



CURSO  
**SER GESTOR SUS**  
2025

SISTEMAS DE APOIO E LOGÍSTICA NA REDE  
DE ATENÇÃO À SAÚDE

Fascículo

27





Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

A coleção institucional do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Câmara Brasileira do Livro - <https://cbl.org.br/>.

Tiragem: 1ª edição – 2024 – versão eletrônica

Elaboração, distribuição e informações:

CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE

- Conasems

Esplanada dos Ministérios, Bloco

G, Anexo B,

Sala 144

Zona Cívico-Administrativo,

Brasília/DF

CEP: 70058-900

Tel.: (61) 3022-8900

Núcleo Pedagógico Mais Conasems  
Rua Professor Antônio Aleixo, 756  
CEP  
30180-150 Belo Horizonte/MG  
Tel: (31) 2534-2640

Diretoria Conasems Presidente  
Hisham Mohamad Hamida

Vice-Presidente

Geraldo Reple Sobrinho

Rodrigo Buarque Ferreira de Lima

Secretário Executivo

Mauro Guimarães Junqueira

Desenvolvimento:

Mais Conasems – NEAD/CONASEMS

Coordenação Executiva:

Conexões Consultoria em Saúde  
Ltda.

Direção Editorial:

Marta de Sousa Lima

Coordenação Editorial:

Keylla Manfili Fioravante

Coordenação Pedagógica:

Kelly Cristina Santana

Curadoria Conasems:  
Cristiane Martins Pantaleão  
Denise Rinehart  
Marcos da Silveira Franco  
Nilo Bretas Junior

Curadoria de Conteúdos Ministério  
da Saúde:  
Teresa Maria Passarella

Revisão Técnica:  
Cristiane Martins Pantaleão  
Maria da Penha Marques Sapata  
Marta de Sousa Lima  
Patrícia da Silva Campos

Elaboração de texto:  
André Luiz de Abreu  
Antônio Jorge de Souza Marques

Clemilson Augusto de Souza  
Diogo Demarchi Silva  
Marta de Sousa Lima

Projeto Gráfico e Diagramação:  
Deslimites

Preparação de texto:  
Camila Miranda

Revisão Linguística:  
Tiago Garcias

Imagens:  
Fototeca do Conasems  
Envato Elements  
<https://elements.envato.com>  
Freepik  
<https://br.freepik.com>

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)**  
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Curso ser gestor SUS [livro eletrônico] : 2025 : fascículo 27 : sistemas de apoio e logística na Rede de Atenção à Saúde / André Luiz de Abreu...[et al.]. -- 1. ed. -- Brasília, DF : CONASEMS, 2024.  
PDF

Outros autores: Antônio Jorge de Souza Marques, Clemilson Augusto de Souza, Diogo Demarchi Silva, Marta de Sousa Lima.

Bibliografia.  
ISBN 978-85-63923-68-4

1. Atenção básica à saúde 2. Diagnóstico 3. Saúde pública 4. Sistemas de informação 5. SUS (Sistema Único de Saúde) I. Abreu, André Luiz de. II. Marques, Antônio Jorge de Souza. III. Souza, Clemilson Augusto de. IV. Silva, Diogo Demarchi. V. Lima, Marta de Sousa.

24-233071

CDD-362.109

**Índices para catálogo sistemático:**

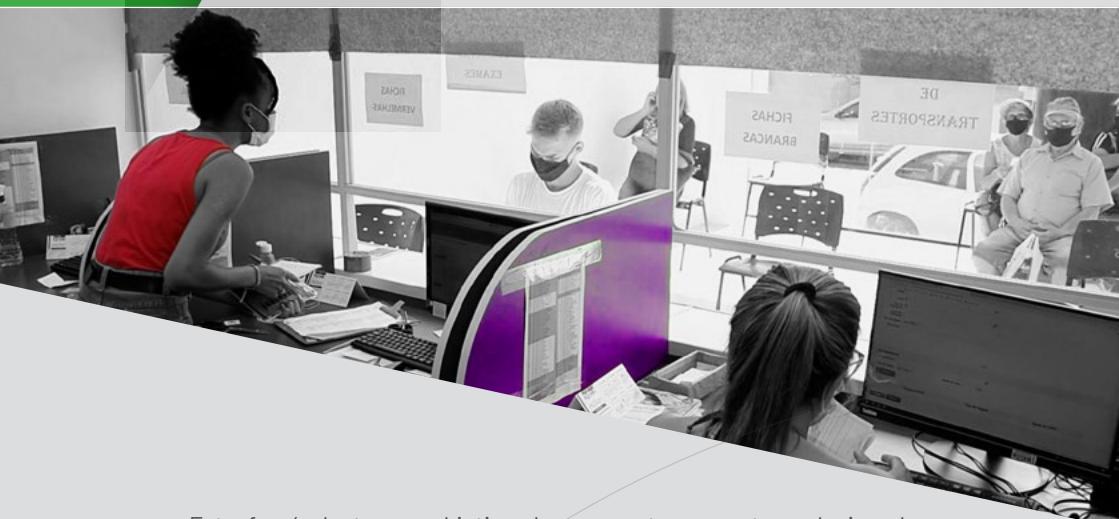
1. Saúde pública 362.109

Eliete Marques da Silva - Bibliotecária - CRB-8/9380



MINISTÉRIO DA  
SAÚDE





Este fascículo tem o objetivo de apresentar aspectos relacionados às ferramentas, dispositivos e sistemas de apoio e de logística que compõem a Rede de Atenção à Saúde (RAS). Nesse sentido, serão abordados os seguintes temas: apoio ao diagnóstico, sistemas de informação, Cartão Nacional de Saúde (CNS), prontuário eletrônico, regulação do acesso à assistência e sistema de transporte sanitário. Ao final, será apresentado o modelo de Consórcio Intermunicipal de Saúde (CIS) como uma das formas de organização conjunta das ações nas regiões de saúde. Além disso, no decorrer do material, se buscará:

- Identificar os principais sistemas de informação relacionados à assistência à saúde no SUS.
- Relacionar os sistemas de informação com a rotina dos profissionais de saúde no âmbito municipal.
- Compreender a necessidade de qualificar os principais sistemas utilizados como bases para o funcionamento das demais ferramentas eletrônicas existentes.
- Aprender os macro-objetivos da Política Nacional de Regulação (PNR).
- Identificar as formas de organização e as funções dos Complexos de Regulação e das Centrais de Regulação que os compõem.
- Entender o papel de cada pessoa envolvida no processo de regulação do acesso.
- Relacionar as diferentes ferramentas que compõem a regulação e suas funções na gestão do acesso.
- Compreender os benefícios da informatização dos processos de regulação para a otimização do acesso e do uso dos recursos disponíveis.

# S I G L A S

**APS** | Atenção Primária à Saúde

**BPA** | Boletim de Produção Ambulatorial

**BPA-C** | Boletim de Produção Ambulatorial Consolidado

**CNES** | Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

**CNS** | Cartão Nacional de Saúde

**CERAC** | Central Estadual de Procedimentos de Alta Complexidade

**CNRAC** | Central Nacional de Procedimentos de Alta Complexidade

**CIEVS** | Centros de Informação Estratégica em Vigilância em Saúde

**CMD** | Conjunto Mínimo de Dados da Atenção à Saúde

**CIS** | Consórcio Intermunicipal de Saúde

**DNC** | Doenças de Notificação Compulsória

**e-SUS APS** | e-SUS Atenção Primária

**INAMPS** | Instituto Nacional de Assistência Médica e da Previdência Social

**LC** | Laboratório Clínico

**LACEN** | Laboratórios Centrais de Saúde Pública

**LGPD** | Lei Geral de Proteção de Dados

**NIR** | Núcleos Internos de Regulação

**PNAB** | Política Nacional de Atenção Básica

**PNIIS** | Política Nacional de Informação e Informática em Saúde

**PNR** | Política Nacional de Regulação

**RAS** | Rede de Atenção à Saúde

**RAPS** | Rede de Atenção Psicossocial

**RNDS** | Rede Nacional de Dados em Saúde

**SMS** | Secretaria Municipal de Saúde

**CDS** | Sistema com Coleta de Dados Simplificada

**PEC** | Sistema com Prontuário Eletrônico do Cidadão

**SIGTAP** | Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos do SUS

**SIA** | Sistema de Informação Ambulatorial

**SINAN** | Sistema de Informação de Agravos de Notificação

**SISAB** | Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica

**SIH** | Sistema de Informações Hospitalares

**SISLAB** | Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública

**SUS** | Sistema Único de Saúde

**TIC** | Tecnologia de Informação e Comunicação

**TLR** | Testes Laboratoriais Remotos

**VS** | Vigilância em Saúde



# FIGURAS E QUADROS

- 10** Figura 1 - A estrutura operacional das RAS
- 25** Figura 2 - Tela do CadSUS Web
- 61** Figura 3 - Percentual de municípios com consórcio com o estado e com a união, segundo a área de atuação
- 65** Figura 4 - Municípios que participam de Consórcio Público e/ou Administrativo, segundo os parceiros

# SUMÁRIO

9	Introdução
13	1. Apoio ao diagnóstico
15	1.1 O Laboratório como instrumento de gestão de saúde
16	1.2 Integração entre AS e VS
18	2. Sistemas de informação e o SUS
20	2.1 Sistemas de Informação Estruturantes
21	2.2 Critérios mínimos de um estabelecimento de saúde
23	2.3 CNES e as responsabilidades no âmbito municipal
24	2.4 Cartão Nacional de Saúde (CNS) e o CadSUS Web
25	2.5 Principais sistemas de informação da assistência à saúde
35	2.6 Estratégia de Saúde Digital para o Brasil
35	2.7 Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS)
37	3. Regulação
38	3.1 Política de regulação do acesso à assistência
47	3.2 Recursos humanos e informatização
50	4. Transporte sanitário
57	5. Consórcios Intermunicipais de Saúde (CIS)
68	6. Considerações finais
70	7. Bibliografia

# INTRODUÇÃO

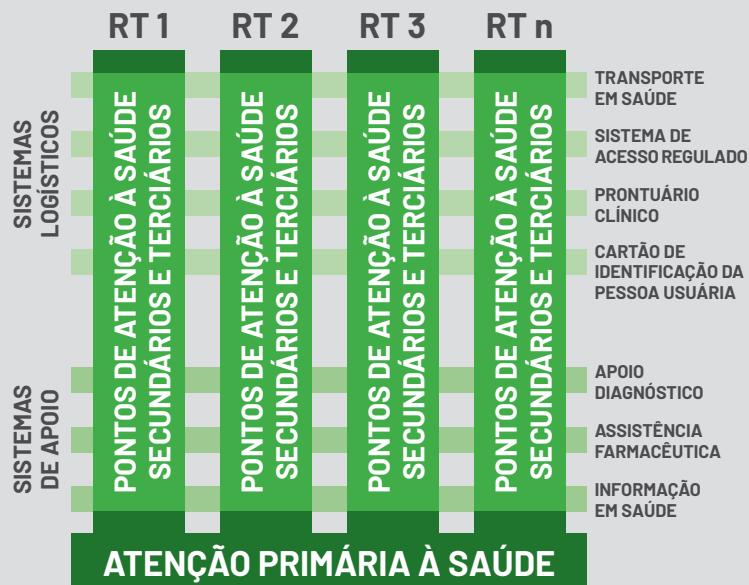
Inicialmente, vamos versar sobre alguns aspectos das RAS, com a finalidade de entender a importância dos sistemas de apoio e de logística no funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS). Já sabemos que a situação de saúde no Brasil, dadas as evidências epidemiológicas que apontam para a existência da tripla carga de doença, não mais pode ser respondida por um sistema de atenção totalmente fragmentado e voltado, prioritariamente, para o enfrentamento das condições agudas e da agudização das condições crônicas (Mendes, 2011).

Desse modo, é necessário pensar em uma nova proposta de organização da atenção à saúde no SUS, que responda com efetividade e qualidade às necessidades em saúde da população. Portanto, cabe aos(as) gestores(as) repensar a organização, os arranjos, os acessos e os fluxos, para constituir redes integradas de atenção. Tal integração exige a estruturação da oferta de serviços e a articulação racional dos fluxos dos usuários em busca da assistência nos diversos pontos de atenção da rede. A organização da oferta dos serviços é feita pelo(a) gestor(a) durante o planejamento regional de saúde, quando são definidas as referências e contrarreferências dos serviços a que a população terá acesso.

O esforço de garantir a oferta de serviços em determinado território de saúde, e para além dele, demandará a organização de um sistema de logística vinculado às redes constituídas. Conforme Mendes (2011), os sistemas logísticos são soluções tecnológicas, fortemente ancoradas nas tecnologias de informação, que garantem uma organização racional dos fluxos e contrafluxos de informações, produtos e pessoas nas redes de atenção à saúde, permitindo um sistema eficaz de referência e contrarreferência das pessoas e trocas eficientes de produtos e informações, ao longo dos pontos de atenção à saúde e dos sistemas de apoio, nas redes de atenção à saúde.

Os principais sistemas logísticos das redes de atenção à saúde são o cartão de identificação das pessoas usuárias, o prontuário clínico, os sistemas de acesso regulado à atenção à saúde e os sistemas de transporte em saúde.

Os sistemas logísticos organizam-se de forma transversal sendo, portanto, comuns a todas as redes, conforme podemos ver na Figura 1, que mostra a estrutura operacional das RAS.



Mendes, 2011, p. 86 (Adaptado).

Os sistemas logísticos se configuram como soluções transversais a todas as redes de atenção, sustentando e garantindo que o(a) usuário(a) do SUS tenha o acesso à saúde de forma organizada, regulada e humanizada. Podemos identificar os sistemas logísticos como: Cartão Nacional de Saúde (CNS), Prontuário Eletrônico, Sistema de Regulação, Sistema de Transporte. Veremos a seguir cada um deles.

