



GOVERNANÇA DA REGULAÇÃO DO ACESSO HOSPITALAR EM SISTEMAS PÚBLICOS DE SAÚDE: AUTORIDADE, DECISÃO E DESEMPENHO EM UMA REVISÃO DE ESCOPO

Thalita Pereira Veiga¹, Janaina Luana Rodrigues da Silva Valentim², Tiago de Oliveira Barreto³, Ricardo Alexsandro de Medeiros Valentim⁴



<https://doi.org/10.36557/2009-3578.2026v12n2p412-450>

Artigo recebido em 20 de Julho e publicado em 5 de Outubro de 2026

REVISÃO ESCOPO

RESUMO

Introdução: A existência de centrais de regulação, protocolos e sistemas informatizados não assegura, isoladamente, que a autoridade sobre o acesso hospitalar esteja efetivamente centralizada. Em sistemas públicos de saúde, a decisão pode permanecer distribuída entre reguladores, gestores e prestadores, configurando uma questão de governança relacionada à definição de prioridades, ao controle da capacidade assistencial e à efetivação das decisões regulatórias. **Objetivo:** Mapear e analisar como a governança da regulação do acesso hospitalar tem sido estruturada em sistemas públicos de saúde, com ênfase nos modelos organizacionais, autoridade decisória, priorização e alocação, coordenação entre atores, capacidade hospitalar, mediação tecnológica e desempenho do acesso. **Metodologia:** Revisão de escopo conduzida segundo as recomendações do Joanna Briggs Institute e relatada conforme PRISMA-ScR e PRISMA-S. Foram realizadas buscas, em setembro de 2026, nas bases MEDLINE/PubMed, Embase, Scopus, Web of Science Core Collection, LILACS/BVS e SciELO, sem restrição temporal ou de idioma. Foram identificados 9.831 registros; após a remoção de 4.744 duplicatas, 5.087 registros únicos foram submetidos à triagem. A extração foi realizada por instrumento padronizado e a síntese organizada em seis dimensões analíticas. **Resultados:** Foram incluídas **31 fontes de evidência**. A síntese demonstrou que a institucionalização de estruturas centralizadas não implica, necessariamente, concentração da autoridade decisória, coexistindo arranjos nos quais prestadores, estruturas regulatórias e outros atores compartilham ou interferem na decisão e na disponibilização dos recursos hospitalares. Emergiram como componentes interdependentes da governança a qualificação da informação, a priorização, a autoridade regulatória, a capacidade efetivamente submetida à regulação, a alocação, a resposta do prestador e a admissão. Os achados também evidenciaram o papel dos Núcleos Internos de Regulação, da coordenação interorganizacional e dos sistemas de informação na articulação entre capacidade hospitalar e acesso. **Conclusão:** A governança da regulação do acesso hospitalar ultrapassa a existência formal de centrais,



protocolos e tecnologias e depende da articulação entre autoridade, informação, capacidade, coordenação e execução da decisão regulatória. A síntese sustenta um *framework* processual no qual o desempenho da regulação é analisado desde a qualificação da demanda e priorização até a alocação, resposta do prestador e admissão, deslocando a avaliação da estrutura formal para a capacidade de produzir decisões legítimas, rastreáveis e efetivamente convertidas em acesso hospitalar.

Palavras-chave: Regulação e Fiscalização em Saúde; Acesso aos Serviços de Saúde; Governança Clínica; Leitos Hospitalares; Sistemas de Informação em Saúde; Sistemas de Saúde.

