

POLÍTICA NACIONAL DE REGULAÇÃO EM SAÚDE DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (PNR-SUS)



COORDENAÇÃO DE AÇÕES NACIONAIS E DE COOPERAÇÃO





DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO

Publicado em: 31/12/2025 | Edição: 249 | Seção: 1 | Página: 371

Órgão: Ministério da Saúde/Gabinete do Ministro

PORTARIA GM/MS Nº 9.262, DE 30 DE DEZEMBRO DE 2025

Institui a Política Nacional de Regulação em Saúde do Sistema Único de Saúde - SUS e revoga o Anexo XXVI da Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017.

CAPÍTULO I – Das disposições gerais


Art. 2º São objetivos da PNR-SUS:

- 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.

CAPÍTULO II – Dos eixos da PNR-SUS

Modelos de Atenção

Art. 10. 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.

 **I – Eventos agudos:** ocorrências que se manifestam de forma pouco previsível e podem ser controladas de modo reativo e episódico, exigindo resposta em tempo oportuno do sistema de atenção à saúde, estando relacionados também às agudizações das condições crônicas

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.

 **II – Condições crônicas:** situações que demandam acompanhamento contínuo, intervenções sistemáticas e ações proativas e integradas da RAS por determinado período

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

CAPÍTULO II – Dos eixos da PNR-SUS

Regionalização e Planejamento Regional

Art. 12. O planejamento no âmbito do SUS, desenvolvido de forma ascendente, participativa, regionalizada e contínua, deve ser fundamentado nas necessidades de saúde da população de determinado território, na análise da capacidade instalada e na identificação de lacunas de oferta de ações e serviços de saúde

(...) § 5º **Na hipótese de ofertas inexistentes ou insuficientes no território, a programação deverá estabelecer as referências de abrangência regional, intermunicipal e interestadual.**

§ 6º **A pactuação interfederativa do acesso deve envolver, sempre que possível, a adoção de protocolos, de modo que o atendimento aos usuários, residentes ou não no território executante, seja ordenado pelos mesmos critérios de encaminhamento e priorização, assegurando a equidade no acesso, a integralidade do cuidado e o manejo adequado das condições de saúde. (...)**

CAPÍTULO II – Dos eixos da PNR-SUS

Contratualização

Art. 14. O processo de contratualização deve abranger todos os pontos de atenção da RAS, públicos ou privados, com ou sem fins lucrativos, observadas as suas especificidades.

§ 3º 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.**

§ 4º 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.

CAPÍTULO II – Dos eixos da PNR-SUS

O papel dos pontos de atenção na RAS

Art. 17. A regulação deve estar articulada à lógica do cuidado integral, a partir da organização da RAS, garantindo o acompanhamento longitudinal e a resolutividade.

(...) § 2º **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.

§ 3º **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.

§ 4º **As centrais de regulação, Núcleos Internos de Regulação - NIR, Núcleos de Gestão do Cuidado - NGC, Núcleo de Apoio à Gestão - NAG e demais dispositivos voltados ao processo regulatório têm papel essencial na observação da rede e na elaboração de subsídios para a revisão de fluxos e para o planejamento de ações.**

CAPÍTULO II – Dos eixos da PNR-SUS

O papel dos pontos de atenção na RAS

Art. 18. O acesso na RAS deve ocorrer por meio de práticas regulatórias voltadas à produção e promoção do cuidado com base em:

- I - grades de referência e contrarreferência atualizadas e fluxos pactuados;
- II - contratualização em todos os pontos de atenção da RAS;
- III - uso de protocolos clínicos e de acesso, visando à redução dos tempos de espera, em especial nos casos de maior vulnerabilidade e risco;
- IV - organização de linhas de cuidado no processo regulatório; e
- V - dispositivos para o compartilhamento ou transição do cuidado, garantindo a continuidade e a segurança, tais como matriciamento, telessaúde, entre outros.

CAPÍTULO II – Dos eixos da PNR-SUS

O papel dos pontos de atenção na RAS

Art. 21. O **Complexo Regulador** é a estrutura que coordena, operacionaliza e monitora ações da regulação do acesso, de forma articulada aos dispositivos de regulação dos pontos da RAS, podendo ter sua organização pactuada entre gestores, conforme abrangência, gestão e tipologia.

Parágrafo único. O **Complexo Regulador** é composto por um conjunto de centrais de regulação.