## Sistemas de apoio

O apoio ao diagnóstico tem sua organização marcada pelo objetivo de apoiar a Assistência à Saúde e ao mesmo tempo a Vigilância em Saúde (VS), devendo seu funcionamento estar integrado a essas áreas. Essa organização, primordial para proporcionar a otimização e o funcionamento coordenado do Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública (SISLAB), também obedece aos princípios e diretrizes do SUS, no esforço de garantir o acesso universal aos cuidados em saúde. Neste fascículo, vamos compreender o papel do laboratório clínico na RAS, sua função como um instrumento de gestão em saúde e a necessidade de integração do apoio ao diagnóstico com a Atenção Primária à Saúde (APS) e a VS.

## Sistemas de informação em saúde

O SUS possui uma infinidade de ferramentas eletrônicas relacionadas ao seu funcionamento que podem, ou não, fazer parte da rotina do(a) profissional de saúde. Quando falamos em Sistemas de Informação em Saúde devemos entender que estamos tratando de instrumentos padronizados para coleta de dados e monitoramento, tendo o objetivo principal de fornecer informações para melhor análise dos problemas e condições de saúde da população, subsidiando a tomada de decisões nos níveis municipal, estadual e federal.

Já quando falamos de prontuário eletrônico, estamos falando da manutenção da informação sobre o estado de saúde e o cuidado recebido por um indivíduo durante todo seu tempo de vida, com as informações da saúde do paciente disponíveis onde e quando ela for necessária.

Os Sistemas de Informação em Saúde para a assistência foram historicamente fragmentados no que concerne à coleta de dados, entretanto alguns se destacam por sua capilaridade, por sua utilização no dia a dia dos(as) profissionais de saúde do município e por suas bases ricas em informações.

Ademais, os tempos atuais são de equilíbrio entre a implementação de novas tecnologias e a adequação dos sistemas existentes, visando à redução da fragmentação e melhora na informação a ser disseminada para o devido monitoramento nos diversos níveis necessários.

Neste fascículo, serão explicitados os principais sistemas de informação para a assistência à saúde, os sistemas de informação considerados como bases estruturantes para o funcionamento dos demais, além da estratégia de saúde digital para o Brasil e a implementação da Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS).

## **Regulação**

Sabemos que a oferta de serviços disponibilizados pelo SUS em muitos casos é insuficiente, trazendo dificuldades de acesso. Diante dessa realidade, compreender como o SUS se organiza para fazer a gestão do acesso aos serviços disponibilizados por meio da regulação do acesso à assistência é o que veremos neste fascículo.

## **Transporte sanitário**

O sistema de transporte em saúde tem como objetivo estruturar os fluxos e contrafluxos de pessoas e produtos nas RAS. Sua principal função é transportar as pessoas para serviços de atenção à saúde, mas, também, garantir o movimento adequado de material biológico, dos resíduos de serviços de saúde e das equipes de saúde. Durante o fascículo, vamos compreender como se organiza um sistema de transporte sanitário, suas características, tipologias e os cuidados que devem ser tomados para sua implementação e manutenção.

## **Consórcios Intermunicipais de Saúde (CIS)**

Os Consórcios Intermunicipais de Saúde (CIS) representam arranjos organizacionais firmados entre os municípios para solução de problemas comuns. No cenário nacional existem várias experiências em diferentes estados. No decorrer das últimas décadas, os CIS têm se traduzido em fortes instrumentos de gestão na administração pública.



APOIO AO  
**DIAGNÓSTICO**

# 1. APOIO AO **DIAGNÓSTICO**

As primeiras discussões e iniciativas governamentais para a estruturação do SISLAB no Brasil datam da década de 1970, baseadas na crescente demanda laboratorial para as atividades de assistência à saúde, assim como para o desenvolvimento das ações sob responsabilidade da VS. Sua composição integra os laboratórios pertencentes à União, aos estados e aos municípios, organizados segundo seu grau de complexidade e da atividade que desempenham nas áreas de Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária, Vigilância em Saúde Ambiental e Média e Alta Complexidade (Brasil, 2017).

Essa organização, primordial para proporcionar a otimização e o funcionamento coordenado do SISLAB, também obedece aos princípios e diretrizes do SUS, no esforço de garantir o acesso universal aos cuidados em saúde. A consolidação da municipalização e o avanço das estratégias de organização da APS como principal porta de entrada do SUS levaram à crescente exigência de adaptação e ampliação da oferta de serviços assistenciais à população, incluindo os serviços de apoio ao diagnóstico (Menezes, 2010).

No contexto da gestão municipal, as atividades laboratoriais são prioritariamente desenvolvidas para o suporte às ações de APS nas unidades hospitalares e ambulatoriais, atendendo a diferentes necessidades de diagnóstico clínico, considerando o perfil assistencial da localidade (Vidigal, 2014). Considerando as especificações técnicas e sanitárias para sua implantação, custos operacionais e pessoal



especializado, o diagnóstico laboratorial consiste em percentual expressivo das despesas de saúde (Brasil, 2005). Tais fatores limitam a ampliação da oferta do diagnóstico laboratorial e podem configurar obstáculos ao acesso da população a estes serviços, por vezes estabelecendo um descompasso entre o atendimento médico e o diagnóstico.

### **1.10 Laboratório como instrumento de gestão de saúde**

Devido à sua ação transversal, a informação gerada pelo Laboratório Clínico (LC) é crítica em 70% das decisões médicas, seja para o diagnóstico, monitoramento, tratamento ou hospitalização do paciente, do mesmo modo que é ferramenta importante na investigação de óbitos, configurando-se como crucial para o suporte da prática clínica (Pansini, 2002).

Assim, constitui fonte de informação a respeito da saúde individual e coletiva, e na definição de indicadores de qualidade do cuidado à saúde (particularmente nas doenças crônicas não transmissíveis), na identificação de infecções hospitalares e na prevenção e identificação precoce de alguns tipos de câncer.

No contexto dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável – Agenda 2030 (Brasil, 2022), o diagnóstico está diretamente relacionado ao “objetivo 3 – saúde e bem-estar”, que tem como finalidade assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para a população em todas as idades. Esse objetivo visa assegurar a cobertura universal à saúde, a redução da taxa de mortalidade materna, o fim das mortes evitáveis de recém-nascidos e de crianças menores de cinco anos, bem como acabar com as epidemias de AIDS, tuberculose, malária, doenças tropicais negligenciadas e doenças transmitidas pela água.

O laboratório, portanto, em conjunto com os demais instrumentos de saúde disponíveis no município e região, deve ser utilizado para definir parâmetros e estratégias para a compreensão e intervenção sobre os problemas de saúde prioritários da população em seu território de atuação (Brasil, 2018). Do mesmo modo, a avaliação dessas estratégias deve prever a harmonia e o equilíbrio na cobertura e acesso aos serviços de saúde.

## 1.2 Integração entre AS e VS

Apesar da atuação do LC no nível municipal ser voltada, principalmente, para o apoio diagnóstico de doenças não transmissíveis e de condições crônicas, o agravamento da situação epidemiológica das Doenças de Notificação Compulsória (DNC), como as doenças de transmissão vetorial e respiratória, aumentou a necessidade de integração dessas unidades com aquelas que atuam na VS, como os Laboratórios Centrais de Saúde Pública (LACEN) e os Centros de Informação Estratégica em Vigilância em Saúde (CIEVS).

Atualmente, a disponibilidade de testes rápidos e Testes Laboratoriais Remotos (TLR), também conhecidos como *Point of Care Testing* (PoCT), cujos perfis de sensibilidade e especificidade possibilitam a triagem, ou mesmo o diagnóstico, com rapidez e confiabilidade, possibilita a redução do tempo para intervenção clínica, início de tratamento ou isolamento, quando pertinente. Da mesma maneira, tais estratégias de testagem permitem o desenvolvimento de ações oportunas para a vigilância de doenças de interesse da saúde pública.

Desse modo, os laboratórios clínicos, municipais ou regionais, passam a atuar como sentinelas para as ações de VS, em consonância com as

estratégias de monitoramento e vigilância adotadas nos níveis estadual, distrital e nacional. Outra perspectiva relevante dessa integração é a possibilidade de intercâmbio de conhecimento, qualificação e capacitação dos(as) profissionais que atuam no município em métodos diagnósticos, fluxos de amostras, boas práticas de qualidade e biossegurança e análise de dados epidemiológicos.

A descentralização de ações de diagnóstico das DNC e a integração do fluxo de informação entre as unidades de assistência e saúde pública promovem a melhoria da sensibilidade do sistema de vigilância no monitoramento de padrões e tendências epidemiológicas. Essa integração também auxilia na tomada de decisão do(a) gestor(a) municipal baseada em dados epidemiológicos locais para a proteção e promoção da saúde da população.



# SISTEMAS DE INFORMAÇÃO E O SUS

## 2. SISTEMAS DE INFORMAÇÃO **E O SUS**

O SUS, desde sua concepção, busca qualificar os dados para melhorar seu funcionamento baseado em decisões assertivas no âmbito profissional e da gestão de saúde. Segundo a Lei nº 8.080/1990, ou lei orgânica do SUS:

O Ministério da Saúde, em articulação com os níveis estaduais e municipais do Sistema Único de Saúde (SUS), organizará, no prazo de dois anos, um sistema nacional de informações em saúde, integrado em todo o território nacional, abrangendo questões epidemiológicas e de prestação de serviços (Brasil, 1990).

Ao longo dos anos, muitos sistemas de informação foram criados visando coletar dados relacionados à assistência, à saúde, à VS e à gestão em saúde. Entretanto essas coletas não derivaram, necessariamente, em informação qualificada para a tomada de decisão por parte dos(as) profissionais que realizam o cuidado e dos(as) gestores(as) do SUS em suas esferas municipal, estadual e nacional.

A estimativa é que existam mais de 200 sistemas nacionais diferentes para entrada de dados por parte dos(as) profissionais de saúde e gestores(as) no âmbito municipal, com pouca ou nenhuma interoperabilidade, ou seja, a maior parte não troca dados entre si. Dessa forma, a padronização das informações é crucial para o avanço da qualidade da informação, com os modelos de informação sendo implementados nas mais diversas plataformas existentes.

O modelo de informação é uma representação conceitual e canônica, na qual os elementos referentes a um documento específico são modelados em seções e blocos de dados, com seus respectivos tipos de dados a serem informados. Também são informadas as referências para o uso de recursos terminológicos. A ausência do modelo de informação acarreta a ausência de padronização para a troca de informações entre plataformas eletrônicas.

## 2.1 Sistemas de Informação Estruturantes

Vejamos, a seguir, os sistemas de informação estruturantes:

- Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).
- Cartão Nacional de Saúde (CNS).
- CadSUS Web.

Na sequência, conheceremos mais detalhes sobre cada um deles. O CNES constitui-se como o sistema de informação oficial para coleta e processamento dos dados relacionados aos estabelecimentos de saúde do país, sejam eles públicos ou privados, independentemente de ser um estabelecimento de saúde que atue no SUS. Ou seja, todos os estabelecimentos de saúde do país devem estar cadastrados no CNES.

O referido sistema de informação traz a capacidade instalada relacionada ao estabelecimento de saúde e aos profissionais e trabalhadores de saúde que atuam nesses estabelecimentos. Sendo assim, todos os(as) trabalhadores(as) de saúde que atuam nesses espaços devem estar devidamente cadastrados com suas ocupações, carga horária semanal e tipo de vínculo com o estabelecimento de saúde.

Espera-se que tais informações sirvam para o correto dimensionamento da rede de saúde existente, visando fornecer informações qualificadas para um planejamento adequado que servirá para a tomada de decisão por parte dos(as) gestores(as) de saúde. Além disso, o CNES é a base cadastral para o funcionamento de 100 sistemas de informação de base nacional, em média, tais como:

- Sistema de Informação Ambulatorial (SIA).
- Sistema de Informação Hospitalar (SIH).
- e-SUS Atenção Primária (e-SUS APS); entre outros.

O CNES possui as seguintes finalidades:

- Cadastrar/atualizar os dados sobre os estabelecimentos de saúde, com os profissionais e trabalhadores(as) de saúde, os serviços fornecidos nesses estabelecimentos e suas estruturas físicas e de equipamentos.
- Disponibilizar as informações dos estabelecimentos de saúde para o funcionamento de sistemas de informação.
- Ofertar para a sociedade informações sobre a disponibilidade de serviços nos territórios e o funcionamento dos mesmos.
- Disseminar informações que apoiam a tomada de decisão, o planejamento, a programação e o conhecimento pelos gestores, pesquisadores, trabalhadores e sociedade em geral acerca da organização, existência e disponibilidade de serviços, força de trabalho e capacidade instalada dos estabelecimentos de saúde e territórios.

## 2.2 Critérios mínimos de um estabelecimento de saúde

Para o CNES, um estabelecimento de saúde se trata de um espaço físico delimitado e permanente onde são realizados serviços de saúde humana sob responsabilidade técnica. Sendo assim, os fatores mencionados acima devem ser considerados para a análise da concepção de um estabelecimento de saúde. Vamos entender um pouco mais sobre cada um, segundo os conceitos estabelecidos em normas e pelo Ministério da Saúde:



### Espaço físico delimitado e permanente

Está relacionado à infraestrutura necessária para se considerar um espaço como estabelecimento de saúde. Não estão excluídos estabelecimentos móveis, como embarcações, carretas etc. Isso significa que estruturas temporárias, como barracas, tendas ou atendimentos realizados em regime de mutirão em locais públicos abertos não podem ser considerados estabelecimentos de saúde.



### Onde são realizadas

Há a intenção de que se entenda a obrigatoriedade do efetivo funcionamento, já que não se pode afirmar qual a finalidade de uma instalação física que não esteja em execução de suas atividades. Ou seja, um espaço desativado ou em construção pode facilmente ser alocado para outras atividades que não saúde, não podendo ser considerado como um estabelecimento de saúde nessa situação.