GOVERNANCE OF HOSPITAL ACCESS REGULATION IN PUBLIC HEALTH SYSTEMS: AUTHORITY, DECISION-MAKING, AND PERFORMANCE — A SCOPING REVIEW

ABSTRACT

Introduction: The existence of regulatory centers, protocols, and information systems does not, in itself, ensure that authority over hospital access is effectively centralized. In public health systems, decision-making may remain distributed among regulators, managers, and healthcare providers, raising a governance issue related to priority setting, control over healthcare capacity, and the implementation of regulatory decisions. **Objective:** To map and analyze how the governance of hospital access regulation has been structured in public health systems, with an emphasis on organizational models, decision-making authority, prioritization and allocation, coordination among actors, hospital capacity, technological mediation, and access performance. **Methods:** A scoping review was conducted according to the Joanna Briggs Institute methodology and reported in accordance with PRISMA-ScR and PRISMA-S. Searches were conducted in September 2026 in MEDLINE/PubMed, Embase, Scopus, Web of Science Core Collection, LILACS/BVS, and SciELO, with no restrictions on publication date or language. A total of 9,831 records were identified; after the removal of 4,744 duplicates, 5,087 unique records were screened. Data were extracted using a standardized instrument, and the synthesis was organized into six analytical dimensions. **Results:** A total of **31 sources of evidence** were included. The synthesis showed that the institutionalization of centralized structures does not necessarily imply the concentration of decision-making authority, with arrangements in which healthcare providers, regulatory structures, and other actors share or influence decision-making and the allocation of hospital resources. The interdependent components of governance that emerged were information quality, prioritization, regulatory authority, capacity effectively subject to regulation, allocation, provider response, and hospital admission. The findings also highlighted the role of Internal Regulation Centers, interorganizational coordination, and information systems in linking hospital capacity to access. **Conclusion:** The governance of hospital access regulation extends beyond the formal existence of regulatory centers, protocols, and technologies and depends on the integration of authority, information, capacity, coordination, and the implementation of regulatory decisions. The synthesis supports a process-based analytical framework in which



regulatory performance is examined from demand qualification and prioritization through allocation, provider response, and hospital admission, shifting the focus of assessment from formal structures to the capacity to produce legitimate and traceable decisions that are effectively translated into hospital access.

Keywords: Health Services Accessibility; Health Services Administration; Clinical Governance; Hospital Bed Capacity; Health Information Systems; Health Systems.

Instituição afiliada –

¹ **Thalita Pereira Veiga.** Programa de Pós-graduação em Gestão e Inovação em Saúde, Natal, Rio Grande do Norte.

² **Janaina Luana Rodrigues da Silva Valentim:** Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde (LAIS/UFRN), Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Natal, Rio Grande do Norte; Núcleo Avançado de Inovação Tecnológica (NAVI), Instituto Federal do Rio Grande do Norte (IFRN), Natal, Rio Grande do Norte, Brasil; Centro de Estudos Globais, Universidade Aberta (CEG-UAb), Lisboa; Programa de Pós-graduação em Gestão e Inovação em Saúde.

³ **Tiago de Oliveira Barreto:** Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde (LAIS/UFRN), Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Natal, Rio Grande do Norte; Instituto Federal do Rio Grande do Norte (IFRN/Macau); Núcleo Avançado de Inovação Tecnológica (NAVI), Instituto Federal do Rio Grande do Norte (IFRN), Natal, Rio Grande do Norte, Brasil.

⁴ **Ricardo Alexsandro de Medeiros Valentim:** Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde (LAIS/UFRN), Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Natal, Rio Grande do Norte; Departamento de Engenharia Biomédica, Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Natal, Brasil; Centro de Estudos Globais, Universidade Aberta (CEG-UAb), Lisboa; Programa de Pós-graduação em Gestão e Inovação em Saúde.

Autor correspondente: Janaina Luana Rodrigues da Silva Valentim

E-mail: janaina.rodrigues@navi.ifrn.edu.br

This work is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).





INTRODUÇÃO

Garantir acesso oportuno, equitativo e qualificado à atenção hospitalar permanece um desafio para os sistemas públicos de saúde, especialmente quando necessidades concorrentes disputam recursos assistenciais limitados. A ampliação da oferta, embora necessária, não assegura isoladamente que os recursos disponíveis sejam alocados segundo necessidade, risco e oportunidade. A capacidade hospitalar também não corresponde apenas ao número físico de leitos, pois resulta da interação entre recursos, processos decisórios, comunicação, fluxo de pacientes, oportunidade da alta e relação entre capacidade e demanda (Manning; Islam, 2023). Nesse percurso, o acesso é produzido por uma sequência de decisões que envolve identificação da necessidade, qualificação da demanda, priorização, disponibilidade do recurso, alocação e admissão, distribuídas entre diferentes atores e organizações (Ramos; Ramos, 2017; Vilarins; Pinho, 2021; Moura et al., 2022; Tofani et al., 2023).