CAPÍTULO II – Dos eixos da PNR-SUS

Complexo Regulador

Art. 22. A Central de Regulação pode ter abrangência, gestão e funcionamento:

- I - **estadual:** sob gestão da SES, que regula o acesso às unidades de saúde sob gestão estadual ou municipal, localizadas no próprio estado, mediante pactuação bipartite da referência, ou em outros estados, quando necessário, mediante pactuação interestadual;
- II - **regional de gestão da SES:** com abrangência regional ou macrorregional, que regula o acesso às unidades de saúde sob gestão estadual ou municipal, mediante pactuação bipartite da referência, ou em outros estados, quando necessário, mediante pactuação interestadual;
- III - **regional de gestão compartilhadas entre a SES e o(s) município(s):** com abrangência regional ou macrorregional, que regula o acesso às unidades de saúde sob gestão estadual ou municipal, mediante pactuação bipartite da referência, ou em outros estados, quando necessário, mediante pactuação interestadual; e
- IV - **municipal:** sob gestão da SMS, com abrangência municipal, que regula o acesso às unidades de saúde sob gestão municipal ou estadual, mediante pactuação bipartite da referência.

CAPÍTULO II – Dos eixos da PNR-SUS

Complexo Regulador

Art. 23. A Central de Regulação pode ter diferentes modalidades, conforme organização local:

I - Central de Regulação Ambulatorial: regula o acesso a consultas, exames, terapias e demais procedimentos realizados em regime ambulatorial;

II - Central de Regulação de Internação Hospitalar: regula o acesso aos leitos eletivos ou de urgência; e

III - Central de Regulação de Urgência: regula os atendimentos de urgência e o acesso aos serviços pré-hospitalares e hospitalares de urgência.

Parágrafo único. Os aspectos organizacionais e de financiamento das Centrais de Regulação serão detalhados em portarias específicas e poderão ser complementados por documentos técnicos.

CAPÍTULO II – Dos eixos da PNR-SUS

Complexo Regulador

Art. 24. As Centrais de Regulação devem dispor de:

- I - estrutura física e tecnológica adequada, incluindo sistemas de regulação inteligentes, capazes de qualificar as ações dos profissionais da regulação;
- II - equipes multiprofissionais devidamente capacitadas;
- III - processos e fluxos de articulação com os NIR, NGC, NAG e demais estruturas relacionadas à regulação e à gestão do cuidado no âmbito dos estabelecimentos de saúde; e
- IV - protocolos de acesso e fluxos assistenciais pactuados.

CAPÍTULO II – Dos eixos da PNR-SUS

Complexo Regulador

Art. 26. A gestão das listas de espera deve ser permanente e ser realizada de forma compartilhada entre os pontos de atenção da RAS, especialmente da APS, com apoio da Central de Regulação, contemplando as seguintes ações:

- I - utilização de critérios de prioridade por risco, tempo de espera e vulnerabilidade, conforme protocolos vigentes;
- II - adoção de mecanismos sistemáticos de atualização de informações cadastrais e clínicas dos usuários;
- III - transparência das ações, tanto para os usuários individualmente, quanto para fins de controle social, resguardados os aspectos da Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018 - Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais - LGPD; e
- IV - utilização da telessaúde como ferramenta de apoio e de matriciamento entre APS e AES.

CAPÍTULO II – Dos eixos da PNR-SUS

Complexo Regulador

Art. 27. Estados, Distrito Federal e municípios devem avaliar e incorporar critérios de priorização nos protocolos de acesso para usuários em situações de vulnerabilidade e com barreiras de acesso.

§ 1º No caso de regiões com populações indígenas, tal avaliação deve ser feita em parceria com os Distritos Sanitários Especiais Indígenas - DSEI, com foco nos usuários atendidos pelo Subsistema de Atenção à Saúde Indígena - SasiSUS, em acordo com as diretrizes da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas - PNASPI.

§ 2º Esses critérios devem ser definidos com base em dados epidemiológicos, socioculturais e geográficos e devem ser revisados periodicamente.

Art. 28. Estados e municípios, em parceria com os DSEI, devem estabelecer fluxos regulatórios específicos para o acesso de Povos Indígenas Isolados e de Recente Contato - PIIRC, especialmente na AES, priorizando a garantia do acesso oportuno, para minimizar riscos sanitários e agravos em saúde.

CAPÍTULO II – Dos eixos da PNR-SUS

Do Transporte Sanitário

Art. 29. O transporte sanitário, no âmbito da gestão do acesso no SUS, compreende as ações de transporte sanitário eletivo, de transporte em situações de urgência e emergência e o Tratamento Fora do Domicílio - TFD, com a finalidade de garantir o deslocamento seguro e oportuno de usuários entre os pontos de atenção da RAS, assegurando a continuidade do cuidado.