### Ações e serviços de saúde de natureza humana

A necessidade de que o estabelecimento de saúde realize “ações e serviços de saúde humana” permite que a saúde seja entendida em seu amplo espectro, possibilitando a identificação de estabelecimentos que realizam ações de vigilância, regulação ou gestão da saúde, e não somente estabelecimentos de caráter assistencial. Do mesmo modo, impede seu uso para outros estabelecimentos que não têm o foco direto na saúde humana, como, por exemplo, os estabelecimentos que visam à saúde animal, os salões de beleza, as clínicas de estética, as instituições asilares, dentre outros, que embora estejam no escopo de atuação da VS, não devem ser considerados como estabelecimentos de saúde.

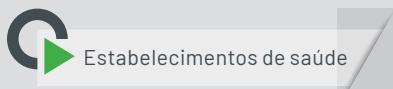


### Responsabilidade técnica

A introdução do conceito de “responsabilidade técnica” está de acordo com a legislação vigente, já que não se pode desempenhar ações e serviços de saúde sem que exista a figura de uma pessoa física legalmente responsável por elas.

## 2.3 CNES e as responsabilidades no âmbito municipal

O CNES se destina, no âmbito municipal, aos estabelecimentos de saúde, trabalhadores(as) e profissionais de saúde e Secretaria Municipal de Saúde (SMS), cada qual com seu papel no fluxo de trabalho, coleta e processamento de dados:



Coletam seus dados de estruturas e serviços em documento padronizado, ou por meio de aplicação própria disponibilizada pelo MS, e os enviam periodicamente para a SMS, ou diretamente ao MS, quando for o caso.



Informam seus dados relacionados à lotação no estabelecimento de saúde, bem como dados pessoais necessários ao cadastramento por parte do estabelecimento de saúde e da SMS.



Acessa todos os estabelecimentos de saúde de seu território por meio do CNES, realizando a manutenção dos dados registrados nos cadastros de estabelecimentos sob a gestão de cada ente federado. O envio das informações ao MS ocorre de maneira regular com periodicidade mensal.

Ao longo da história, o CNES é utilizado, também, para efeitos de manutenção no pagamento de recursos federais em favor dos municípios, em especial para equipes e serviços da APS e média complexidade ambulatorial.

## 2.4 Cartão Nacional de Saúde (CNS) e o CadSUS Web

O CNS é o documento de identificação do usuário do SUS. Esse registro contém as informações dos indivíduos, como dados pessoais (nome, nome da mãe, data de nascimento, etc.) e contatos (telefones, endereço, e-mail). Atualmente, o número do CNS é utilizado nos sistemas informatizados de saúde que demandam identificação dos indivíduos, sejam usuários(as), operadores(as) ou profissionais de saúde.

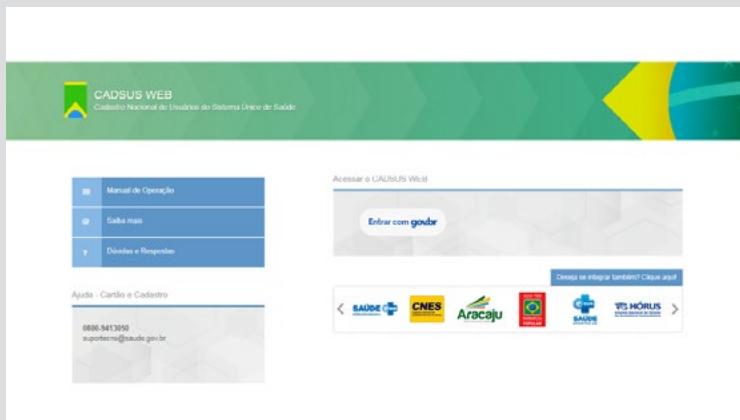
Dessa forma, o CNS possibilita a criação do histórico vinculado a cada cidadão e cidadã no SUS, por meio da sua identificação de maneira unívoca em sistemas de informação relacionados à Atenção à Saúde (APS, média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar), além de sistemas de informação relacionados à Assistência Farmacêutica (AF), à VS, entre outros.

A identificação principal é o número do CNS, que é gerado exclusivamente por meio do CadSUS Web. Esse número estará vinculado de maneira preferencial ao número de inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas (CPF) como identificação de pessoas na saúde para fins de registro de informações em saúde. O fato de a pessoa não possuir CPF não impede a criação de uma numeração de CNS, conforme legislação existente.

O CadSUS Web é o sistema de informação de cadastramento de Usuários do Sistema Único de Saúde, que permite a geração do número do CNS. Além disso, é possível utilizar o sistema de informação CadSUS Web para realizar consulta, cadastro, edição e impressão do cartão do cidadão a partir do referido sistema de informação. A consulta será permitida pelo número do cartão do cidadão ou por meio de filtros disponibilizados pelo sistema.

As informações cadastrais constantes no CadSUS ou os registros de informações de saúde prestadas para as Secretarias de Saúde ou para o MS não substituem a obrigatoriedade de manutenção do prontuário das pessoas nos serviços de saúde. O acesso ao CadSUS Web passa por camadas de segurança, considerando que traz dados sensíveis da pessoa.

**Figura 2 - Tela do CadSUS Web**



Fonte: Manual de apoio ao Cadastro Nacional de Usuários do Sistema Único de Saúde - CadSUS Web, [s.d.].

## 2.5 Principais sistemas de informação da assistência à saúde

### • Estratégia e-SUS APS

A Estratégia e-SUS APS faz referência ao processo de informatização qualificada do Sistema Único de Saúde (SUS) em busca de um SUS eletrônico (e-SUS), e tem como objetivo concretizar um novo modelo de gestão de informação que apoie os municípios e os serviços de saúde na gestão efetiva da APS e na qualificação do cuidado dos usuários. Esse modelo nacional de gestão da informação na APS é definido a partir de diretrizes e requisitos essenciais que orientam e organizam o processo de reestruturação desse SIS, instituindo o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) por meio da Portaria GM/MS nº 1.412, de 10 de julho de 2013, e a Estratégia e-SUS APS para sua operacionalização. São objetivos da estratégia e-SUS APS:

<b>Identificar e Individualizar o registro</b>	Registro individualizado das informações em saúde e identificado por meio do Cadastro de Pessoas Físicas (CPF) ou do Cartão Nacional de Saúde (CNS) para o acompanhamento dos atendimentos aos cidadãos.
<b>Integrar a informação por meio da Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS)</b>	Integrar a RNDS enviando dados em saúde, a partir de modelos de informações padronizados.
<b>Reducir o retrabalho na coleta de dados</b>	Reducir a necessidade de registrar informações similares em mais de um instrumento (fichas/sistemas) ao mesmo tempo.
<b>Informatizar as unidades</b>	Desenvolvimento de soluções tecnológicas que contemplem os processos de trabalho da APS, com recomendações de boas práticas e o estímulo à informatização dos serviços de saúde por meio do Programa Informatiza APS.
<b>Qualificar os dados em saúde</b>	Promover a qualificação da entrada dos dados em saúde por meio da padronização das terminologias e da adoção de metodologias de registro clínico.
<b>Gestão do cuidado</b>	Introdução de novas tecnologias para otimizar o trabalho dos profissionais, na perspectiva de realizar a gestão do cuidado.
<b>Coordenação do cuidado</b>	Otimizar o uso da informação na gestão e no cuidado em saúde na perspectiva de integração dos serviços de saúde.

A estratégia é composta por dois grandes sistemas, um para o armazenamento dos dados e outro para a coleta de dados, sendo, respectivamente:

<b>1. Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB)</b>	Sistema de informação nacional vigente para o processamento e a disseminação de dados e informações relacionadas à APS, com a finalidade de construção do conhecimento e tomada de decisão para as três esferas de gestão. Além disso, contribui para fins de financiamento e de adesão aos programas e estratégias da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).
<b>2. Sistema e-SUS APS</b>	Composto por <b>dois softwares e dois aplicativos</b> para coleta dos dados: <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Sistema com Coleta de Dados Simplificada (CDS):</b> Sistema de transição/contingência, que apoia o processo de coleta de dados por meio de fichas e de um sistema de digitação;</li><li>• <b>Sistema com Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC):</b> Sistema com prontuário eletrônico, que tem como principal objetivo apoiar o processo de informatização das UBS;</li><li>• <b>Aplicativo e-SUS Território (e-SUS Território) e e-SUS Atividade Coletiva (e-SUS AC):</b> Aplicativos móveis e <i>offline</i> que auxiliam os profissionais na coleta de dados no território e na coleta de dados das atividades coletivas realizadas pela equipe fora da Unidade Básica de Saúde, respectivamente.</li></ul>

O uso do sistema e-SUS APS levará em consideração a estrutura municipal disponível, em especial a existência de conexão adequada com a internet e a existência de estrutura de equipamentos na Unidade Básica de Saúde (UBS). Os cenários de implantação irão variar de acordo com a realidade de cada unidade de saúde. Irão



depender, por exemplo, da quantidade de computadores existentes e da conectividade à *internet*.

Para a utilização do PEC é necessário um cenário adequado de informatização no serviço de saúde, sendo necessária a disponibilidade, no mínimo, de computadores para os profissionais que trabalham na assistência à saúde e na recepção da unidade. A utilização do CDS é indicada para unidade de saúde que não possui conexão de internet e unidade de saúde que não possui computadores suficientes para os profissionais.

Desde o fim de 2017, o envio das informações relacionadas à APS dos municípios deve ocorrer exclusivamente por intermédio da estratégia e-SUS APS, não sendo necessária a coleta dos dados em outros sistemas de informação como, por exemplo, o Boletim de Produção Ambulatorial (BPA).

#### • **Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) do SUS**

O Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) foi instituído pela Portaria nº 896 de 29 de junho de 1990. A implantação do SIA em todo o território nacional ocorreu em 1995 e o sistema entrou em funcionamento com o Boletim de Produção Ambulatorial Consolidado (BPA-C), registrando apenas o procedimento realizado e sua quantidade, conforme profissional executante, sem identificação do paciente.

Com a evolução do SUS para uma gestão cada vez mais descentralizada, tornou-se necessário um sistema de informação para o registro padronizado, em nível nacional, dos atendimentos ambulatoriais, que possibilitasse a geração de informações e que facilitasse os processos de planejamento, controle, avaliação e auditoria.

Ao longo dos anos, o SIA foi sendo aprimorado para ser efetivamente um sistema que gere informações referentes ao atendimento ambulatorial no SUS e para que possa subsidiar os(as) gestores(as) estaduais e municipais nos processos de planejamento, programação, regulação, avaliação e controle dos serviços de saúde na área ambulatorial.

As principais finalidades do SIA são:

- registrar os atendimentos ambulatoriais do SUS de forma padronizada;
- gerar dados e informações ambulatoriais do SUS;
- auxiliar no processo de planejamento, controle, avaliação e auditoria do SUS;
- possibilitar o faturamento ambulatorial no SUS.

Todo o funcionamento do SIA/SUS gira em torno da tabela unificada de procedimentos do SUS, que é gerenciada pelo “Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos do SUS” (SIGTAP). Este sistema permite o acompanhamento sistemático, inclusive com série histórica, das alterações realizadas a cada competência/mês, detalhando os atributos de cada procedimento, bem como compatibilidades e relacionamentos.

O SIA/SUS trabalha atualmente como um grande sistema de processamento de dados, e para esse processamento é necessária a coleta dos dados pelos chamados “aplicativos de captação” e a utilização de aplicativos intermediários para processamento e envio mensal das informações. São aplicativos de captação:

<b>Boletim de Produção Ambulatorial (BPA)</b>	Aplicativo de captação do atendimento ambulatorial, composto de dois módulos de captação: o BPA Consolidado (BPA-C) e o BPA Individualizado (BPA-I).
<b>Autorização de Procedimentos Ambulatoriais (APAC)</b>	Aplicativo de captação do atendimento ambulatorial, no qual são registrados os procedimentos que exigem autorização prévia do gestor local para a sua execução. Nesse aplicativo é digitada a maioria dos procedimentos da alta complexidade (AC) e alguns da média complexidade (MC).
<b>Registro de Ações Ambulatoriais de Saúde (RAAS)</b>	Aplicativo de captação do atendimento ambulatorial, no qual são registrados procedimentos de atenção psicossocial, financiados por meio de incentivos da política da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

São aplicativos intermediários:

<b>Ficha de Programação Orçamentária (FPO)</b>	É o aplicativo que possibilita que o(a) gestor(a) local registre a programação física-orçamentária ambulatorial de cada estabelecimento de saúde, sob sua gestão, que presta atendimento ao SUS. A programação deve estar coerente com o planejamento anual das ações e serviços e baseada em contrato/convênio com o SUS.
<b>Transmissor</b>	É um aplicativo que possibilita o envio dos arquivos do banco de dados local dos sistemas de processamento dos dados de atendimentos no SUS, visando alimentar o Banco de Dados Nacional dos Sistemas de Informação da Atenção à Saúde.

### • Sistema de Informação Hospitalar (SIH) do SUS

A Autorização de Internação Hospitalar (AIH) é o instrumento de registro utilizado por todos(as) os(as) gestores(as) e prestadores(as) de serviços do SUS, e apresenta como característica a proposta de pagamento por valores fixos dos procedimentos médico-hospitalares, na qual estão inseridos os materiais que devem ser utilizados, os procedimentos que são realizados, os(as) profissionais de saúde envolvidos(as) e a estrutura de hotelaria.

A finalidade inicial do SIH foi o controle administrativo-financeiro para pagamento aos serviços hospitalares contratados pelo Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS). O processamento das internações hospitalares registradas no SIH/SUS era centralizado no DATASUS até 2006. Essa centralização era uma importante desvantagem, pois mantinha a relação direta do estabelecimento com o sistema nacional, impossibilitando a programação pelos(as) gestores(as). Para proporcionar a realização do processamento e a administração das informações dos estabelecimentos sob gestão municipal, o processamento do SIH foi descentralizado.