No Sistema Único de Saúde (SUS), a regulação do acesso constitui função estratégica para ordenar os fluxos assistenciais e articular necessidades de saúde à oferta disponível. A Política Nacional de Regulação em Saúde do SUS (PNR-SUS), instituída pela Portaria GM/MS nº 9.262, de 30 de dezembro de 2025, atualizou o marco regulatório nacional e ampliou a articulação entre planejamento, organização da oferta, gestão das listas de espera, priorização, monitoramento e informação. No componente hospitalar, a política atribui às estruturas regulatórias funções relacionadas à organização do acesso e prevê articulação com os estabelecimentos e estruturas internas responsáveis pela gestão da capacidade assistencial (Brasil, 2025). Esse desenho reforça a regulação como função de governança do acesso, mas a existência de atribuições normativas não permite inferir, por si só, sua implementação ou efetividade.

Essa distinção entre estrutura formal e capacidade efetiva constitui problema recorrente na literatura sobre governança. Ibanhes et al. (2007) demonstraram que normas e instâncias institucionalizadas coexistem com relações de poder e diferentes capacidades de pactuação entre atores. Na regulação do acesso, Tofani et al. (2023)



identificaram diferentes regimes regulatórios e a participação de múltiplos atores na produção concreta dos fluxos assistenciais. Em perspectiva internacional, estudos sobre governança também ressaltam informação, transparência, definição de responsabilidades e *accountability* como componentes necessários para transformar arranjos institucionais em capacidade de coordenação (George et al., 2023; Jalilvand; Raeisi; Shaarbafchizadeh, 2024). Assim, autoridade formal e autoridade regulatória efetiva não devem ser tratadas como equivalentes.

Essa tensão torna-se particularmente evidente na interface entre estruturas reguladoras e prestadores hospitalares. Ramos e Ramos (2017) identificaram fragilidades na articulação entre Central de Regulação, unidades solicitantes e executantes; Lumer, Oliveira e Diniz (2018) mostraram que o exercício da regulação médica depende das condições organizacionais e estruturais da rede; e Tofani et al. (2023) evidenciaram que diferentes atores podem influenciar os fluxos e a utilização dos recursos assistenciais. Moura et al. (2022), ao analisarem usuários inseridos em lista de espera para UTI adulto, evidenciam empiricamente a distância entre classificação da prioridade, permanência em fila e obtenção da vaga. Evidências internacionais sobre listas centralizadas convergem com esse problema ao mostrar que critérios de priorização e mecanismos de alocação podem produzir resultados distintos segundo sua aceitação e utilização pelos prestadores (Breton et al., 2020). Em conjunto, esses estudos sustentam uma distinção fundamental: centralizar a demanda não significa necessariamente centralizar a decisão; priorizar não equivale a alocar; e alocar não equivale a produzir acesso.

A produção do acesso depende também da transformação da capacidade instalada em capacidade efetivamente disponível à regulação. Estudos sobre gestão hospitalar mostram que processos de admissão e alta, comunicação entre equipes, permanência e gerenciamento dos leitos interferem na capacidade operacional dos hospitais (Machado et al., 2021; Feijó et al., 2022; Manning; Islam, 2023). Entretanto, gestão eficiente da capacidade interna e governança da alocação na rede constituem funções relacionadas, mas distintas. A literatura esclarece como o hospital pode produzir capacidade operacional, porém permanece menos evidente em que momento



essa capacidade se torna recurso efetivamente submetido à regulação, quem controla essa informação e quem detém autoridade para destiná-lo entre demandas concorrentes (Machado et al., 2021; Feijó et al., 2022; Ramos; Ramos, 2017; Tofani et al., 2023).

