúde intermunicipal e interestadual, a ser pactuada;
- II - operacionalizar o processo de contratualização das ações e dos serviços necessários para atender à população, no seu âmbito de gestão;
- III - proceder à contratação e à contratualização dos prestadores de serviços de saúde, sob sua gestão;
- IV - alimentar, controlar e manter atualizados os registros nos sistemas de informação no que se refere aos cadastros, à produção e à regulação do acesso;
- V - apoiar o processamento da produção dos estabelecimentos de saúde

próprios, contratados e conveniados;

VI - pactuar a referência a ser realizada para outros municípios, de acordo com a programação de ações e serviços de saúde, integrando-se aos fluxos regionais estabelecidos;

VII - atuar de forma integrada à CERAC;

VIII - operacionalizar o complexo regulador ou a central de regulação municipal e participar, em cogestão, da operacionalização das centrais de regulação regionais;

IX - viabilizar o processo de gestão do acesso a partir da APS, promovendo capacitação, ordenação de fluxo, aplicação de protocolos e informatização;

X - promover a articulação e a atuação de forma integrada com os dispositivos de regulação do acesso e da oferta dos estabelecimentos de saúde - NIR, NGC e núcleos ou centrais internas de regulação;

XI - garantir o acesso adequado à população referenciada, de acordo com a programação de ações e serviços de saúde; e

XII - elaborar normas técnicas complementares às das esferas estadual e federal;

No caso da Secretaria de Saúde do Distrito Federal cabe executar as atividades conforme suas especificidades políticas e administrativas.

### **Articulação entre regulação, planejamento regional, financiamento e contratualização**

A Política enfatiza que a regulação não pode ser dissociada do planejamento regional integrado, do financiamento adequado e da contratualização orientada por resultados. A articulação entre esses componentes fortalece a capacidade de gestão do SUS, contribui para maior eficiência alocativa e assegura coerência entre oferta, demanda e prioridades sanitárias.

A Regulação de Sistemas de Saúde constitui função estratégica intrinsecamente articulada ao planejamento e à organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS), devendo considerar as especificidades epidemiológicas, demográficas e territoriais, de modo a assegurar a adequada distribuição dos pontos de atenção e a eficiência dos fluxos assistenciais.

O planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), desenvolvido de forma ascendente, participativa, regionalizada e contínua, deve estar fundamentado na análise das necessidades de saúde da população, na avaliação da capacidade instalada e na identificação de lacunas na oferta de ações e serviços de saúde. Nesse contexto, o planejamento regional, em conformidade com as normativas vigentes, configura-se como instrumento estruturante para a organização da rede e para os processos de contratualização, possibilitando a pactuação interfederativa, articulada e solidária, da oferta e do funcionamento dos serviços de saúde nos territórios definidos.

A programação das ações e dos serviços de saúde, como componente indissociável do planejamento regional, deve ser orientada pelas necessidades de saúde da população e contemplar, de forma integrada, a definição da oferta de consultas, exames, internações e demais procedimentos, observando critérios técnicos, epidemiológicos e assistenciais.

As ações e os serviços de saúde devem ser organizados de forma regionalizada, integrada e articulada entre os diferentes pontos de atenção, com vistas à consolidação das RAS, à garantia da integralidade, da equidade e da oportunidade do cuidado, bem como à otimização da utilização dos recursos assistenciais. A programação deverá observar parâmetros assistenciais e fluxos pactuados, em consonância com o processo de regionalização da atenção especializada, de modo a assegurar a continuidade do cuidado no âmbito da rede.

Na hipótese de insuficiência ou ausência de oferta no território, a programação deverá estabelecer referências assistenciais de abrangência regional, intermunicipal ou interestadual, assegurando o acesso ordenado e oportuno aos serviços de saúde.