O SIH foi desenhado sob perspectiva contábil, mas, ao fornecer informações diagnósticas, demográficas, geográficas e do consumo de recursos para cada internação hospitalar, ampliaram-se as possibilidades de seu uso também para o monitoramento da utilização e da qualidade da atenção curativa individual. O sistema registra, aproximadamente, mais de 10 milhões de AIH aprovadas anualmente e, apesar da sua função primordial de apresentação e processamento de AIH, é uma fonte importante do perfil epidemiológico da população brasileira, além de permitir a avaliação da qualidade da atenção à saúde.

A informação gerada pelo SIH é altamente influenciada por normatizações da assistência hospitalar e por políticas públicas da atenção à saúde do SUS que, direta ou indiretamente, atuam sobre o sistema, bem como por incentivos e restrições estabelecidos pelo Ministério da Saúde e que objetivam estimular ou coibir determinadas práticas. O SIH/SUS vem sendo utilizado para avaliação da morbimortalidade no SUS e, desde a sua criação, muitos regramentos e funcionalidades foram inseridos com vistas à qualidade da informação. Um exemplo é a obrigatoriedade do CNS do paciente na AIH como identificação única dos usuários. Pode-se destacar como finalidades do SIH:

- Permitir o registro dos atendimentos aos usuários internados nos estabelecimentos de saúde do SUS.
- Disponibilizar subsidiariamente relatórios para os gestores, que podem repassar os mesmos aos setores de contas e custos hospitalares dos estabelecimentos de saúde.
- Possibilitar o conhecimento de aspectos clínico e epidemiológico das internações hospitalares efetuadas no âmbito do SUS.
- Permitir o faturamento das internações realizadas no SUS.

O Conjunto Mínimo de Dados da Atenção à Saúde (CMD) é o documento público que coleta os dados dos atendimentos em saúde realizados em qualquer estabelecimento de saúde do país, público ou privado, em cada contato assistencial. Trata-se de uma estratégia assumida pelos gestores do SUS das três esferas de gestão para a redução da fragmentação dos sistemas de informação que possuem dados de caráter clínico-administrativo da atenção à saúde. Foi instituído pelo Decreto nº 14.501, de 29 de novembro de 2017 (alterado pelo Decreto nº 9.775, de 30 de abril de 2019), e pela Resolução CIT nº 6, de 25 de agosto de 2016.



O CMD substituirá os principais sistemas de informação da atenção à saúde do país – SIA, SIH e Comunicação de Informação Hospitalar e Ambulatorial (CIHA) –, bem como seus subsistemas de coleta e apoio (BPA, APAC, RAAS, SIHD etc.).

Será de adoção obrigatória em todo o SUS, abrangendo pessoas físicas e jurídicas que realizam atenção à saúde nas esferas pública ou privada. A unidade de registro do CMD é o contato assistencial, definido como o atendimento ininterrupto dispensado a um indivíduo em uma mesma modalidade assistencial e em um mesmo estabelecimento de saúde. O CMD foi concebido visando atender às seguintes finalidades:

- Subsidiar as atividades de gestão, planejamento, programação, monitoramento, avaliação e controle do SUS.
- Auxiliar na formulação, no monitoramento e na avaliação das políticas de saúde.
- Compor as estatísticas nacionais de saúde, permitindo conhecer o perfil demográfico, de morbidade e mortalidade da população brasileira atendida nos serviços de saúde.
- Conhecer as atividades assistenciais desenvolvidas por todos os estabelecimentos de saúde no país.
- Fomentar a utilização de novas métricas para a análise de desempenho, alocação de recursos e financiamento da saúde.
- Possibilitar a realização dos processos administrativos necessários às três esferas de gestão do SUS, incluindo o faturamento dos serviços prestados à população.
- Disponibilizar informações assistenciais em nível nacional comparáveis com as informações internacionais em saúde.

O CMD ainda não faz parte da realidade municipal, apesar de existir decreto presidencial instituindo o mesmo. Atualmente, está em fase de desenvolvimento e homologação dos módulos de coleta e processamento dos sistemas, que posteriormente serão implementados nos territórios municipais substituindo alguns dos sistemas de informação existentes.

**• Outros sistemas de informação de base nacional**

<b>Hórus</b>	O Hórus é voltado para a assistência farmacêutica e em seus módulos é possível registrar a execução das ações de gestão dos medicamentos dos Componentes Básico, Especializado e Estratégico da Assistência Farmacêutica, por meio da realização de movimentações como entradas, distribuições e dispensações.
<b>SISREG</b>	O Sistema de Regulação é um sistema web, criado para o gerenciamento de todo o Complexo Regulador por meio de módulos ambulatorial e hospitalar que permitem a inserção da oferta, da solicitação até a confirmação do atendimento ao usuário, bem como a regulação de leitos hospitalares.
<b>SINAN</b>	O Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) é utilizado, principalmente, para notificação e investigação de casos de doenças e agravos que constam na Lista Nacional de Doenças de Notificação Compulsória, mas é facultado aos estados e municípios incluir outros problemas de saúde importantes em sua região.
<b>e-SUS Notifica</b>	A nova ferramenta <i>online</i> traz o registro de notificações de casos de síndrome gripal leve suspeitos e confirmados do Novo Coronavírus – COVID-19. Além desta funcionalidade, passou a ser utilizado para a inclusão de novas fichas de notificação, além do registro de eventos adversos pós-vacinação.
<b>SIVEP-Gripe</b>	O Sistema de Informação da Vigilância Epidemiológica da Gripe (SIVEP-Gripe) foi implantado no ano de 2000 para monitorar os dados epidemiológicos da vigilância sentinelas de Síndrome Gripal. O sistema foi adequado ao novo modelo de vigilância, com implementação de rotinas para monitoramento dos casos de SRAG internados nas Unidades de Terapia Intensiva(UTI)das unidades sentinelas e de internações pelas CID 10: J09 a J18.
<b>Outros sistemas</b>	O Ministério da Saúde disponibiliza um catálogo de sistemas em sua página oficial, entretanto existem variações desse catálogo disponibilizado devido à dinâmica existente e à necessidade de conceituação mais aprimorada acerca da classificação, tipo de sistema e utilização a ser realizada, sendo que tal catálogo deve ser revisado em breve no âmbito do SUS.

## 2.6 Estratégia de Saúde Digital para o Brasil

“A estratégia de Saúde Digital para o Brasil trata do uso de recursos de Tecnologia de Informação e Comunicação (TIC) para produzir e disponibilizar informações confiáveis sobre o estado de saúde para quem precisa no momento em que precisa”(Brasil, 2019, p. 11).

Com essa definição, a gestão do SUS resume a Estratégia de Saúde Digital para o Brasil 2020-2028 (ESD28), pactuada na **6ª Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), em agosto de 2020, e publicada na portaria nº 3.632, de 21 de dezembro de 2020**. Tal portaria procura sistematizar e consolidar o trabalho realizado ao longo da última década, materializado em diversos documentos e, em especial, na Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS-2015), que estava em revisão durante a elaboração da ESD28, na Estratégia e-Saúde para o Brasil (2017) e no PAM&A (2019-2023).

A ESD28 está alinhada com a nova PNIIS, de 2021, que foi pactuada na Reunião Ordinária da CIT, em 24/06/2021, aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) através da Resolução nº 659, de 26 de julho de 2021, e publicada na Portaria n. 1.768, de 30 de julho de 2021. A estratégia conta com um Plano de Ação de Saúde Digital 2020-2028, que traz três eixos e sete prioridades para o atingimento da referida estratégia, além do Plano de Monitoramento e Avaliação de Saúde Digital.

## 2.7 Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS)

A Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS) se caracteriza como a plataforma nacional de interoperabilidade (troca de dados) em saúde, instituída pela Portaria n. 1.434, de 28 de maio de 2020. O principal objetivo da RNDS é promover a troca de informações entre os pontos da RAS, permitindo a transição e a continuidade do cuidado nos setores públicos e privados. Será a Rede que conectará todo o país, estabelecendo o conceito de Plataforma Nacional de Inovação, Informação e Serviços Digitais de Saúde.

A RNDS já recebe dados de resultados de exames de covid-19, imunização contra a covid-19 e outros imunizantes do calendário vacinal, e mais recentemente passou a receber informações de internações (AIH). Ao longo de sua evolução, a RNDS está se constituindo como uma

plataforma informacional de alta disponibilidade, segura e flexível, de forma a favorecer o uso ético dos dados de saúde.

A disseminação dessas informações será feita para os(as) profissionais de saúde responsáveis pelo cuidado do paciente; aos cidadãos e às cidadãs, para que possam acompanhar seus registros e estejam engajados em sua saúde; e aos(as) gestores(as), para tomada de decisão assertiva relacionada à gestão em sua esfera de atuação. Todos os acessos devem respeitar a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD) e os níveis de acesso a dados individualizados e consolidados. Essa disseminação é chamada atualmente de “Conekte SUS”, e seu uso já pode ser observado através do aplicativo “Conekte SUS Cidadão” e de suas funcionalidades.

Existe uma infinidade de sistemas de informação na rotina municipal. Como são muitos, buscamos destacar os sistemas que servem de maneira estruturante como base para o funcionamento dos demais, no caso, o CNES e o CNS em seu sistema CadSUS Web. Além destes, foi dada ênfase aos sistemas de informação que coletam e processam dados relacionados à Assistência à Saúde, passando pela APS, média e alta complexidade ambulatorial, bem como pelas perspectivas de aprimoramentos para o futuro.

Com o avanço da implementação da saúde digital no país, se torna imprescindível o entendimento das tecnologias existentes, bem como das estratégias existentes, em especial a consolidação da RNDS como plataforma interoperável para todos os sistemas de informação no SUS e para além dele, trazendo padronizações necessárias à otimização dos dados e consequente qualidade da informação para a tomada de decisão nos mais diversos níveis da gestão e do cuidado prestado ao cidadão e à cidadã.



# REGULAÇÃO

## 3. REGULAÇÃO

### 3.1 Política de regulação do acesso à assistência

O acesso universal e igualitário às ações e aos serviços públicos de saúde, previstos na Constituição e na Lei Orgânica do SUS, é ponto fundamental do sistema, caracterizando-se, ao longo do tempo, como um dos maiores desafios para os(as) gestores(as) e profissionais de saúde.

A capacidade de oferta de serviços, em especial na média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar, geralmente não consegue acompanhar o quantitativo de solicitações existente, causando a chamada “demanda reprimida”. Várias iniciativas foram colocadas para atenuar esse impacto e ajustar a necessidade à oferta existente buscando o atendimento das demandas em tempo oportuno.

Nesse sentido, a Política Nacional de Regulação do SUS, publicada na portaria n. 1.559 de 2008, traz aspectos que versam sobre competências, dimensões, ações, estruturas e a operacionalização em si da Regulação, divididas em três dimensões: Regulação de Sistemas de Saúde, Regulação da Atenção à Saúde e Regulação do Acesso à Assistência, conceituadas conforme segue:

**I** - Regulação de Sistemas de Saúde: Tem como objetos os sistemas municipais, estaduais e nacional de saúde, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, definindo, a partir dos princípios e diretrizes do SUS, macrodiretrizes para a Regulação da Atenção à Saúde e executando ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância desses sistemas.

**II** - Regulação da Atenção à Saúde: Exercida pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, conforme pactuação estabelecida no Termo de

Compromisso de Gestão do Pacto pela Saúde. Tem como objetivo garantir a adequada prestação de serviços à população e seu objeto é a produção das ações diretas e finais de atenção à saúde, estando, portanto, dirigida aos prestadores públicos e privados. E tem como sujeitos seus respectivos gestores públicos, definindo estratégias e macrodiretrizes para a Regulação do Acesso à Assistência e Controle da Atenção à Saúde (também denominada de Regulação Assistencial) e para o Controle da Oferta de Serviços, executando ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância da atenção e da assistência à saúde no âmbito do SUS;

**III** - Regulação do Acesso à Assistência: Também denominada Regulação do Acesso ou Regulação Assistencial, tem como objetos a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, sendo estabelecida pelo complexo regulador e suas unidades operacionais. Esta dimensão abrange a regulação médica, exercendo autoridade sanitária para a garantia do acesso baseada em protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização.

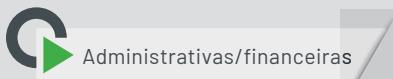
O processo de planejamento é fundamental, também, para esta organização, e a utilização dos instrumentos de gestão faz parte desse contexto. Ademais, a regionalização caracteriza-se como ponto crucial neste tema, visando aperfeiçoar os processos locais de organização e a relação intergestores, otimizando as capacidades instaladas e o processo de acesso aos serviços de saúde.

O Complexo Regulador, no que tange à Regulação do Acesso à Assistência, possui como uma das principais funções a organização dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS. Para alcançar esse objetivo, a portaria n. 1.559 de 2008, que institui a Política Nacional de Regulação (PNR), define em seu art. 8º, parágrafo 2º, as seguintes atribuições ao complexo regulador:

- I** - fazer a gestão da ocupação de leitos e agendas das unidades de saúde;
- II** - absorver ou atuar de forma integrada aos processos autorizativos;
- III** - efetivar o controle dos limites físicos e financeiros;
- IV** - estabelecer e executar critérios de classificação de risco;
- V** - executar a regulação médica do processo assistencial.

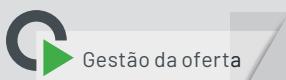


Podemos dividir essas atribuições em:



Administrativas/financeiras

Que estão relacionadas com a logística e o controle do uso dos recursos disponíveis, de modo a otimizar a distribuição dos recursos, bem como evitar o extrapolamento dos limites físicos e financeiros.



Gestão da oferta

Que possui relação com a definição de critérios e fluxos de acesso, Protocolos de Regulação e classificação de risco para garantir que a oferta de serviços seja utilizada de forma adequada às necessidades dos usuários do sistema de saúde.

A operacionalização do acesso aos serviços disponibilizados pelo SUS é realizada pelo complexo regulador, que pode ser composto por diferentes centrais de regulação e se distingue por sua área de abrangência, como podemos ver a seguir:



### Complexo Regulador Municipal

Gestão e gerência das Secretarias Municipais de Saúde. É responsável pela gestão do acesso aos serviços próprios ou que possuem contratualização direta com seu município.