A dimensão tecnológica acrescenta outra camada a esse problema. Valentim et al. (2021), ao analisarem a experiência do Rio Grande do Norte durante a COVID-19, demonstraram a relevância de um ecossistema tecnológico articulando diferentes soluções digitais e informações para apoiar a resposta do SUS. Freire et al. (2025, 2026), ao examinarem arranjos tecnológicos relacionados à regulação e à ampliação do acesso durante a pandemia, também evidenciaram a interdependência entre organização regulatória, informação e capacidade assistencial. Estudos recentes sobre diferentes experiências subnacionais brasileiras reforçam que sistemas informatizados, protocolos e telessaúde apresentam resultados condicionados pela capacidade institucional, integração dos sistemas e características organizacionais de cada território. Portanto, digitalização não equivale a integração, interoperabilidade não equivale a autoridade e informação disponível não equivale, isoladamente, a capacidade de decisão.

Essa distinção permite ampliar a contribuição dos estudos sobre ecossistemas tecnológicos para uma perspectiva de governança. Um ecossistema capaz de sustentar a regulação do acesso hospitalar não depende apenas da conexão entre plataformas, mas da integração entre informação clínica, capacidade assistencial, critérios de priorização, autoridade decisória, alocação, resposta do prestador e monitoramento do desfecho (Valentim et al., 2021; Freire et al., 2025, 2026). Nessa perspectiva, a tecnologia constitui infraestrutura da governança quando permite tornar visível e rastreável a trajetória da decisão; não substitui, entretanto, a definição de responsabilidades nem os mecanismos de *accountability* quando uma decisão regulatória não é executada.

Apesar desses avanços, a literatura permanece fragmentada. Estudos sobre regulação abordam estruturas, relações entre atores e exercício da autoridade (Ramos; Ramos, 2017; Lumer; Oliveira; Diniz, 2018; Tofani et al., 2023); pesquisas sobre



priorização e listas de espera analisam critérios, filas e desfechos (Breton et al., 2020; Vilarins; Pinho, 2021; Moura et al., 2022); estudos sobre capacidade concentram-se predominantemente no fluxo e na utilização interna dos recursos hospitalares (Machado et al., 2021; Feijó et al., 2022; Manning; Islam, 2023); e investigações sobre saúde digital privilegiam conectividade, informação e arranjos tecnológicos (Valentim et al., 2021; Freire et al., 2025, 2026). A fragmentação entre esses campos dificulta compreender a regulação como uma cadeia de governança que conecta necessidade, prioridade, capacidade, decisão, execução e acesso.

Essa lacuna também possui uma dimensão avaliativa. Figueiredo, Angulo-Tuesta e Hartz (2019), ao examinarem a avaliabilidade da Política Nacional de Regulação anterior, evidenciaram a complexidade de seus componentes e atividades e a dificuldade de traduzi-los em uma matriz capaz de acompanhar seus mecanismos e resultados. As evidências posteriores continuam avaliando predominantemente componentes específicos, estrutura das Centrais, prioridades, filas, tempos, capacidade, tecnologia ou desfechos, sem reconstruir integralmente a trajetória entre decisão regulatória e acesso efetivamente produzido (Ramos; Ramos, 2017; Vilarins; Pinho, 2021; Moura et al., 2022; Tofani et al., 2023; Cavalcanti et al., 2025; Freire et al., 2026). Diante da PNR-SUS de 2025, essa lacuna adquire nova relevância: uma política pode ampliar competências, instrumentos e informações disponíveis e ainda permanecer parcialmente não avaliável quanto ao exercício concreto da autoridade se não for possível reconstruir quem decidiu, quem deveria executar, como respondeu e qual foi o desfecho (Figueiredo; Angulo-Tuesta; Hartz, 2019; Brasil, 2025).