A pactuação interfederativa do acesso deve contemplar, sempre que possível, a adoção de protocolos clínicos e de acesso, de modo a garantir que o atendimento aos usuários, independentemente de sua origem territorial, seja orientado por critérios uniformes de encaminhamento e priorização, promovendo a equidade no acesso, a integralidade do cuidado e a adequada gestão das condições de saúde.

Os instrumentos de planejamento e a programação das ações e dos serviços de saúde devem subsidiar os processos de contratualização no âmbito da RAS, incluindo a contratação complementar de serviços privados, assegurando a coerência entre as necessidades identificadas, a oferta disponível e os compromissos assistenciais pactuados.

Em síntese, o planejamento regional (PRI) identifica as necessidades e a capacidade instalada, subsidia a programação e orienta a contratualização dos serviços, devendo o financiamento transitar do modelo de pagamento baseado na produção para modelos prospectivos que incentivem resultados sanitários, alinhados às metas regulatórias.

## Contratualização dos Pontos de Atenção à Saúde

A contratualização é reconhecida como instrumento estratégico da regulação, ao estabelecer compromissos, metas, indicadores e responsabilidades entre gestores e prestadores de serviços de saúde. A Política Nacional de Regulação orienta que os processos de contratualização estejam alinhados às necessidades regionais, aos fluxos assistenciais pactuados e aos objetivos das Redes de Atenção à Saúde.

Nesse sentido, a contratualização deve ser utilizada para induzir qualidade, eficiência e equidade, incorporando critérios de desempenho, monitoramento sistemático e mecanismos de avaliação contínua. A integração entre regulação de acesso e contratualização contribui para maior previsibilidade da oferta e para a qualificação do acesso dos usuários.

A PNR/SUS estabelece como diretriz que a contratualização deve abranger todos os pontos de atenção da RAS, públicos ou privados, com ou sem fins lucrativos, observadas as suas especificidades. Um dos desafios da PNR-SUS será expandir o processo de contratualização para a APS, e para os serviços ambulatoriais e hospitalares públicos.

A contratualização consiste no processo que fundamenta a formalização do contrato entre o ente público de saúde e os estabelecimentos de saúde para prestação de serviços ao SUS e deve estar fundamentada no planejamento regional, na organização e na modelagem da RAS e na capacidade de oferta de serviços.

A definição do escopo, da quantidade, da qualidade e da organização dos serviços a serem contratados basear-se-á nos protocolos estabelecidos, nas pactuações interfederativas e bem como nas prioridades constantes nos planos de saúde federal, estaduais, distrital e municipais. É condicionante para contratualização com o SUS o fornecimento de informações de forma sistemática pelo prestador ao gestor contratante sobre a oferta, bem como sobre as ações realizadas, incluindo subsídios para que o gestor proceda o envio dos dados de Regulação do Acesso à RNDS.

A formalização do instrumento jurídico a ser utilizado deve estar em conformidade com as normas

legais aplicáveis à administração pública e às disposições e normativas específicas do SUS.

A referida portaria prevê que o Ministério da Saúde disponibilizará manual orientativo para aprimorar os processos de contratualização no âmbito do SUS, contemplando as diretrizes e orientações desta Política e de normas correlatas.

Portanto, os contratos a serem estabelecidos nos diversos pontos de atenção (APS, AAE e AH) devem contemplar o seu envolvimento com a RAS e observar premissas, tais como: (1) a contratualização deve estar fundamentada no Plano de Saúde e no Planejamento Regional Integrado (PRI); (2) a contratualização deve assegurar a produção de serviços de saúde condizentes com as necessidades de saúde da região; (3) deve ser definido o arcabouço financeiro no qual todas as políticas de contratação devem se basear. O mecanismo para alocar recursos financeiros deve permitir uma transição de um modelo retrospectivo (orçamento baseado no histórico) para um modelo de alocação de recursos prospectivo, que permita incentivos ou comportamentos desejados, visando resultados sanitários; (4) deve haver um compromisso de todos os atores envolvidos do sistema de saúde para poder implementar as mudanças que são propostas, incluindo incentivos para melhorar a gestão; (5) deve haver articulação entre as diversas áreas da SES e participação delas no processo de contratualização.