Pode atender demandas da população própria, podendo também atender população referenciada (de outros municípios), de acordo com pactuações regionais.



### Complexo Regulador Regional

Gestão e gerência das SES, ou compartilhada com Municípios. Atende população própria e referenciada de uma determinada região ou macrorregião, regulando o acesso a Unidades de Saúde de referência regional ou macrorregional.



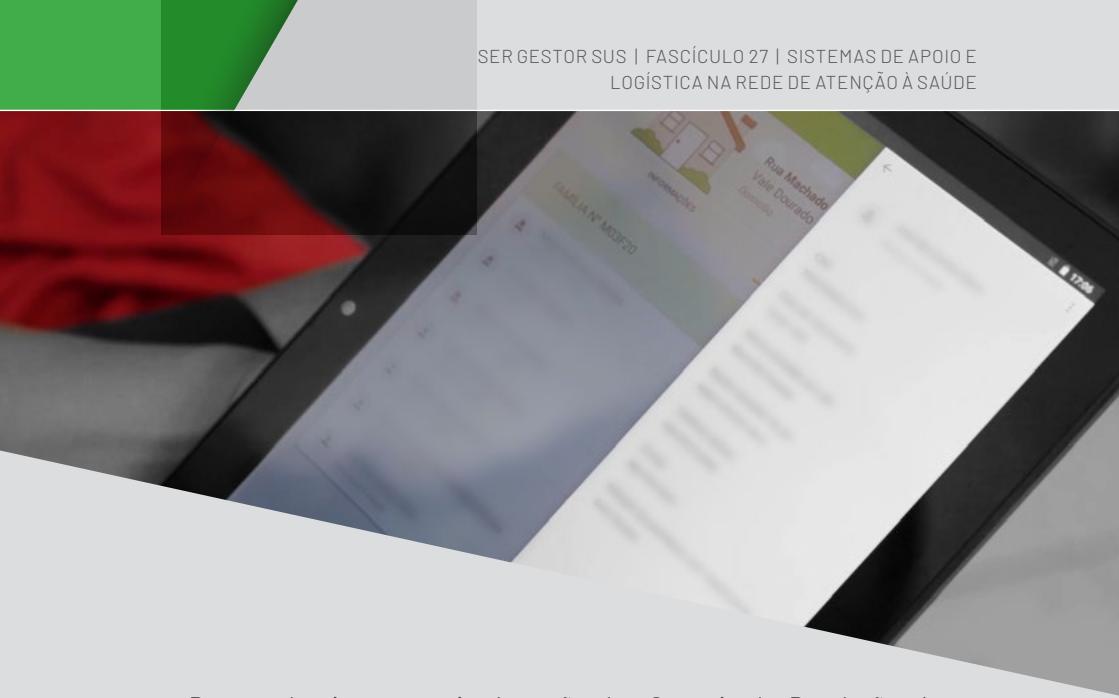
### Complexo Regulador Estadual

Gestão e Gerência das SES. Regula o acesso às Unidades de Saúde sob gestão estadual, atendendo à população dos municípios que compõem o estado (intraestadual) e também de outros estados (interestadual), por meio de articulação nacional via Central Estadual e Central Nacional de Procedimentos de Alta Complexidade/Custo (CERAC/CNRAC) e dos procedimentos de alta complexidade/custo.

Além disso, o Complexo Regulador também pode possuir atribuições como a contratação de serviços, o controle assistencial e a avaliação.

Como já mencionado, as centrais de regulação compõem os complexos reguladores, podendo assumir funções distintas na regulação dos diferentes componentes da RAS. Nas Centrais de Regulação é onde são recebidas as solicitações de atendimento, que em seguida são avaliadas, classificadas conforme informações clínicas apresentadas, e autorizadas de acordo com critérios de priorização previamente estabelecidos. Agora, veremos as principais características de cada tipo de central de regulação:

<b>Central de Regulação Ambulatorial</b>	<p>Responsável pela regulação do acesso de serviços ambulatoriais eletivos de Média Complexidade, incluindo consultas, exames, terapias e procedimentos.</p> <p>Cabe à Central de Regulação Ambulatorial a regulação do acesso aos serviços que possuem demanda reprimida. Utiliza-se de critérios de prioridade definidos por protocolos para determinar a ordem de suas autorizações.</p>
<b>Central de Regulação de Internação</b>	<p>Responsável pela regulação de leitos hospitalares, conforme organização local, incluindo leitos clínicos e cirúrgicos, eletivos ou de urgência e emergência, além dos leitos de retaguarda.</p> <p>Executa a regulação compartilhada com os Núcleos Internos de Regulação (NIR) ou com as estruturas similares de cada estabelecimento hospitalar. Realiza o direcionamento da oferta de acordo com as Grades de Referência e pactuações regionais.</p>
<b>Central Estadual de Regulação de Alta Complexidade</b>	<p>Integrada à Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade, tem por função a regulação de solicitações advindas de outros estados, para acesso a serviços de Assistência Hospitalar de Alta Complexidade.</p>
<b>Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade</b>	<p>Organiza as referências interestaduais de Assistência Hospitalar de Alta Complexidade de caráter eletivo (cardiologia, oncologia, neurologia, ortopedia, cirurgia bariátrica), para atendimento interestadual.</p>



Para o planejamento e implantação das Centrais de Regulação, é essencial que seja considerada a realidade do território nos níveis macrorregional, regional e municipal, a composição da RAS e também as demandas apresentadas por cada um desses componentes.

Diversas pessoas estão envolvidas no processo de regulação, podemos citar como principais:

- O(a) demandante: Trata-se de quem procura atendimento em um estabelecimento de saúde, e para quem é identificada a necessidade de um determinado procedimento que deve ser oferecido pelo SUS.
- O(a) gestor(a) do acesso: Aqui identificamos o(a) médico(a) regulador(a) como figura-chave no processo de gestão do acesso, mas também podemos incluir outros profissionais, como fisioterapeutas, psicólogos(as), nutricionistas, odontólogos(as), profissionais de enfermagem, entre outros que podem fazer parte dos processos dentro de um complexo ou central de regulação.
- O(a) executante: É o profissional que executa o serviço. Podemos dar o exemplo de médicos(as) quando realizam atendimentos ou procedimentos; técnicos(as) que realizam coletas de exames; bem como outros(as) profissionais de nível superior que realizam atendimentos na forma de terapias especializadas.

Uma das principais atribuições do(a) médico(a) regulador(a) é a gestão da demanda e da oferta. Ela pode ser dividida nas seguintes etapas:



### 1. Avaliação

Essa é a primeira etapa, na qual, após receber a solicitação, o profissional faz a avaliação para verificar se foram atendidos os critérios de acesso ao serviço. Por exemplo: nessa etapa verifica-se se o solicitante justificou a solicitação com dados completos, claros e condizentes com o serviço pretendido. Além disso, também pode ser verificado se o estabelecimento ou referência solicitados estão de acordo com a Grade de Referência definida pelas pontuações regionais.

Após a avaliação, o regulador poderá prosseguir com: a) devolução ao solicitante para que sejam feitos ajustes ou sejam apresentadas informações complementares; b) negativa da solicitação em caso de graves inconsistências; ou c) dar seguimento para a Classificação de Risco.



### 2. Classificação de Risco

Após aferida na etapa de avaliação, a solicitação segue para a etapa onde deverá ser atribuída uma Classificação de Risco, que trata de uma definição de grau de prioridade que deverá ser atribuída à solicitação. Ferramentas para definição de prioridade de atendimento são frequentemente utilizadas em outros serviços que compõem o Sistema Único de Saúde, como por exemplo o “Acolhimento”, utilizado na Atenção Primária (UBS), e a “Triagem”, utilizada nos serviços de urgência e emergência (Hospitais, UPA etc.).

No entanto, diferente dos componentes citados, a Regulação do Acesso Assistencial é realizada de forma assíncrona, ou seja, sem a presença do paciente.

Nesse caso, o Médico Regulador definirá a classificação de risco a partir dos dados apresentados para a justificativa da solicitação e utilizando Protocolos de Regulação previamente definidos.



### 3. Autorização

Após atribuída a Classificação de Risco a cada solicitação, o regulador fará a gestão do acesso, considerando a oferta disponível (vagas de procedimento, leitos não ocupados etc.), e realizará as autorizações de acordo com a Classificação de Risco atribuída a cada solicitação que eventualmente encontra-se aguardando autorização.

#### • Protocolos de regulação

Os Protocolos de Regulação possuem destacada importância para a gestão do acesso e gestão dos serviços de saúde. Eles podem servir tanto para a orientação dos profissionais da Atenção Básica na definição de solicitações e encaminhamentos para a rede especializada, quanto como uma ferramenta de regulação para a definição da classificação de risco.

Embora seja uma das atribuições do(a) médico(a) regulador(a), para que seja eficaz a elaboração de protocolos de regulação deve ser realizada de forma conjunta, com a participação dos demais profissionais que compõem a RAS. A inclusão dos profissionais que atuam na APS, por exemplo, tende a resultar em maior engajamento para a sua aplicação prática.

No caso das centrais municipais de regulação, a aproximação com os profissionais da APS também pode acontecer por meio de capacitações, oficinas e outras estratégias, com o objetivo de conscientizar a equipe para a importância da observância dos protocolos, potencializando a eficiência no acesso aos serviços de assistência.

Na prática, os protocolos de regulação são ferramentas essenciais para a identificação das demandas que são apresentadas aos diferentes serviços que compõem a RAS. Citando algumas das vantagens, é por meio deles que a regulação conseguirá identificar as inconsistências nas solicitações, como o exemplo comum de encaminhamentos a consultas especializadas sem que o usuário de fato tenha a necessidade, ou sem qualquer justificativa.

A incapacidade em identificar esses tipos comuns de inconsistências tende a criar situações onde recursos já escassos acabam sendo desperdiçados, ao passo que muitos usuários que de fato possuem a necessidade permanecem aguardando nas filas de espera. Nesse sentido, critérios de acesso bem estabelecidos tendem a auxiliar a identificação da “real demanda”, evitando, assim, desperdícios, e reduzindo o tempo de espera para aqueles que de fato necessitam do serviço. Outra vantagem que os protocolos de regulação nos trazem é a capacidade de identificar a necessidade de priorização de atendimento de um usuário a partir de seu quadro clínico.

Nesse ponto, protocolos específicos para cada tipo de procedimento, tendo bem definidos os critérios de solicitação, fatores de agravo, e classificação por grau de prioridade a partir de diferentes quadros clínicos, mostram-se como ferramentas consistentes para nortear as decisões do profissional regulador, podendo garantir que aquele usuário que possui maior prioridade tenha seu atendimento priorizado.

#### • **Contrarreferência**

Um elemento muito importante que deve ser considerado na definição de Protocolos de Regulação, que pode ser também compreendido como critério de “referência”, é a definição de critérios de “contrarreferência”. Após o atendimento na Atenção Especializada, e conforme desfecho clínico, o paciente poderá necessitar retornar à sua UBS de origem para a continuidade de tratamento ou simples acompanhamento.

Além dos benefícios trazidos pelo estímulo à ligação entre usuário e sua Unidade de Saúde, esse fluxo traz outros benefícios, como a otimização dos recursos, uma vez que retornando à APS pode haver a liberação de agenda da Atenção Especializada para atendimento e seguimento de outros(as) usuários(as) que permanecem aguardando.

#### • **Fluxo de Acesso**

Outro elemento tão importante quanto a definição de protocolos de regulação é a definição dos fluxos de acesso aos diversos serviços e estabelecimentos que compõem a Rede de Atenção à Saúde. Dentre os principais objetivos dos fluxos de acesso, podemos citar a organização dos processos e etapas do acesso, que objetiva a

busca de maior eficiência nas ações de cada profissional e sistema/equipamentos envolvidos, minimizando o desperdício de tempo e de insumos disponíveis.

Na perspectiva do usuário, compreender os caminhos que necessita percorrer para que sua necessidade de saúde seja atendida, além de ter o uso de seu tempo e recursos otimizado, tende a trazer maior engajamento, a partir do momento em que ele passa a se identificar como parte do processo. Para que tenhamos um fluxo de acesso bem definido, alguns elementos mínimos devem ser considerados:

<b>Porta de entrada</b>	Estabelecimento onde o usuário dá início ao seu atendimento e a partir do qual é dado seguimento ao acesso a procedimentos que venham a ser necessários para seu tratamento, podendo citar a UBS, CAPS, APH Fixo etc.
<b>Ações e atividades</b>	São executadas por cada pessoa ou sistema/equipamento que compõem as etapas do processo.
<b>Dados</b>	Dados e informações que deverão ser fornecidos durante o processo.
<b>Interação humana</b>	Pessoas que possuem atribuições durante o processo.
<b>Desfecho</b>	A finalização do processo, com o atendimento à necessidade do usuário.

Devemos entender as vantagens que possuem as duas formas de representação, mas é importante considerar que quanto mais objetivo e claro for o fluxograma, maior será sua compreensão e, consequentemente, maior será sua eficácia.

### 3.2 Recursos humanos e informatização

Diferentes fatores devem ser considerados para o planejamento e implantação de uma central de regulação, como a RAS da região, as diferentes realidades locais, bem como as demandas apresentadas. Esses fatores devem influenciar diretamente no dimensionamento da

estrutura da central de regulação, sobretudo na definição dos recursos humanos que serão necessários para a adequada gestão do acesso à assistência, tanto no que diz respeito à definição de perfis profissionais, quanto em sua quantidade.

Considerando isso, é possível verificar realidades muito distintas entre diferentes municípios brasileiros que possuem centrais de regulação já implantadas. Podemos encontrar, em municípios de grande porte, complexos reguladores municipais bem estruturados, com ampla equipe, podendo inclusive serem compostos por diferentes unidades descentralizadas, ao passo que temos um expressivo número de municípios de pequeno porte onde a central de regulação resume-se a um único profissional.