É nessa interface que se situa a contribuição desta revisão. Em vez de avaliar isoladamente centrais de regulação de leitos, filas, protocolos ou tecnologias, propõe-se analisar a governança da regulação do acesso hospitalar a partir das relações entre informação, autoridade, priorização, capacidade, alocação, resposta do prestador e acesso efetivamente produzido. A questão central deixa, portanto, de ser apenas se existe uma estrutura regulatória e passa a incluir quem controla a informação sobre o recurso, quem transforma necessidade em prioridade e prioridade em alocação, como o prestador responde à decisão e quem responde quando o percurso até o acesso é



interrompido (Ramos; Ramos, 2017; Lumer; Oliveira; Diniz, 2018; Moura et al., 2022; Tofani et al., 2023; Cavalcanti et al., 2025).

Diante disso, esta revisão busca responder: como a governança da regulação do acesso hospitalar tem sido estruturada em sistemas públicos de saúde e quais modelos, estruturas organizacionais, mecanismos de autoridade, coordenação, mediação tecnológica, priorização, alocação e indicadores de desempenho são descritos na literatura científica? O objetivo é mapear e analisar as evidências sobre a governança da regulação do acesso hospitalar em sistemas públicos de saúde, identificando modelos e estruturas organizacionais, distribuição da autoridade decisória, mecanismos de coordenação entre reguladores e prestadores, critérios de priorização e alocação, mediação informacional e tecnológica e indicadores utilizados para avaliar o desempenho do acesso (George et al., 2023; Tofani et al., 2023; Freire et al., 2025, 2026; Brasil, 2025).

METODOLOGIA

Delineamento e questão de pesquisa

Realizou-se revisão de escopo (*scoping review*) conforme a metodologia do Joanna Briggs Institute (JBI), com relato orientado pelo *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses Extension for Scoping Reviews* (PRISMA-ScR) e, para o componente de busca, pelo PRISMA-S (TRICCO et al., 2018; PETERS et al., 2020; RETHLEFSEN et al., 2021; POLLOCK et al., 2023).

A questão foi estruturada segundo o acrônimo PCC — População/Participantes, Conceito e Contexto. Consideraram-se como participantes as estruturas, os serviços e os atores envolvidos na organização ou decisão sobre o acesso hospitalar; como conceito, a governança da regulação do acesso, abrangendo autoridade decisória, centralização, priorização, alocação, coordenação, capacidade submetida à regulação, informação, mediação tecnológica, *accountability* e desempenho; e, como contexto, sistemas públicos ou universais de saúde e redes públicas de atenção hospitalar.

Formulou-se então a seguinte questão, já anteriormente apresentada: como a governança da regulação do acesso hospitalar tem sido estruturada em sistemas



públicos de saúde e quais modelos, estruturas organizacionais, mecanismos de autoridade, coordenação, mediação tecnológica, priorização, alocação e indicadores de desempenho são descritos na literatura científica?

Critérios de elegibilidade

Foram considerados elegíveis estudos primários quantitativos, qualitativos ou de métodos mistos que atendessem simultaneamente a três condições: (1) abordagem do acesso à internação, em leitos ou a outros recursos hospitalares; (2) análise de pelo menos uma dimensão da governança do acesso — autoridade ou responsabilidade decisória, centralização, priorização, alocação, coordenação regulador–prestador, capacidade disponibilizada à regulação, informação ou tecnologia, *accountability* ou desempenho; e (3) inserção em sistema público ou universal de saúde ou em rede pública de atenção hospitalar.

Foram excluídos estudos restritos à atenção não hospitalar sem interface com internação; gestão exclusivamente intra-hospitalar de leitos; regulação econômica, sanitária ou profissional; publicações em que a regulação constituísse apenas mecanismo de encaminhamento ou procedência dos participantes; estudos sem relação pertinente com sistemas públicos/universais; editoriais, comentários e textos sem evidência empírica; duplicações sem contribuição analítica independente; e publicações cuja elegibilidade não pudesse ser determinada após tentativa de recuperação do texto completo. Revisões, documentos normativos e estudos conceituais pertinentes foram utilizados para rastreamento bibliográfico ou contextualização, sem integrar o núcleo de evidências primárias.