É importante fortalecer e consolidar a integração dos conjuntos mínimos de elementos contratuais, com as diretrizes e avanços obtidos pelos esforços locais para o desenvolvimento do planejamento regional integrado (PRI). Sabe-se que o planejamento regional integrado (PRI) como modalidade ascendente de planejamento expressa os compromissos e responsabilidades da gestão estadual, no que concerne à conformação de uma governança sistêmica e orgânica das redes de atenção e dos serviços e ações estratégicas de saúde que os compõem.

Em relação ao conteúdo dos conjuntos mínimos de elementos contratuais sugere-se resgatar as experiências das 25 secretarias estaduais de saúde que aderiram ao Projeto Proadi/SUS desenvolvido no triênio 2021/2023, denominado Fortalecimento das áreas regulação e apoio à contratualização nas SES, disponível pelo QR Code abaixo:



Esse projeto, conduzido pelo Hospital Sírio-Libanês, com o apoio do Ministério da Saúde (MS) e do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), teve como objetivo prestar apoio técnico e metodológico para contribuir com o fortalecimento da área de regulação, aprimorando o processo de contratualização dos hospitais, nas Secretarias Estaduais de Saúde (SES).

Outro objetivo desse projeto foi a atualização e modernização dos instrumentos e orientações para contratualização de hospitais próprios no âmbito das SES, tendo como meta trabalhar uma nova proposta de contrato e processo, para aplicação em até dois hospitais próprios, passando pelo alinhamento conceitual das equipes, implantação, monitoramento e avaliação.

Sugere-se para aprofundamento sobre o tema a leitura do Conass Documenta 41 que trata da Regulação e Contratualização de Serviços Hospitalares no SUS, disponível no sítio eletrônico da biblioteca virtual do Conass e disponível pelo QR Code abaixo:



Importante salientar que a contratualização no SUS admite uma variedade de instrumentos jurídicos para formalizar parcerias com entidades do terceiro setor, cuja escolha adequada do instrumento se mostra como fundamental à segurança jurídica do gestor e à efetividade dos serviços.

A análise técnico-jurídica demonstra que o arcabouço normativo brasileiro é suficientemente flexível para permitir inovações gerenciais, desde que respeitados os princípios da impessoalidade, publicidade e eficiência.

E nesse sentido, cabe registrar outro aspecto de relevo – e que enseja significativa preocupação aos gestores do SUS – que se refere ao posicionamento dos órgãos de controle, que recentemente expediu recomendações relativas à celebração de contratos e parcerias com o Terceiro Setor, encaminhadas às SES por meio do Ofício Circular Conass nº 015/2026.

## **Complexos reguladores, gestão das listas de espera, transporte sanitário e gestão da informação.**

Os complexos reguladores são estruturas operacionais fundamentais para a implementação da Política Nacional de Regulação. Eles concentram e integram as ações de regulação do acesso, utilizando sistemas de informação, protocolos clínicos e critérios de priorização para ordenar a utilização dos serviços de saúde.

A PNR-SUS estabelece que os complexos reguladores devem atuar de forma integrada, em âmbito municipal, regional e estadual, garantindo transparência, rastreabilidade e equidade nos processos de regulação. O fortalecimento dessas estruturas envolve investimento em tecnologia da informação, qualificação das equipes e integração entre os diferentes níveis de atenção.

### **Estrutura, organização e processos de trabalho dos Complexos Reguladores**

O Complexo Regulador configura-se como estrutura estratégica responsável por coordenar, operacionalizar e monitorar as ações de regulação do acesso no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), devendo atuar de forma integrada aos dispositivos de regulação existentes nos diferentes pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Sua organização deve ser definida a partir de pactuação interfederativa, considerando a abrangência territorial, o arranjo de gestão e a tipologia adotada, de modo a assegurar a coerência com o processo de regionalização e a organização das redes de atenção. O Complexo Regulador é constituído por um conjunto articulado de Centrais de Regulação, organizadas conforme as necessidades assistenciais e os arranjos institucionais do território.