§ 1º Considera-se transporte sanitário eletivo o destinado a usuários que necessitam de deslocamento programado para a realização de procedimentos ambulatoriais, consultas, exames, reabilitação ou tratamentos em serviços do SUS, dentro do município de residência ou em município de referência, incluído o transporte interunidades eletivo.

§ 2º O transporte em situações de urgência e de emergência, incluído o transporte interunidades, regulamentado em norma específica, deve se articular com os demais pontos de atenção da RAS, observadas as pactuações locais.

§ 3º O TFD constitui instrumento de garantia do acesso a procedimentos assistenciais não disponíveis no município de origem, por meio da articulação com a central de regulação correspondente, de modo a garantir cuidado digno e deslocamento adequado ao local de atendimento pelo SUS, conforme normas específicas.

CAPÍTULO II – Dos eixos da PNR-SUS

Do Transporte Sanitário

Art. 30. A gestão do acesso ao transporte sanitário deve observar os seguintes critérios, observadas as especificidades dos tipos de transporte previstos no art. 29:

- I - planejamento e programação integrada com os fluxos assistenciais da RAS, em especial com os serviços regulados;
- II - prioridade para usuários com condições clínicas que exijam acompanhamento contínuo ou que apresentem limitações funcionais e sociais que dificultem o acesso aos serviços;
- III - natureza do atendimento, estado clínico do paciente, oferta adequada do serviço e tempo necessário de deslocamento;
- IV - adequação dos veículos às normas sanitárias, de acessibilidade e segurança, garantindo o conforto e a proteção do usuário;
- V - ordenação local do transporte em articulação com os pontos de atenção, de modo a compatibilizar as agendas clínicas e logísticas;
- VI - registro e monitoramento das demandas, da utilização dos veículos e dos tempos de percurso, com vistas à qualificação do serviço; e
- VII - conformidade com os protocolos clínicos e de acesso compartilhados na RAS.

CAPÍTULO II – Dos eixos da PNR-SUS

Do Transporte Sanitário

Art. 31. A utilização do transporte sanitário deve ser integrada ao processo regulatório local e regional e constar dos planos municipais, regionais ou estaduais de saúde, observadas as pactuações locais correspondentes, com definição de responsabilidades, critérios de acesso, fluxos e indicadores de desempenho.

Art. 32. O dimensionamento do serviço de transporte sanitário deve observar as necessidades e especificidades do território e aplicar os parâmetros de planejamento e programação estabelecidos com base nas necessidades de saúde da população e de acordo com a oferta de serviços e pactuação no âmbito das respectivas Comissões Intergestores Bipartite - CIB.

Parágrafo único. O transporte sanitário deve ser organizado, preferencialmente, de forma regionalizada, com possibilidade de frota compartilhada para transporte de pacientes, especialmente em regiões com baixa densidade populacional.

CAPÍTULO II – Dos eixos da PNR-SUS

Do Transporte Sanitário

Art. 33. A utilização de transporte sanitário deve ser gerenciada de forma atrelada à gestão do acesso desenvolvida por meio de mecanismos operacionais (centrais de regulação) ou ações regulatórias que articulam uma oferta determinada e uma demanda por serviços de saúde, a fim de racionalizar o acesso de acordo com a classificação de risco e protocolos pré-definidos e pactuados.

CAPÍTULO III – Da gestão da informação, comunicação, transparência e saúde digital

Art. 35. O processo regulatório deve ser registrado de forma adequada, preferencialmente por meio de sistemas informatizados, interoperáveis e inteligentes, que:

- I - melhorem a qualidade, a agilidade, a segurança, a efetividade e a eficiência dos serviços presenciais e remotos;
- II - promovam a comunicação entre os pontos de atenção;
- III - promovam o uso da informação para a tomada de decisão;
- IV - garantam controle e monitoramento das ações envolvidas;
- V - viabilizem atividades de gestão do acesso;
- VI - contenham informações completas e qualificadas sobre as condições clínicas e as vulnerabilidades do usuário e outras que assegurem a transição do cuidado de forma segura; e
- VII - estimulem a participação dos usuários, de forma a assegurar continuidade do cuidado e evitar deslocamentos e procedimentos desnecessários.