Estratégia de busca e fontes de informação

A estratégia foi desenvolvida iterativamente, conforme recomendações do JBI. Buscas exploratórias permitiram identificar os descritores MeSH e DeCS, termos livres e variantes terminológicas em inglês, português e espanhol. A estratégia definitiva combinou termos relacionados à hospitalização, internação, leitos e terapia intensiva com expressões referentes à regulação do acesso, regulação hospitalar e médica, centrais de regulação, encaminhamento ou acesso centralizado, entrada única, listas de



espera, gestão de encaminhamentos, priorização clínica e alocação de pacientes ou leitos.

O termo *governance* não foi adotado como condição obrigatória de recuperação, considerando-se que mecanismos de governança podem ser examinados empiricamente por meio de autoridade, coordenação, priorização, alocação ou responsabilização sem utilização explícita dessa terminologia.

As buscas foram realizadas em setembro de 2026 nas bases MEDLINE/PubMed, Embase, Scopus, Web of Science Core Collection, LILACS/BVS e SciELO, sem restrição de período de publicação ou idioma. As estratégias foram adaptadas à sintaxe e aos campos de cada fonte. As estratégias completas, plataformas, datas de execução e resultados por base são apresentadas em material suplementar, de acordo com as recomendações do PRISMA-S.

Foram recuperados 9.831 registros: MEDLINE/PubMed (n = 1.419), Embase (n = 1.966), Scopus (n = 3.824), Web of Science Core Collection (n = 1.975), LILACS/BVS (n = 537) e SciELO (n = 110). Os registros foram consolidados em uma base única e submetidos à deduplicação hierárquica por DOI, PMID e correspondência de títulos normalizados. Foram removidas 4.744 ocorrências duplicadas, permanecendo 5.087 registros únicos para triagem.

Seleção das fontes de evidência

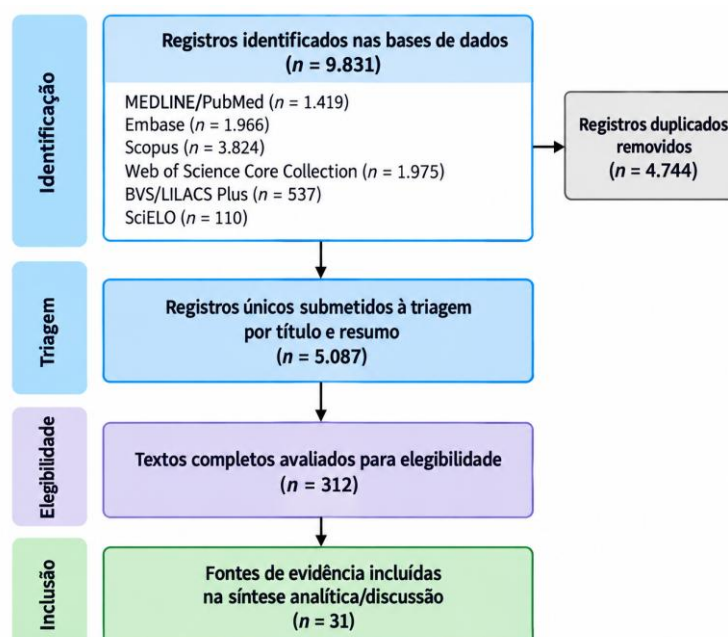
A seleção compreende duas etapas: triagem de títulos e resumos e avaliação do texto completo das publicações potencialmente elegíveis. Em ambas são aplicados os critérios previamente definidos. A presença isolada de termos como “central de regulação” ou “regulação de leitos”, ou a utilização da regulação apenas como mecanismo de encaminhamento, não determina elegibilidade; a publicação deve analisar o acesso hospitalar e pelo menos uma dimensão de governança estabelecida no protocolo.



Os motivos de exclusão após leitura do texto completo foram registrados de forma padronizada. O processo de identificação, deduplicação, triagem, elegibilidade e inclusão é apresentado em fluxograma PRISMA-ScR.