As Centrais de Regulação podem assumir diferentes configurações quanto à sua abrangência e gestão,

incluindo: (i) centrais sob gestão estadual, com atuação sobre unidades de saúde estaduais e municipais, mediante pactuação bipartite ou interestadual; (ii) centrais regionais ou macrorregionais sob gestão da Secretaria de Estado da Saúde (SES); (iii) centrais regionais de gestão compartilhada entre a SES e os municípios; e (iv) centrais municipais, sob gestão das Secretarias Municipais de Saúde (SMS). Em todas essas configurações, deve ser assegurada a articulação interfederativa, com vistas à integração das centrais existentes no território e à garantia da continuidade do cuidado. No âmbito da atenção de alta complexidade, destaca-se o papel da Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade (CNRAC), responsável por intermediar referências interestaduais eletivas, especialmente nos casos em que não haja oferta disponível no estado de origem, conforme normativas vigentes.

As Centrais de Regulação podem ser organizadas em diferentes modalidades, conforme a natureza da demanda assistencial, compreendendo, entre outras, a regulação ambulatorial, a regulação de internações hospitalares — eletivas ou de urgência — e a regulação das urgências, incluindo o acesso aos serviços pré-hospitalares e hospitalares. Os aspectos organizacionais, operacionais e de financiamento dessas centrais devem observar regulamentações específicas e orientações técnicas complementares.

Para o adequado desempenho de suas funções, as Centrais de Regulação devem dispor de estrutura física e tecnológica compatível com a complexidade de suas atribuições, incluindo sistemas de informação interoperáveis e ferramentas inteligentes que apoiem a tomada de decisão. Devem, ainda, contar com equipes multiprofissionais qualificadas, processos e fluxos formalizados de articulação com os Núcleos Internos de Regulação (NIR), Núcleos de Gestão de Leitos (NGL/NGC), Núcleos de Acesso e Gestão (NAG) e demais dispositivos de gestão do cuidado nos estabelecimentos de saúde, bem como com protocolos de acesso e fluxos assistenciais previamente pactuados.

No âmbito de suas atribuições, as Centrais de Regulação devem realizar a análise contínua de informações relativas à situação de saúde da população, à demanda e à oferta de serviços, incluindo o acompanhamento de listas e tempos de espera; monitorar a execução dos contratos e subsidiar o controle dos limites físicos e financeiros, propondo ajustes quando necessário; analisar registros clínicos para qualificar a definição de grades de referência e fluxos assistenciais; e executar a regulação do acesso e a gestão das listas de espera, em conformidade com protocolos, parâmetros assistenciais e instrumentos de contratualização vigentes. Ademais, devem monitorar a ocupação de leitos, o funcionamento das portas de urgência, a gestão de agendas assistenciais, bem como indicadores como absenteísmo e perda primária; elaborar subsídios para a formulação e atualização de protocolos de acesso; participar das instâncias de acompanhamento da contratualização dos estabelecimentos de saúde; e integrar fóruns regionais de regulação do acesso, contribuindo para o aprimoramento contínuo da governança da rede.

A gestão das listas de espera deve ser realizada de forma permanente, integrada e compartilhada entre os diferentes pontos da RAS, com destaque para o papel coordenador da Atenção Primária à Saúde (APS), e com apoio técnico-operacional das Centrais de Regulação. Esse processo deve observar critérios de priorização baseados em risco, tempo de espera e vulnerabilidade; assegurar a atualização sistemática das informações cadastrais e clínicas dos usuários; garantir transparência das informações, tanto para os usuários quanto para fins de controle social, em conformidade com a legislação vigente de proteção de dados pessoais; e incorporar estratégias de telessaúde como ferramenta de apoio assistencial e de matriciamento entre a APS e a Atenção Especializada, contribuindo para a qualificação do cuidado e a racionalização do acesso.