Independentemente do porte da central de regulação, devemos considerar que há um único elemento indispensável para o processo de gestão do acesso: o(a) médico(a) regulador(a).

Uma estratégia que pode auxiliar é a utilização de sistemas informatizados para a gestão da oferta e das demandas na central de regulação. Os sistemas informatizados podem trazer excelentes benefícios, como o controle dinâmico de tetos físicos e financeiros relacionados à oferta de prestadores, e o controle de tetos pactuados com municípios referenciados, auxiliando na transparência e na segurança da utilização dos recursos disponíveis.

Além disso, sistemas informatizados podem apresentar informações sobre ofertas e demandas que podem servir de subsídio para a tomada de decisão dos gestores no que tange às repactuações regionais, à decisão por aumento ou redução de investimentos em determinados serviços, ou até mesmo à implantação de novos serviços.

Dessa forma, há de se compreender que para uma boa gestão a informação é indispensável. No Brasil, o sistema mais utilizado para a informatização da regulação do acesso é o Sistema Nacional de Regulação, também conhecido como SISREGIII, atualmente utilizado por mais de 3 mil municípios do território nacional.

O sistema é disponibilizado em formato web, podendo ser acessado diretamente pelo navegador da internet, o que traz flexibilidade

para sua implantação em diferentes pontos da RAS, equalizando as condições de acesso para usuários que residem em regiões distantes das regiões centrais.

Possui, entre outros perfis, o de solicitante e regulador/autorizador, o que permite que a gestão do acesso seja realizada totalmente on-line, onde um solicitante em uma UBS insere a solicitação de um procedimento, e em outro ponto da rede o(a) regulador(a) dá seguimento até a aprovação para sua realização.

O sistema é disponibilizado pelo MS. No entanto, embora venha trazendo grandes benefícios desde que foi disponibilizado, a atual versão carece de aprimoramentos. Dentre as diversas atribuições da regulação do acesso à assistência, podemos compreender como principais a garantia do acesso aos serviços de saúde de forma adequada em tempo oportuno, bem como a garantia do cumprimento dos princípios da equidade e da integralidade.

Sua implementação traz muitos benefícios, tanto para os gestores de saúde, quanto para os usuários e usuárias, uma vez que estando bem organizada, com protocolos e fluxos bem definidos e disponíveis para a população, tende a trazer maior eficácia e eficiência na utilização dos recursos. Além disso, a informatização da regulação do acesso também pode trazer grandes benefícios, tanto no que diz respeito à equalização das condições de acesso em diferentes regiões de um município/estado, quanto no fornecimento de informações consistentes que podem subsidiar a tomada de decisão dos(as) gestores(as) de saúde.



TRANSPORTE  
**SANITÁRIO**

## 4. TRANSPORTE **SANITÁRIO**

O Sistema de Transporte em Saúde se estrutura em cinco módulos:



### 1. Módulo do transporte de urgências e emergências:

Tratamos aqui do transporte de pacientes em situação de urgência e emergência que demandam atendimento rápido através de veículos especiais, como a Unidade de Transporte Básico e a Unidade de Transporte Avançado do SAMU, comuns às Redes de Urgência e Emergência. Incluem-se aqui as ambulâncias de suporte básico, muito comuns na maioria dos municípios de nosso país.



### 2. Módulo de transporte eletivo

Para usuários que necessitam de deslocamentos intermunicipais, realizados comumente em vans e micro-ônibus adequados a esse tipo de transporte, garantindo a segurança e conforto do paciente.



### 3. Módulo de transporte de amostras de exames de patologia clínica

Este transporte pode ser feito de forma otimizada nos mesmos veículos que fazem o transporte de pacientes eletivos, quando couber. Caso não seja possível, o Gestor Municipal deverá dispor de veículo adequado para transporte desses insumos.



#### 4. Módulo de transporte de equipes do PSF e de profissionais de saúde

São transportados em veículos comuns, não necessitando de nenhum item específico, além dos de segurança e conforto.



#### 5. Módulo dos resíduos de serviços de saúde

Voltado para o tratamento adequado destes resíduos desde a coleta até a destinação final. A coleta comumente é realizada em veículos próprios e exclusivos para esse fim. Pode ser feita também em caminhão para coleta de resíduos, caso seja feito de forma cooperada por vários municípios.

Para quem vive às margens de um rio, como em várias regiões de nosso país, onde existe uma população ribeirinha considerável que utiliza a extensão das águas como vias de transporte, a figura das ambulâncias é substituída e, em seu lugar, surgem as chamadas "ambulanchas" (veículos fluviais voltados para o atendimento em comunidades ribeirinhas).

Existem também lanchas que são UBS, contendo todos os equipamentos, materiais e insumos necessários. E ainda temos os navios-hospitais, que são verdadeiros hospitais flutuantes. Ao contrário dos meios de transporte urbanos, quem utiliza uma ambulancha se depara com situações bem adversas. No trajeto do rio até a cidade mais próxima, a natureza fala mais alto: bancos de areia, fortes ondas que se formam nos rios, tempestades e até a época do ano influenciam no trajeto, já que em tempos de seca algumas partes do rio podem ficar totalmente inacessíveis por barco.

O transporte fluvial de saúde, apesar de suas especificidades, obedece aos mesmos requisitos que o transporte de saúde terrestre. Conta com ambulanchas de simples remoção; ambulanchas mais equipadas, que fazem parte do SAMU, para transporte avançado; e lanchas e barcos que transportam pacientes para serviços eletivos e transportam também as equipes de saúde da família. Além do transporte de pacientes, também transportam os insumos, material biológico e resíduos de serviços de saúde.

A maioria dos(as) gestores(as) de saúde encontra no transporte de pacientes que necessitam de serviços de saúde em outros municípios (transporte eletivo) grandes problemas, dada a diversidade dos horários de agendamento, a quantidade de passageiros, o número insuficiente de veículos, entre outros fatores. Se olharmos bem de perto, encontramos nos municípios um serviço que não obedece a uma lógica: caro, desconfortável e inseguro.

Muitas vezes, os veículos utilizados fazem parte de uma frota precária, com qualidade comprometida, não levando em conta os princípios de urbanidade e humanização. Em sua maioria, não são observadas as condições sanitárias ideais inerentes a esse tipo de transporte, e apresentam pouca segurança para os passageiros. Além desses problemas, percebe-se um grande número de ausências a serviços pré-agendados, levando a um custo indireto para o município. A deficiência da oferta para procedimentos de média e alta complexidade, somada a um alto nível de absenteísmo, representa uma enorme perda de eficiência no sistema como um todo:

Esses sistemas apresentavam vários problemas: eram improvisados; muitas vezes operados com veículos impróprios; não tinham uma programação adequada; faziam-se várias viagens por dia; era um transporte direto município satélite-município polo; os motoristas não eram capacitados para o transporte de pessoas com necessidades de saúde diferenciadas; não havia normas de segurança rigorosas; e não havia controle dos custos. O resultado era um sistema de transporte inseguro, caríssimo, desconfortável e inseguro para as pessoas transportadas e que incentivava o absenteísmo aos procedimentos de média e alta complexidade (Mendes, 2011, p. 107).

Essa é a realidade em nosso país. Tanto pelo custo, quanto pela necessidade de solucionar o problema, e ainda pela própria dificuldade com o financiamento destes serviços, os gestores ficam muitas vezes reféns desse modelo. Importante que os gestores tenham conhecimento de que o módulo de transporte eletivo pode ser organizado e implementado de forma cooperada com outros municípios e com a parceria de outros entes, como o estado e a União. Um novo modelo de Transporte em Saúde para o Módulo Eletivo já foi testado em alguns estados, como Minas Gerais e Piauí, por exemplo. Cada um com suas especificidades.



Um sistema de transporte em saúde se diferencia das características atuais do transporte municipal comum: sem integração, isolado e sem segurança; passando para um transporte que integra os municípios das microrregiões assistenciais de uma região de saúde por meio de planejamento logístico, aperfeiçoando a comunicação entre os diversos pontos de atenção, e assegurando o preceito fundamental do SUS, que é a garantia de acesso aos serviços de saúde de forma humanizada.

A cooperação intermunicipal é fundamental, pois a lógica da diluição dos custos do transporte entre os municípios de uma micro ou macrorregião favorece a constituição do Sistema de Transporte em Saúde: vários municípios interligados por uma rede de transporte pública, que vai de um ao outro, levando e trazendo usuários que necessitam de serviços eletivos. Um só veículo pode adentrar em vários municípios e fazer o transporte para o município de referência, desde que a lógica do agendamento e dos horários seja observada por todos eles.

É fundamentado na lógica de cooperação e na metodologia de gestão de frota que o transporte em saúde se tornou uma completa operação logística para que os usuários do SUS possam realizar consultas e exames fora de seu domicílio. Essa metodologia de transporte cooperado faz com que seja resolutivo e financiável, garantindo conforto e segurança para os pacientes que buscam por procedimentos eletivos em outros municípios. A seguir, algumas das características principais:

- Definição de veículo (micro-ônibus) com capacidade de transportar até 26 pessoas, adaptado com ar condicionado, poltronas reclináveis, e TV e DVD com o objetivo de veicular vídeos educativos no período de deslocamento. A utilização do veículo micro-ônibus foi definida nos módulos implantados por sua praticidade e eficiência em rotas curtas e de médias distâncias e por constituir uma opção econômica e flexível, adaptável a cada demanda.
- Todo veículo conta com um motorista e também com um auxiliar de viagem que acompanham o paciente por todo o trajeto. Os profissionais são capacitados e preparados para a segurança do passageiro.
- Os veículos realizam trajetos previamente definidos, elaborados por meio de sistema de mapas digitais, que visa à comodidade do paciente, de forma a permitir um trajeto mais rápido e pelo melhor piso possível (Estradas/Rodovia).
- Tendo com eixo norteador a racionalidade administrativa e a redução dos custos com transporte de pacientes eletivos, todos os veículos são equipados com um sistema de rastreamento e monitoramento da frota *on-line*, por meio das centrais de gestão do transporte estruturadas em cada localidade contemplada com o serviço. Essa central é responsável pela gerência do transporte em determinada microrregião, monitorando e acompanhando a frequência de uso dos veículos e trajetos pactuados pelos gestores municipais de saúde.
- O serviço é regionalizado e conta com uma Gerência do Transporte que cuidará de todos os detalhes técnicos, mecânicos, insumos e gerenciamento *on-line* da frota. Os equipamentos de rastreamento possibilitam à gerência do transporte daquela região de saúde verificar os pormenores de cada veículo de sua frota, como os percursos efetuados, a forma de condução do motorista, o consumo de combustível, e ainda programar as manutenções preventivas.
- O sistema de rastreamento e monitoramento é interligado ao sistema de agendamento de pacientes, que informa a quantidade de pacientes no veículo e para qual estabelecimento de saúde se direcionam, o que colabora para um deslocamento regulado, organizado e com maior conforto para os pacientes.

- É realizada a avaliação da qualidade do serviço (aplicação junto aos pacientes transportados). Trata-se de uma ferramenta de gerenciamento e aperfeiçoamento fundamental para se conseguir os melhores resultados. A partir dela são elaborados relatórios gerenciais que permitem um fluxo de trabalho mais eficaz, melhorando, assim, o acompanhamento das ações pactuadas e permitindo a intervenção em desvios que possam ocorrer no serviço.
- O financiamento deve ser feito pelas três esferas de governo. Os governos federal e estadual são os responsáveis pelos investimentos em veículos e na estruturação das Centrais de Gestão do Transporte em Saúde em cada microrregião. Aos municípios, cabe o custeio do serviço, definido a partir dos desenhos das rotas que os veículos irão percorrer, e ainda deverão ser os responsáveis pelos profissionais que atuam no serviço. Em alguns casos ainda, diante da não participação da União e do estado, municípios vêm se associando de forma cooperada para esse financiamento.

CONSÓRCIOS  
INTERMUNICIPAIS  
**DE SAÚDE (CIS)**



## 5. CONSÓRCIOS INTERMUNICIPAIS **DE SAÚDE (CIS)**

Os Consórcios Intermunicipais de Saúde (CIS) representam arranjos organizacionais dos municípios para solução de problemas comuns. Se apresentam como fortes instrumentos de gestão na administração pública. Com a sanção presidencial da Lei nº 11.107, em 6 de abril de 2005, a importância dos consórcios foi enfatizada como mecanismo de governança regional, favorecendo novas soluções em gestão pública.

A publicação da Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, organizou e consolidou o papel dos consórcios, e de outras formas legais de cooperativismo, para a execução conjunta de ações e serviços de saúde e cumprimento da diretriz constitucional de regionalização e hierarquização da rede de serviços. A LC 141 estabelece, ainda, que estados e municípios consorciados poderão remanejar entre si parcelas dos recursos dos fundos de saúde derivadas tanto de receitas próprias como de transferências obrigatórias, que serão administradas segundo modalidade gerencial pactuada pelos entes envolvidos.

O processo de descentralização da política de saúde no Brasil levou a um significativo incremento das atividades e da participação dos municípios na provisão de serviços de saúde. A Constituição Federal de 1988, a Lei Orgânica da Saúde e as Normas Operacionais Básicas do MS definiram uma modelagem de descentralização que colocou os municípios no centro das responsabilidades pela execução dos serviços de saúde. Esse tema tem ocupado o debate político no setor saúde desde os primórdios

da reforma sanitária até as análises mais recentes sobre os problemas observados no SUS.

Com o novo arranjo constitucional, após 1988, os municípios passaram a concentrar progressivamente a execução das ações e serviços de saúde, e os estados experimentaram dificuldades enormes em seu novo papel, principalmente em cofinanciar e em coordenar a regionalização, não alcançando plenamente a finalidade de organização de sistemas regionais hierarquizados.

O Governo Federal, por sua vez, preservou suas estruturas de gestão e capacidade normativa, com progressiva diminuição de sua contribuição no financiamento do sistema. O resultado desse complexo processo, do ponto de vista federativo, implica em conflitos e em um modelo frequentemente competitivo entre os entes.