O processo de seleção das fontes de evidência foi sistematizado conforme o PRISMA-ScR. As buscas nas seis fontes de informação identificaram 9.831 registros, sendo 1.419 na MEDLINE/PubMed, 1.966 na Embase, 3.824 na Scopus, 1.975 na Web of Science Core Collection, 537 na BVS/LILACS Plus e 110 na SciELO. Após a identificação e remoção de 4.744 ocorrências duplicadas, permaneceram 5.087 registros únicos para a etapa de triagem por título e resumo. As etapas subsequentes de avaliação da elegibilidade em texto completo, exclusão com os respectivos motivos e composição do corpus final são apresentadas na Figura 1.

Figura 1 - Fluxograma PRISMA-ScR de triagem e composição dos artigos selecionados.



Extração e síntese dos dados



Os dados das fontes incluídas foram extraídos por meio de instrumento padronizado de extração de dados, elaborado pelos autores para esta revisão é organizado em matriz eletrônica, em consonância com a questão de pesquisa e com as dimensões definidas no modelo PCC. O instrumento foi estruturado em blocos correspondentes à caracterização da fonte, ao contexto da regulação do acesso hospitalar, às características do arranjo regulatório e aos resultados relacionados à governança e ao desempenho do acesso.

Para cada fonte, foram registrados: **(1)** autoria e ano de publicação; **(2)** país, sistema de saúde e contexto assistencial; **(3)** delineamento e objetivo; **(4)** atores e estruturas envolvidas na regulação, incluindo centrais ou complexos reguladores, Núcleos Internos de Regulação (NIR), unidades solicitantes e prestadores hospitalares, quando aplicável; **(5)** modelo ou estrutura de organização da regulação do acesso; **(6)** distribuição da autoridade, responsabilidades e poder decisório; **(7)** critérios e mecanismos de priorização e alocação; **(8)** mecanismos de coordenação entre solicitantes, estruturas regulatórias e prestadores; **(9)** sistemas de informação, tecnologias e mecanismos de compartilhamento de informações; **(10)** formas de gestão e disponibilização da capacidade hospitalar para a regulação; **(11)** indicadores utilizados para avaliação do processo regulatório e do acesso; e **(12)** principais resultados e conclusões relacionados à questão da revisão.

Após a extração, os dados foram organizados em matriz de síntese, permitindo a comparação sistemática das fontes e a identificação de convergências, diferenças e lacunas entre os diferentes contextos regulatórios. A caracterização geral do corpus foi realizada por meio de síntese descritiva, considerando ano de publicação, distribuição geográfica, contexto do sistema de saúde, delineamento e características das estruturas regulatórias identificadas.

A análise qualitativa foi orientada pela questão da revisão e organizada em seis dimensões analíticas: (1) modelos e estruturas de regulação do acesso; (2) autoridade, responsabilidade e distribuição do poder decisório; (3) mecanismos de priorização e alocação; (4) coordenação entre solicitantes, estruturas regulatórias e prestadores; (5) informação, mediação tecnológica e visibilidade da capacidade hospitalar; e (6)



indicadores e resultados relacionados ao desempenho do acesso. Durante a análise comparativa, foram também consideradas categorias emergentes identificadas nas fontes, desde que relacionadas ao conceito de governança da regulação do acesso hospitalar.

A síntese buscou, ainda, reconstruir o percurso entre a necessidade assistencial e o acesso hospitalar efetivamente produzido, examinando as relações entre qualificação da demanda, priorização, disponibilidade da capacidade hospitalar, autoridade para decisão e alocação, resposta do prestador e admissão. Essa abordagem permitiu analisar não apenas a existência formal de estruturas de regulação, mas também os mecanismos pelos quais as decisões de acesso são produzidas, executadas, registradas e acompanhadas nos diferentes sistemas e contextos estudados.