### **Desafios operacionais para qualificação e eficiência da regulação do acesso.**

A PNR estabelece como diretriz a transparência dos processos regulatórios e a comunicação direta com

cidadãos, gestores e trabalhadores de saúde, com garantia de informação clara e acessível sobre a situação da lista 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.

Nos termos do art. 26, a gestão das listas de espera constitui atividade permanente da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e deve ser conduzida de forma compartilhada entre os diferentes pontos de atenção, com papel estratégico da Atenção Primária à Saúde (APS) e apoio técnico-operacional das Centrais de Regulação. Trata-se de um componente essencial da organização do acesso, voltado à promoção da equidade, da integralidade do cuidado e da racionalização do uso dos recursos assistenciais.

A gestão qualificada das listas de espera pressupõe a adoção de práticas estruturadas que assegurem transparência, atualização contínua das informações e priorização clínica adequada dos usuários. Nesse contexto, destacam-se como elementos orientadores:

- priorização baseada em critérios objetivos, considerando risco clínico, tempo de espera e condições de vulnerabilidade, conforme protocolos assistenciais vigentes, de modo a garantir maior equidade no acesso aos serviços;
- atualização sistemática das informações cadastrais e clínicas, permitindo que a fila reflita a real necessidade assistencial dos usuários e favoreça a tomada de decisão regulatória;
- transparência das ações de gestão, assegurando acesso à informação tanto ao usuário individual quanto às instâncias de controle social, em consonância com os princípios do SUS e observadas as salvaguardas previstas na Lei nº 13.709/2018 (Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais – LGPD);
- uso da telessaúde como instrumento de apoio assistencial e matriciamento, fortalecendo a articulação entre a APS e a Atenção Especializada em Saúde (AES), ampliando a resolutividade do cuidado e qualificando os encaminhamentos.

Sob essa perspectiva, a gestão das listas de espera deixa de ser apenas um mecanismo administrativo de ordenação da demanda e passa a configurar ferramenta estratégica de coordenação do cuidado, contribuindo para maior eficiência do sistema e melhoria da experiência do usuário no SUS. O desafio da gestão das listas de espera se acentua tendo em vista as mudanças ocorridas na Lei 8080/90, por meio da Lei número 15233/2025. O artigo 17 da Lei 8080/90 passa a vigorar com a seguintes alterações:

“Art. 47-A. O SUS contará com sistema de dados públicos mantido pelo Ministério da Saúde, que conterá informações sobre o tempo médio de espera para a realização de consultas, de procedimentos, de exames e de demais ações e serviços de atenção especializada à saúde.

§ 1º Compete ao Ministério da Saúde regulamentar o sistema de que trata o caput deste artigo, especialmente quanto à interoperabilidade para recebimento dos dados dos entes federativos, permitida a gestão compartilhada pela União e pelos entes subnacionais, garantidos o atendimento aos princípios e os parâmetros estabelecidos na Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018 (Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais), quando aplicáveis.

§ 2º As secretarias estaduais, distrital e municipais de saúde deverão garantir o registro das informações da regulação assistencial em seu âmbito de gestão e enviar, obrigatoriamente, os dados ao Ministério da Saúde.

§ 3º Os pedidos de novas habilitações, credenciamentos e majoração de valores relacionados à prestação de serviços estabelecidos pelas políticas e pelos programas de atenção especializada à saúde somente serão analisados e concedidos, na forma prevista no regulamento de que trata o § 1º, para os entes federativos que cumprirem o disposto no § 2º deste artigo.”

A partir da publicação dessa Lei as secretarias estaduais, distrital e municipais de saúde deverão garantir o registro das informações da regulação assistencial em seu âmbito de gestão e enviar, obrigatoriamente, os dados ao Ministério da Saúde, sob pena de os pedidos de novas habilitações, credenciamentos e majoração de valores relacionados à prestação de serviços estabelecidos pelas políticas e pelos programas de atenção especializada à saúde somente serem analisados e concedidos, na medida em que seja cumprida a exigência relacionada à regulação assistencial.