As implicações para a organização de determinados serviços de saúde são bastante complexas, e diante da necessidade de oferecer soluções para problemas que transcendem a capacidade municipal, impõe-se a necessidade de cooperação em soluções regionalizadas. Assim, a soma de esforços, a conjugação de recursos e o intercâmbio de experiências administrativas se tornaram uma necessidade real para os municípios.

Os CIS aparecem neste cenário como uma das alternativas de organização regional capazes de superar problemas de oferta de serviços, viabilizar economia de escala e atenuar os aspectos competitivos do nosso federalismo. Embora existam relatos de consórcios desde 1986, como na região de Conchas e na região de Penápolis, em São Paulo, a formação



dos CIS teve impulso a partir década de 1990, onde pode-se observar um aumento crescente destas parcerias em vários estados do país.

Um ponto comum entre essas experiências se refere às vantagens da associação, que estão para além da ampliação de serviços médicos especializados, de diagnose de média e alta complexidade e de recursos terapêuticos. Os municípios envolvidos estruturaram sua rede cooperativa de acordo com a sua capacidade e reduzem a sua capacidade ociosa, otimizando seus serviços e a referência de pacientes entre municípios.

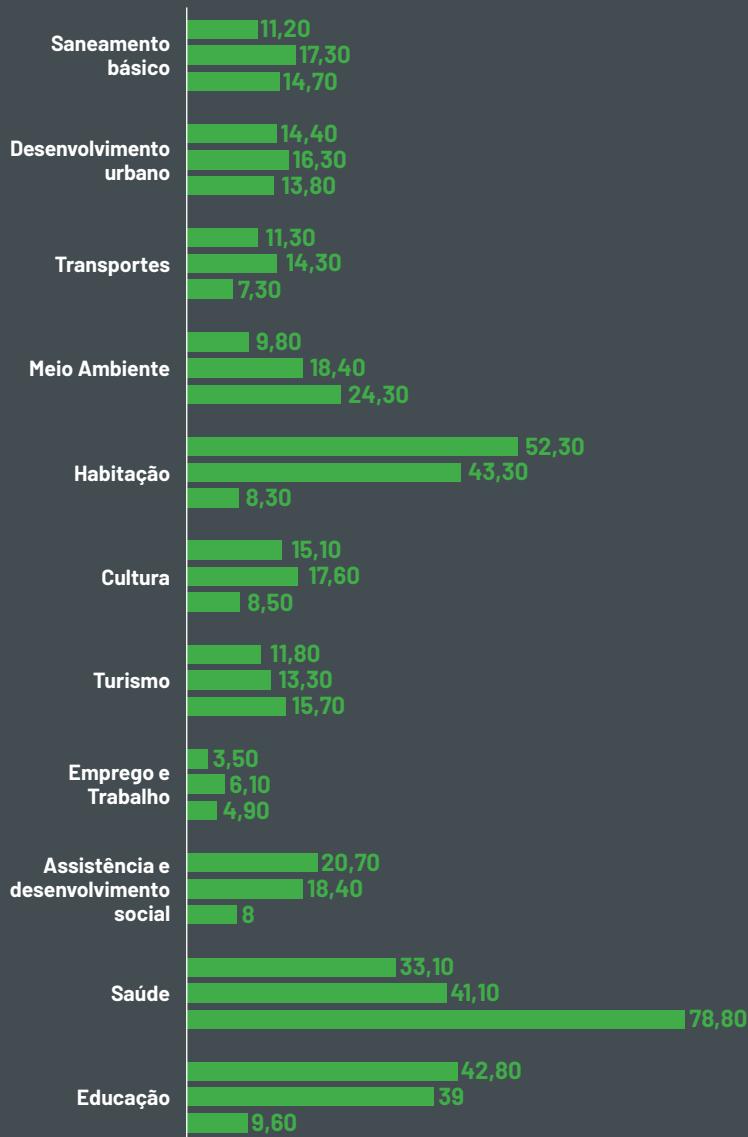
Na sua relação com o setor privado, observam-se efeitos regulatórios importantes na formação de preços e na ampliação do poder de barganha dos governos locais. Os resultados políticos da cooperação favorecem a sustentabilidade de muitos consórcios e, longe de serem a solução para o problema de insuficiência de recursos financeiros dos municípios brasileiros, se tornaram um instrumento de otimização e racionalização desses recursos.

Por outro lado, a livre associação de municípios que se organizam segundo características políticas próprias e um desenho territorial que respeita estas mesmas características fazem com que os territórios consorciados se conformem, muitas vezes, à revelia da regionalização da saúde pactuada junto ao executivo estadual, o que configura, quando acontece, importante problema para o SUS.

Os Consórcios também atuam, facilitados pelo desenho territorial, como articuladores regionais. Muitos estados implementaram importantes políticas de saúde onde o Consórcio Intermunicipal é instrumento central para execução das mesmas. Podemos observar o caso de Minas Gerais, onde os Consórcios fazem a gestão do SAMU Regional da Rede de Urgência e Emergência, e também a gestão de equipamentos secundários de Centros Especializados de Atenção Especializada. No Paraná, temos a experiência exitosa do Consórcio Paraná Saúde, que faz a gestão da aquisição de medicamentos para todas as regiões de saúde do estado.

Em observância ao percentual de municípios integrantes do Consórcio Público Intermunicipal com os Estados e a União, segundo a Confederação Nacional de Municípios (2016), a partir do segmento de atuação, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, em 2012, apresenta a seguinte configuração (figura 3):

**Figura 3** - Percentual de municípios com consórcio com o estado e com a União, segundo a área de atuação



Fonte: IBGE (2012) apud CNM, 2016 (Adaptado).

Pode-se observar que a presença de Consórcios no setor saúde supera a dos demais setores. Observa-se, também, a presença dos estados e da União na formação de Consórcios no país, pois é legalmente possível que os mesmos se constituam por entes federativos, isto é, apenas entre municípios (intermunicipais), ou entre estados, ou entre município(s), estado(s) e/ou Distrito Federal ou, ainda, pela junção de todas as esferas federativas. Mesmo que o(s) estado(s) e a União não integrem formalmente o consórcio público, é possível que participem fomentando políticas a partir de apoio técnico e financeiro.

Exemplo disso é o art. 14 da Lei nº 11.107, que prevê que a União poderá celebrar convênios com os consórcios públicos com o objetivo de viabilizar a descentralização e a prestação de políticas públicas em escalas adequadas. Inclusive o repasse de verbas (transferências voluntárias) por órgãos e entidades federais é preferencial para as ações que sejam desenvolvidas por intermédio de consórcios públicos (art. 37 do Decreto nº 6.017). Temos exemplos significativos, como o caso do Consórcio Interestadual de Desenvolvimento Sustentável do Nordeste e o Consórcio Conectar, da Frente Nacional de Prefeitos (FNP).

Outros estados nacionais com sistemas de saúde com regime organizacional diverso do SUS também buscaram soluções para a superação dos desafios da economia de escala e da busca de racionalidade com desenhos regionais institucionalizados.

Importante registrar aqui o caso da federação alemã, cuja “região” tem grande importância em sua estrutura federativa. Apresentando-se como o *Landkreis*, ou simplesmente *Kreis*, trata-se de um tipo muito específico de associação de municípios que é encontrado em todos os 16 estados federados alemães.

Com personalidade jurídica de Direito Público, o *Kreis* tem poderes políticos e administrativos e posiciona-se no edifício federativo num plano intermediário entre o nível municipal e o estadual. Podemos, ainda, destacar os condados nos EUA e os distritos espanhóis, os burgos na França e as regiões na Inglaterra. Os EUA têm também os *boroughs*, as *cities* e as *towns*. No Brasil, a gestão associada entre os entes federados tem evoluído tanto no campo jurídico como no das relações intermunicipais.

<b>De 1891 a 1937</b>	Os consórcios eram celebrados entre municípios, cuja eficácia dependia de aprovação do estado; ou entre estados, na dependência de aprovação da União.
<b>Em 1937</b>	A Constituição reconhece que os consórcios (associações de municípios) são pessoas jurídicas de direito público, mas o Estado Novo não – período ditatorial e centralizador que não respeitava a autonomia dos entes federados.
<b>Em 1961</b>	É criado o Banco Regional de Desenvolvimento Econômico da Região Sul (BRDE), a primeira autarquia interfederativa brasileira.
<b>De 1964 a 1988</b>	Surgem os consórcios administrativos, meros pactos de colaboração sem personalidade jurídica - período de repressão política.
<b>De 1988 até hoje</b>	Criação de inúmeros consórcios intermunicipais.
<b>Em 1998</b>	A Emenda Constitucional nº 19/98 alterou a redação do art. 241 da Constituição e introduziu os conceitos de “consórcio público” e de “gestão associada de serviços públicos”.
<b>Em 2005</b>	Lei de Consórcios Públicos – Lei nº 11.107/05.
<b>Em 2012</b>	Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012.

A Emenda Constitucional nº 19, de 4 de junho de 1998, que trata da Reforma Administrativa, reforçou no plano constitucional a figura do consórcio, consolidando o pensamento associativista. Mas é a partir da Lei nº 11.107/05 que fortalece o papel dos consórcios no planejamento, regulação e fiscalização de serviços. Este marco legaliza a possibilidade de desenvolvimento de políticas públicas através de parcerias entre diferentes entes da federação, ou seja, supera-se a insegurança jurídica até então intrínseca aos arranjos de cooperação. A edição da Lei nº 11.107/05 regulamentou o disposto no Art. 241 da CF 1988.

Com o advento dessa lei, o legislador federal procurou editar normas gerais relativas à contratação de consórcios públicos. “Entende-se por consórcios públicos aqueles contratos celebrados entre pessoas jurídicas de Direito Público denominadas de entes da federação com vistas à realização de atividades eminentemente públicas, de interesse comum dos consorciados. Há quem diga que estas atividades se resumem, basicamente, à gestão de bens públicos, fomento do setor privado, poder de polícia, além da prestação de serviços públicos em geral. Por conseguinte, o espectro de atuação dos consórcios públicos é bastante amplo, com possível direcionamento a áreas e finalidades diversas.” As possibilidades para a atuação dos consórcios públicos são infinitas – quanto seja necessária a observância dos preceitos expressos na Lei e na Constituição para que se tornem viáveis e exequíveis na prática.

A Lei nº 11.107/05 impõe a elaboração de um protocolo de intenções pelos contratantes, antes da criação do CIS, e sua ratificação depende de lei. O consórcio público resulta na criação de uma nova personalidade jurídica, reunindo os associados. E promove a gestão compartilhada dos entes, podendo ser de direito público ou privado – o que depende da decisão do conjunto dos associados. Quando se organiza com a personalidade de direito público, passa a integrar a Administração Indireta de todos os entes federativos contratantes. Os consórcios devem observar as normas de Direito Público, mais especificamente no que toca à realização de licitação, celebração de contratos, prestação de contas e admissão de pessoal (está regida pela Consolidação das Leis do Trabalho), consoante o que estabelece o art. 6º, §2º da Lei nº 11.107/05. São muitas as inovações trazidas por esta lei que favorecem a contratação e a compra de serviços de forma consorciada, como o aumento dos valores permitidos para compra direta, a isenção de taxas, dentre outras.

Em pesquisa do IBGE de 2012, os consórcios foram estudados de acordo com a sua caracterização, se consórcio administrativo ou consórcio público. O estudo indicou o quantitativo de municípios que participavam de consórcios públicos e/ou administrativos de acordo com os parceiros, tal qual expõe a figura a seguir:

**Figura 4** – Municípios que participam de Consórcio Público e/ou Administrativo, segundo os parceiros



Fonte: IBGE (2012) *apud* CNM, 2016 (Adaptado).

A Figura 4 nos mostra que a opção pela figura jurídica pública ou privada (administrativo) é diversa em nosso país, não havendo uma opção única entre os entes da federação, e cabendo a cada pacto de consorciamento a decisão sobre qual regime melhor se adequa a cada ação consorciada. Apesar da opção pelo regime público apresentar benefícios para os entes (isenção de taxas, contratação direta pelos órgãos governamentais, maiores limites para aquisições de materiais e serviços, entre outros), esta opção não é a escolhida na maioria das vezes, como demonstra o gráfico.

Acolher a proposta do consorciamento significa melhorar o acesso a serviços e, consequentemente, garantir a melhoria da saúde do cidadão. Importante registrar que os consórcios podem responder adequadamente às demandas regionais e que se enquadram dentro de um modelo de organização regional com flexibilização e

sustentabilidade desejável ao SUS e, por sua missão pública, aqui tratando especificamente dos consórcios de saúde, devem se constituir como entidades públicas de direito público, mesmo porque não existe vantagem para os entes, nem mesmo outra razão para que os mesmos se tornem entidades de direito privado.

Por outro lado, vigem ainda no ambiente da saúde, vazios normativos importantes que precisam ser enfrentados para não permitir que essas estruturas se afastem das diretrizes do SUS e do princípio do comando único por esfera de governo. São notórias experiências que criaram assimetria de poder na gestão de soluções assistenciais entre CIS e municípios.

Em nossa visão, é fundamental que os Consórcios, e outras formas de realização de ações em conjunto pelos municípios, se mantenham como instrumento das gestões municipais do SUS, até porque as integram formalmente na estrutura da administração de cada município participante. É preciso que os CIS pratiquem políticas de preço na prestação de serviços para que não desorganizem o mercado local, viabilizem estruturas e processos de trabalho permeáveis ao controle social e atuem sempre em consonância com as normas do SUS pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite e aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde (LC 141). Os gestores municipais do SUS devem participar ativamente da gestão do consórcio, orientando e apoiando os prefeitos, que são os gestores dos Consórcios Intermunicipais de Saúde, para que de fato o princípio almejado da cooperação entre os entes federativos se concretize.