Parágrafo único. O sistema adotado deverá contemplar, no mínimo, o conjunto de dados estabelecido na versão vigente do Modelo de Informação da Regulação Assistencial - MIRA, de forma a permitir a interoperabilidade dos dados entre os diferentes sistemas utilizados no âmbito do cuidado à saúde, bem como a visualização e disseminação unificada das listas de espera, quando necessário.

CAPÍTULO III – Da gestão da informação, comunicação, transparência e saúde digital

Art. 36. Os entes federativos devem alimentar adequadamente os sistemas de informação e compartilhar por meio da RNDS, instância estratégica de recebimento, armazenamento e compartilhamento de dados em saúde, a partir, no mínimo, do conjunto de dados referentes à regulação, contemplado no MIRA, e à produção assistencial, além das demais informações já estabelecidas.

Art. 37. Os sistemas de informação, no âmbito da regulação, devem dispor de funcionalidades que envolvam, entre outros:

- I - programação da oferta;
- II - meios de classificação de prioridade;
- III - perfil para regulação da demanda, com possibilidade de devolutiva sobre solicitações negadas ou reclassificadas, preferencialmente de forma informatizada entre o sistema de regulação e o prontuário eletrônico;
- IV - ferramenta de agendamento de ações;
- V - relatórios gerenciais;
- VI - gestão de listas.

CAPÍTULO III – Da gestão da informação, comunicação, transparência e saúde digital

Art. 38. Os processos envolvidos na regulação do acesso devem ser publicizados pelos entes federativos, de modo a permitir o acompanhamento pelo usuário, quanto à sua situação individual e pelo controle social na saúde e pela população em geral, quanto aos aspectos gerais, como definições e requisitos de acesso, listas e tempos médios de espera.

Art. 40. Devem ser instituídos, localmente, mecanismos de comunicação direta entre equipes de APS, equipes de AES e usuários, por meio do uso integrado de múltiplos canais, como mensagens eletrônicas, aplicativos, como o SUS Digital Profissional e veículos de comunicação institucional, que assegurem transparência e clareza das informações.

CAPÍTULO III – Da gestão da informação, comunicação, transparência e saúde digital

Art. 41. Com vistas à qualificação do processo de 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 em:

- I - fortalecimento da governança e da liderança em saúde digital;
- II - desenvolvimento da infraestrutura de informação e comunicação e de padrões de interoperabilidade;
- III - qualificação permanente dos profissionais de saúde e promoção da cultura digital;
- IV - engajamento do cidadão, com estímulo ao uso de ferramentas digitais para acesso, acompanhamento e participação no próprio cuidado;
- V - incentivo à pesquisa, à inovação e ao uso de dados em saúde para apoiar a decisão clínica e a gestão; e
- VI - expansão da telessaúde, com ampliação do acesso aos serviços, redução de desigualdades regionais e qualificação dos encaminhamentos.

CAPÍTULO V – Governança e responsabilidades

Arts. 47 a 49 - Os artigos definem que a governança da regulação no SUS é um conjunto de instâncias, normas e processos voltados à coordenação, pactuação, monitoramento e avaliação das ações regulatórias, com foco na efetividade, equidade e transparência, devendo ser exercida de forma interfederativa, participativa e regionalizada, em articulação com as Redes de Atenção à Saúde. Essa governança se organiza principalmente por meio das Comissões Intergestores (CIT, CIB e CIR), responsáveis pela pactuação de diretrizes, fluxos, responsabilidades e critérios de acesso, contando com o apoio técnico do Comitê Executivo de Governança da RAS, e deve estar incorporada aos instrumentos de planejamento e programação em saúde, com metas e mecanismos de monitoramento e avaliação, garantindo sua institucionalização e sustentabilidade no SUS.

CAPÍTULO VI – Monitoramento e avaliação

Art. 56. Os indicadores e metas para monitoramento da implementação da PNR-SUS, em suas três dimensões, serão estabelecidos em atos específicos, contemplando, no mínimo, os listados a seguir:

- I - percentual de estabelecimentos contratualizados em relação ao total de estabelecimentos;
- II - número de centrais de regulação existentes;
- 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 RNDS;
- V - percentual de atendimentos regulados realizados na AES;
- VI - tempo médio de espera para o acesso regulado aos serviços da AES; e
- VII - percentual de absenteísmo em atendimentos regulados na AES.



IFF

INSTITUTO NACIONAL | **FERNANDES FIGUEIRA**
DE SAÚDE DA MULHER, DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

COORDENAÇÃO DE AÇÕES NACIONAIS E DE COOPERAÇÃO