Diante desse cenário, a qualificação da regulação do acesso impõe o enfrentamento de desafios operacionais relacionados à integração dos sistemas de informação, à padronização de protocolos assistenciais, ao fortalecimento da capacidade técnica das equipes e à consolidação de fluxos assistenciais regionalizados e cooperativos. Superar tais desafios requer investimento contínuo em governança, inovação organizacional e uso estratégico de dados para apoio à decisão, de modo a transformar a regulação em instrumento ativo de coordenação do cuidado e não apenas de ordenação administrativa da demanda. Assim, avançar na organização e na gestão das listas de espera representa passo fundamental para ampliar a eficiência do sistema, promover maior equidade no acesso e assegurar respostas mais oportunas às necessidades de saúde da população, sintetizando os desafios operacionais para a qualificação e a eficiência da regulação do acesso que orientam este capítulo.

### **Gestão da informação, comunicação, transparência e saúde digital**

A gestão da informação no âmbito da regulação do acesso deve estar orientada à promoção do cuidado integral, à articulação entre os serviços da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e à integração intersetorial, contribuindo para o fortalecimento de métodos e estratégias de gestão, para a qualificação do uso das informações em saúde e para a produção de conhecimento aplicado ao planejamento e à tomada de decisão. Nesse contexto, a informação em saúde constitui elemento estruturante da coordenação do cuidado e da organização do acesso, permitindo maior transparência, eficiência e equidade na utilização dos recursos assistenciais.

O processo regulatório deve ser devidamente registrado, preferencialmente por meio de sistemas informatizados que sejam interoperáveis, inteligentes e capazes de apoiar a gestão clínica e administrativa. O sistema adotado deve contemplar, no mínimo, o conjunto de dados estabelecido na versão vigente do Modelo de Informação da Regulação Assistencial (MIRA), possibilitando a interoperabilidade entre os diferentes sistemas utilizados no cuidado à saúde, bem como a visualização e a disseminação unificada das listas de espera, sempre que necessário.

Para assegurar a integração nacional das informações em saúde, os entes federativos devem alimentar adequadamente os sistemas de informação e promover o compartilhamento de dados por meio da Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS), instância estratégica para recebimento, armazenamento e intercâmbio seguro de informações. Esse compartilhamento deve contemplar, no mínimo, os dados referentes à regulação assistencial previstos no MIRA, à produção assistencial e às demais informações estabelecidas nas normativas vigentes.

Os sistemas de informação voltados à regulação do acesso devem dispor de funcionalidades que apoiem a gestão do cuidado e a tomada de decisão, incluindo, entre outras:

- programação da oferta assistencial;
- mecanismos de classificação e priorização da demanda;
- perfis específicos para regulação da demanda, com possibilidade de devolutiva sobre solicitações negadas ou reclassificadas, preferencialmente de forma integrada entre o sistema de regulação e o prontuário eletrônico;
- ferramentas de agendamento das ações assistenciais;

- geração de relatórios gerenciais e analíticos; e
- gestão e monitoramento das listas de espera.

Além da disponibilização em meios físicos, as informações devem ser ofertadas, preferencialmente, por canais digitais acessíveis ao cidadão, como sítios eletrônicos, aplicativos e plataformas digitais — a exemplo do Meu SUS Digital — permitindo acesso às informações e interação direta com o sistema, incluindo confirmação ou cancelamento de solicitações e agendamentos, entre outras funcionalidades que ampliem a autonomia do usuário.

Adicionalmente, recomenda-se a instituição de mecanismos locais de comunicação direta entre equipes da Atenção Primária à Saúde (APS), equipes da Atenção Especializada em Saúde (AES) e usuários, mediante uso integrado de múltiplos canais, como mensagens eletrônicas, aplicativos institucionais — a exemplo do SUS Digital Profissional — e outros meios oficiais de comunicação, assegurando clareza, tempestividade e transparência das informações.