Para finalizar, é importante afirmar que não há como negar os grandes benefícios que os Consórcios Intermunicipais de Saúde apresentam como um eficiente instrumento de gestão ao Sistema Único de Saúde. Os Consórcios de Saúde mantêm hoje forte vínculo com a estratégia de regionalização da saúde no Brasil e se adequam ao processo de reforma do setor, quando buscam maior eficiência, racionalidade e qualidade na oferta de serviços à população.

A integralidade do cuidado quase sempre, para a maioria dos municípios brasileiros, exige uma ação regional e o CIS, situado no espaço supramunicipal e subestadual, pode cumprir esse papel. É correto afirmar que o processo de descentralização em direção aos

municípios e a necessidade da construção de modelos assistenciais de atenção que pudessem garantir integralidade do cuidado colocaram os Consórcios Intermunicipais de Saúde como uma possibilidade concreta de regionalização da Atenção à Saúde. Nesse ambiente, os consórcios encontraram condições favoráveis para se desenvolverem, sobretudo para sanar déficits do processo de regionalização na atenção à média complexidade, na oferta de consultas médicas de especialidades e em diagnose e terapia.

Seu aspecto inovador tornou-o modelar para outros setores, principalmente para as políticas de meio ambiente, que com esse tipo de estrutura ampliaram o escopo de políticas necessárias ao atendimento de suas demandas.

Nos aspectos legais, vimos que a instituição da Emenda Constitucional n. 19 trouxe para o plano constitucional a figura do consórcio, consolidando esse tipo de cooperação como alternativa organizacional. Com a edição da Lei nº 11.107, de 6 de abril de 2005, os consórcios de saúde certamente ganham destaque, pois além da existência de várias cooperações implantadas em diversas regiões do país, a previsão constitucional ficou assim legalmente estabelecida favorecendo o seu desenvolvimento.

As diretrizes do processo de regionalização evidenciam também algumas lacunas existentes, das quais, no caso, os consórcios são atores fundamentais: a explicitação de responsabilidades, em cada nível de governo, na garantia do acesso aos serviços pela população referenciada e a transparência dos recursos financeiros destinados a essa finalidade. Isso facilitaria as relações entre municípios, por vezes conflituosas neste nível.

# CONSIDERAÇÕES FINAIS

## 6. CONSIDERAÇÕES **FINAIS**

Cada área da logística está sustentada por uma enormidade de processos, com normas próprias, atribuições que têm regras diferentes em cada estado e região e, na maioria das vezes, carecendo de profissionalização da gestão e administração. O resultado disso é a agenda eterna de problemas no cotidiano do(a) gestor(a) e de sua equipe, e quase sempre obstáculos e dificuldades no acesso às ações e serviços de saúde pelos usuários e pelas usuárias.

Uma grande lacuna é a necessidade de apoio na ciência da administração e inovação para desenho e modelagem integrada desses processos, de preferência de forma regionalizada e evitando o olhar empírico sobre o funcionamento dos sistemas de apoio e logística. É preciso evidenciar cada microprocesso desenvolvido, em um mapeamento completo, para que seja possível buscar sua integração, tendo em vista a centralidade do usuário e da APS na RAS. Essa iniciativa pode agregar valor e ganhos para o SUS.

## 7. BIBLIOGRAFIA

BRAGA, Renata Dutra et al. **Modelagem de processos de saúde.** Goiânia: Cegraf UFG, 2021. E-book (51p.). Disponível em: <http://repositorio.bc.ufg.br/handle/ri/19989>. Acesso em: 30 abr. 2024.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. **RDC nº 302, de 13 de outubro de 2005.** Dispõe sobre Regulamento Técnico para funcionamento de Laboratórios Clínicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: [http://antigo.anvisa.gov.br/documents/10181/5919009/RDC\\_302\\_2005\\_COMP.pdf/bf588e7a-b943-4334-aa70-c0ea690bc79f](http://antigo.anvisa.gov.br/documents/10181/5919009/RDC_302_2005_COMP.pdf/bf588e7a-b943-4334-aa70-c0ea690bc79f). Acesso em: 30 abr. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de consolidação nº 4, de 28 de setembro de 2017.** Consolidação das normas sobre os sistemas e os subsistemas do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0004\\_03\\_10\\_2017.html#CAPITULOI](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0004_03_10_2017.html#CAPITULOI). Acesso em: 30 abr. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Decreto de 29 de novembro de 2017.** Dispõe sobre o Conjunto Mínimo de Dados da Atenção à Saúde. Brasília: Secretaria-Geral da Presidência da República, 2017. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2017/dsn/Dsn14501.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/dsn/Dsn14501.htm). Acesso em: 30 abr. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.559, de 1º de agosto de 2018.** Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em:[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559\\_01\\_08\\_2008.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559_01_08_2008.html). Ace Acesso em: 30 abr. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Os Consórcios e a Gestão Municipal em Saúde.** 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Protocolos de Acesso Ambulatorial:** consultas especializadas. Hospitais Federais do Rio de Janeiro. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 188 p. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos\\_acesso\\_ambulatorial\\_consulta\\_especializada.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_acesso_ambulatorial_consulta_especializada.pdf) . Acesso em: 30 abr. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comitê Gestor da Estratégia de e-Saúde. **Estratégia e-Saúde para o Brasil.** Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/seidigi/publicacoes/conecte-sus-e-rnads.pdf>. Acesso em: 02 abr. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia Política Nacional de Atenção Básica - Módulo I:** Integração Atenção Básica e Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 68 p. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_politica\\_nacional\\_atencao\\_basica\\_integracao\\_atencao\\_basica\\_vigilancia\\_saude\\_modulo\\_1.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_politica_nacional_atencao_basica_integracao_atencao_basica_vigilancia_saude_modulo_1.pdf). Acesso em: 30 abr. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual SAI.** Disponível em: [http://sia.datasus.gov.br/documentos/listar\\_ftp\\_sia.php](http://sia.datasus.gov.br/documentos/listar_ftp_sia.php). Acesso em: 30 abr. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual SIHD.** Disponível em: <http://sihd.datasus.gov.br/documentos/documentos.php>. Acesso em: 30 abr. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de apoio ao Cadastro Nacional de Usuários do Sistema Único de Saúde - CadSUS Web.** Disponível em: <chrome-extension://efaidnbmnnibpcajpcgjclefindmkaj/https://cadastrohm.saude.gov.br/segcartao/manual-cadsusweb.pdf>. Acesso em: 07 jun. 2024.

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE MUNICÍPIOS. **Consórcios públicos intermunicipais:** uma alternativa à gestão pública, Coordenação de População e Indicadores Sociais. Brasília: CNM, 2016.

CEPAM. **Consórcio**: uma forma de cooperação intermunicipal: estudos, legislação básica e pareceres. São Paulo: Fundação Prefeito Faria Lima, Centro de Estudos e Pesquisas e Administração Municipal, 2001. 307 p. (Informativo CEPAM, Fundação Prefeito Faria Lima).

DATASUS. **A estrada para a transformação digital do SUS**. Book das realizações de 2019 a 2020. Disponível em: [chrome-extension://efaidnbmnnibpcajpcgclefindmkaj/https://datasus.saude.gov.br/wp-content/uploads/2020/06/DATASUS-29-ANOS-Book-das-realiza%C3%A7%C3%A7%C3%B5es-de-2019-a-2020-A-Estrada-para-a-Transforma%C3%A7%C3%A3o-Digital-do-SUS-V1.2-min1.pdf](https://datasus.saude.gov.br/wp-content/uploads/2020/06/DATASUS-29-ANOS-Book-das-realiza%C3%A7%C3%A7%C3%B5es-de-2019-a-2020-A-Estrada-para-a-Transforma%C3%A7%C3%A3o-Digital-do-SUS-V1.2-min1.pdf). Acesso em: 07 jun. 2024.

DATASUS. **Catálogo de sistemas**. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/wp-content/uploads/2019/08/Catalogo-de-Produtos-DATASUS.pdf>. Acesso em: 30 abr. 2024.

DATASUS. **Manual CNES**. Disponível em: <https://cnes.datasus.gov.br/pages/downloads/documentacao.jsp>. Acesso em: 30 abr. 2024.

IBGE. **Perfil dos municípios brasileiros**: 2017/IBGE, Coordenação de População e Indicadores Sociais. Rio de Janeiro: IBGE, 2017.

KRELL, A. J.; CARNEIRO, J. M. B. **O município no Brasil e na Alemanha**: Direito e administração pública comparados. São Paulo: Oficina Municipal, 2003.

LIMA, Ana Paula Gil de. Os Consórcios Intermunicipais de Saúde e o Sistema Único de Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 985-996, out.-dez. 2000. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X200000040001>. Acesso em: 30 abr. 2024.

MAIA, L. de A.; MARQUES, A. J. de S.; PEREIRA, D. V. T.; LIMA, M. de S. Os Consórcios Intermunicipais de Saúde como instrumentos para a Administração Pública: a experiência do SUS-MG. In: Congresso CONSAD de Gestão Pública, IV, 2011, Brasília/DF. **Painel 52 [...]**. Brasília: CONSAD, FSB Comunicações, 2011, p. 1. Disponível em: [http://www.sgc.goiás.gov.br/upload/arquivos/2011-06/painel\\_52-183\\_184\\_185.pdf](http://www.sgc.goiás.gov.br/upload/arquivos/2011-06/painel_52-183_184_185.pdf). Acesso em: 30 abr. 2024.

MAIA, L. de A. et al. Sistema Estadual de Transporte em Saúde. In: MARQUES et al.(Org.). **O choque de gestão na saúde em Minas Gerais**. Belo Horizonte: Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais, 2009. p. 199-207.

MARQUES, A. J. de S.; LIMA, M. de S. O sistema estadual de transporte em saúde de Minas Gerais: relato de experiência. **RAHIS Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde**, [s. l.], v. 8, n. 8, p. 83-86, jan./jun. 2011. Disponível em: <https://revistas.face.ufmg.br/index.php/rahis/article/view/1685>. Acesso em: 30 abr. 2024.

MELO, Eduardo Alves et al. A regulação do acesso à atenção especializada e a Atenção Primária à Saúde nas políticas nacionais do SUS. **Physis: Revista de Saúde Coletiva** [online], v. 31, n. 01, e310109, abr. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310109>. Acesso em: 30 abr. 2024.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENEZES, R. dos S. R. de. **Parâmetros de cobertura utilizados pelos serviços de saúde, tendo como foco a oferta de patologia clínica: uma revisão de literatura**. 2010. Monografia (Especialização em Gestão de Sistema e Serviços de Saúde) – Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. e-SUS APS. [Aplicativo]. Disponível em: <https://sisaps.saude.gov.br/esus/>. Acesso em: 30 abr. 2024.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. DATASUS. **Manual CADSUS**. Disponível em: [https://cadastro.saude.gov.br/saiba-mais/assets/files/Manual\\_CADSUSWEBV6.pdf](https://cadastro.saude.gov.br/saiba-mais/assets/files/Manual_CADSUSWEBV6.pdf). Acesso em: 30 abr. 2024.

MORAIS, R. de.; DIAS, L. da. S.; SOUZA, J. L. de.; FREITAS, R. C. de.; VARGAS, L. J. Vantagens e desafios dos Consórcios Intermunicipais de Saúde: um ensaio teórico. **Revista de Desenvolvimento Econômico – RDE**, Salvador, v. 2, n. 49, p. 203-225, ago. 2021. Disponível em: <https://revistas.unifacs.br/index.php/rde/article/view/7147>. Acesso em: 30 abr. 2024.

NERI, M.; SOARES, W. Desigualdade social e saúde no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, p. 77-87, 2002.

ODS BRASIL. **Objetivos de Desenvolvimento Sustentável**. Objetivo 3 – Boa Saúde e Bem-Estar. Disponível em: <https://odsbrasil.gov.br/objetivo/objetivo?n=3>. Acesso em: 30 abr. 2024.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. **Inovação nos sistemas logísticos:** resultados do laboratório de inovação sobre redes integradas de atenção à saúde baseadas na APS./Organização Pan-Americana da Saúde; Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Secretários de Saúde; Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, Eugênio Vilaça Mendes (coord.). Brasília, DF : Organização Pan-Americana da Saúde, 2010. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inovacao\\_sistemas\\_logisticos\\_redes\\_integradas\\_atencao\\_saude.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inovacao_sistemas_logisticos_redes_integradas_atencao_saude.pdf). Acesso em: 05 jun. 2024.

PANSINI, N. The national health system: future possibilities for the clinical laboratory. **Clin Chim Acta**, v. 319, n. 2, p. 101-105, maio 2002.

REDE NACIONAL DE DADOS EM SAÚDE. **Atualizações técnicas.** Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/rnds/atualizacoes-tecnicas/atualizacoes-tecnicas>. Acesso em: 30 abr. 2024.

SAÚDE DIGITAL. **Material de apoio.** Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-digital/material-de-apoio/material-de-apoio>. Acesso em: 30 abr. 2024.

SOUZA, Marcelo Torres de; NOGUEIRA, Mário Círio; CAMPOS, Estela Márcia Saraiva. Fluxos assistenciais de médios e grandes queimados nas regiões e redes de atenção à saúde de Minas Gerais. **Cadernos Saúde Coletiva**[online], v. 26, n. 03, p. 327-335, set. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1414-462X201800030248>. Acesso em: 30 abr. 2024.

TRAVASSOS, C.; OLIVEIRA, E. X. G. de; VIACAVA, F. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 975-986, 2006.

UNGLERT, C. V. de S.; ROSENBURG, C. P.; JUNQUEIRA, C. B. Acesso aos serviços de saúde: uma abordagem de geografia em saúde pública. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 21, n. 5, p. 439-446, 1987. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/fY6jQdVdTG7TpGrQGxDrmXc/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 30 abr. 2024.

VIDIGAL, P. G. Challenges of the Unified Health System: present status of public laboratory services in 31 cities of Minas Gerais, Brazil. **J Bras Patol Med Lab**, v. 50, n. 2, p. 115-123, abr. 2014.

## ANOTAÇÕES:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## ANOTAÇÕES:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## ANOTAÇÕES:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