Com vistas à qualificação contínua da regulação do acesso, os entes federativos devem ampliar e implementar a Estratégia de Saúde Digital para o Brasil, promovendo a transformação digital dos serviços de saúde com base nos seguintes eixos estruturantes:

- fortalecimento da governança e da liderança em saúde digital;
- desenvolvimento da infraestrutura de informação e comunicação e adoção de padrões de interoperabilidade;
- qualificação permanente dos profissionais de saúde e promoção da cultura digital;
- engajamento do cidadão, com estímulo ao uso de ferramentas digitais para acesso, acompanhamento e participação ativa no cuidado;
- incentivo à pesquisa, à inovação e ao uso estratégico de dados em saúde para apoio à decisão clínica e à gestão; e
- expansão da telessaúde, ampliando o acesso aos serviços, reduzindo desigualdades regionais e qualificando os encaminhamentos assistenciais.

### **Formação e educação permanente**

A qualificação da regulação do acesso no Sistema Único de Saúde (SUS) demanda o fortalecimento contínuo dos processos de formação e educação permanente dos profissionais envolvidos nas diferentes dimensões da regulação. Nesse sentido, recomenda-se o incentivo gradual e articulado à incorporação de conteúdos relacionados à regulação assistencial nos currículos de graduação e pós-graduação dos cursos da área da saúde, promovendo maior compreensão sobre organização do acesso, coordenação do cuidado e funcionamento das Redes de Atenção à Saúde (RAS).

Compete ao Ministério da Saúde e às Secretarias Estaduais, Distrital e Municipais de Saúde fomentar a articulação com estruturas locais, regionais e nacionais — como as Comissões de Integração Ensino-Serviço (CIES), Escolas de Saúde Pública, institutos e universidades, programas de residência e polos de telessaúde — com o objetivo de fortalecer a cultura da educação permanente em saúde e aproximar os processos formativos das necessidades reais dos serviços.

As instituições formadoras, em articulação com os serviços de saúde, devem desenvolver estratégias pedagógicas que possibilitem a vivência prática nos espaços da regulação, por meio de estágios curriculares, práticas supervisionadas, ações de educação permanente e programas de pós-graduação, incluindo residências em saúde. Essas iniciativas favorecem a troca de saberes entre trabalhadores dos diferentes pontos de atenção, gestores, usuários e instituições de ensino, em consonância com os princípios da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

No âmbito assistencial, o processo de educação permanente entre as equipes da Atenção Especializada em Saúde (AES) e da Atenção Primária à Saúde (APS) pode ocorrer por meio de supervisão clínica, matriciamento, consultas compartilhadas e teleconsultorias, contribuindo para ampliar a resolutividade da APS e qualificar os encaminhamentos à atenção especializada. Nesse processo, os profissionais da regulação podem atuar como facilitadores, oferecendo devolutivas estruturadas às equipes e gestores, orientadas à qualificação contínua dos processos de trabalho.

Adicionalmente, deve-se fomentar a produção de pesquisas aplicadas à regulação do acesso, em parceria com instituições de ensino, pesquisa e inovação, priorizando estudos que proponham soluções inovadoras e sustentáveis para ampliação da eficiência do acesso e fortalecimento da equidade na atenção à saúde. Essas iniciativas devem considerar as especificidades territoriais, as necessidades das populações em situação de vulnerabilidade e a participação social na construção e na devolutiva dos resultados.

### **Monitoramento e Avaliação da Política Nacional de Regulação do SUS**

O monitoramento e a avaliação da PNR constituem instrumentos essenciais de governança interfederativa e corresponsabilidade entre os entes federativos, orientados à verificação da efetividade, da equidade e da transparência dos processos regulatórios em saúde.

A institucionalização de mecanismos sistemáticos de acompanhamento permite identificar avanços, desafios e oportunidades de aprimoramento, subsidiando o planejamento, a tomada de decisão e o aperfeiçoamento contínuo das ações de regulação do acesso nas três dimensões da política.

Os indicadores e metas destinados ao monitoramento da implementação da PNR-SUS serão definidos em atos específicos, devendo contemplar, no mínimo, de acordo com o Art. 56:

- I – percentual de estabelecimentos contratualizados em relação ao total de estabelecimentos existentes;
- II – número de centrais de regulação em funcionamento;
- III – número de centrais de regulação habilitadas para custeio federal;
- IV – número e percentual de municípios e Unidades da Federação que enviam periodicamente dados de regulação do acesso à Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS);
- V – percentual de atendimentos regulados realizados na Atenção Especializada em Saúde (AES);
- VI – tempo médio de espera para acesso regulado aos serviços especializados;
- e
- VII – percentual de absenteísmo em atendimentos regulados na AES.

A análise periódica desses indicadores deve orientar processos de melhoria contínua, promovendo maior transparência, eficiência operacional e equidade no acesso aos serviços de saúde.

É importante destacar que, considerando a complexidade das concepções e ações relacionadas à Regulação no SUS, a Portaria GM/MS nº 9.262/2025, em seu Art. 59, previu a elaboração de **Plano Operativo (PO)**, com indicação de ações estratégicas e atividades a serem desenvolvidas e monitoradas pelas três esferas de gestão SUS e de controle social.

Para a sua construção, foram realizadas reuniões em âmbito tripartite, com a participação de representantes do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), sendo estruturado um PO em eixos

estratégicos, contemplando ações, sob responsabilidade compartilhada das três esferas de gestão, a se desenvolverem em: curto prazo (em até 90 dias após a publicação do Plano), considerando-se as ações essenciais inclusive para demais ações previstas; médio prazo (até dez/2026), para ações prioritárias à implementação da PNR nos territórios; e longo prazo (até um ano após a publicação do Plano), para ações que, em alguns casos, dependem das primeiras e, em outros, demandam maior aprofundamento e discussões transversais.

Este PO foi pactuado na Comissão Intergestores Tripartite em 30.04.2026 e irá orientar a implementação da PNR-SUS nos territórios, conforme se verifica no Anexo I.

### **Considerações finais**

O aprimoramento da regulação no SUS representa um dos principais desafios contemporâneos para o fortalecimento das Redes de Atenção à Saúde e para a consolidação dos princípios da universalidade, integralidade e equidade. Ao longo deste documento, evidenciou-se que a regulação ultrapassa a dimensão administrativa de ordenação da demanda, configurando-se como instrumento estratégico de coordenação do cuidado, organização da oferta assistencial e promoção do acesso oportuno e adequado aos serviços de saúde.

O avanço nesse campo requer atuação integrada entre os entes federativos, fortalecimento da governança interfederativa, investimento em transformação digital, qualificação permanente dos profissionais e uso estratégico das informações em saúde. A adoção de práticas baseadas em evidências, associada ao monitoramento sistemático e à participação social, contribui para maior transparência, eficiência e legitimidade das decisões regulatórias.

Nesse contexto, a consolidação de uma cultura de regulação orientada ao cuidado implica reconhecer a centralidade da Atenção Primária à Saúde como coordenadora do cuidado e ordenadora da rede, promover a integração entre os pontos de atenção e ampliar o protagonismo do cidadão no acompanhamento do próprio percurso assistencial. A incorporação de tecnologias digitais, a qualificação dos processos formativos e o fortalecimento das capacidades institucionais dos gestores configuram elementos estruturantes para a sustentabilidade do sistema.

Assim, a implementação progressiva das diretrizes aqui apresentadas constitui oportunidade estratégica para aprimorar a organização do acesso, reduzir desigualdades regionais e fortalecer a capacidade do SUS de responder, de forma eficiente, equitativa e humanizada, às necessidades de saúde da população brasileira.