Avaliação crítica e Aspectos éticos

Para este trabalho não foi realizada avaliação formal do risco de viés como critério de inclusão, em consonância com a finalidade de mapeamento da revisão de escopo. Características metodológicas relevantes das fontes foram consideradas na interpretação dos resultados.

Por utilizar exclusivamente fontes publicadas e não envolver intervenção, contato com participantes ou dados individuais identificáveis, a revisão não envolve coleta primária de dados com seres humanos. Assim, foram observados os princípios de integridade científica, transparência metodológica, rastreabilidade das decisões e adequada atribuição das fontes.

Questão de pesquisa e critérios de elegibilidade

A questão de pesquisa e os critérios de elegibilidade foram estruturados segundo o acrônimo PCC — População/Participantes, Conceito e Contexto — recomendado pelo JBI para revisões de escopo (Peters et al., 2020). Sua utilização permitiu delimitar o fenômeno investigado sem reduzir a amplitude necessária para identificar diferentes configurações institucionais, organizacionais e terminológicas da regulação do acesso hospitalar. Assim, apresentamos a determinação dos elementos que compõem a



população/participantes, conceito e contexto, bem como uma sumarização dessa composição (Quadro 1).

População/Participantes (P): estruturas, serviços, gestores, profissionais e demais atores envolvidos na organização, gestão, operacionalização ou tomada de decisão relacionada ao acesso à internação, aos leitos ou a outros recursos hospitalares.

Conceito (C): governança da regulação do acesso hospitalar, compreendendo modelos e estruturas regulatórias, distribuição e exercício da autoridade decisória, centralização, mecanismos de coordenação entre estruturas reguladoras e prestadores, critérios de priorização, processos de alocação, capacidade disponibilizada à regulação, informação e mediação tecnológica, transparência, responsabilização (*accountability*) e indicadores de desempenho do acesso.

Contexto (C): sistemas públicos ou universais de saúde e redes públicas de atenção hospitalar, incluindo estruturas centralizadas ou regionalizadas de regulação e sua interface com os estabelecimentos responsáveis pela disponibilização e utilização da capacidade assistencial.

Quadro 1 – Estrutura PCC e dimensões orientadoras da revisão

Elemento	Delimitação operacional	Componentes considerados
P – População/Participantes	Atores e estruturas envolvidos na organização do acesso hospitalar	Centrais e estruturas de regulação; gestores; reguladores; unidades solicitantes; prestadores hospitalares; estruturas hospitalares de interface com a regulação
C – Conceito	Governança da regulação do acesso hospitalar	Centralização; autoridade e responsabilidade decisória; priorização; alocação; coordenação regulador–prestador; capacidade submetida à regulação; informação e tecnologia; interoperabilidade; transparência; <i>accountability</i> ; desempenho
C – Contexto	Sistemas públicos/universais	Internação hospitalar; leitos gerais e especializados; terapia



	e redes públicas de saúde	intensiva; transferências inter- hospitalares; redes regionalizadas e interfederativas
--	------------------------------	--

Fonte: elaboração dos autores (2026), com base nas recomendações do JBI para revisões de escopo (Peters et al., 2020).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Caracterização das evidências e arquitetura analítica

A literatura identificada mostrou elevada heterogeneidade quanto aos desenhos de estudo, escalas territoriais e objetos investigados. No contexto brasileiro, foram descritas centrais de internação e de regulação de leitos, complexos reguladores, regulação de urgências, Núcleos Internos de Regulação (NIR), redes interestaduais, sistemas digitais e arranjos desenvolvidos em situações de emergência sanitária. Na literatura internacional, destacaram-se listas centralizadas, modelos de entrada única e mecanismos de distribuição da demanda entre prestadores. Em conjunto, essas experiências demonstram que a regulação do acesso não constitui uma intervenção isolada, mas um processo interorganizacional que articula demanda, prioridade, capacidade, informação e decisão (IBANHES et al., 2007; EVANGELISTA; BARRETO; GUERRA, 2008; RAMOS; RAMOS, 2017; BRETON et al., 2020; VILARINS; PINHO, 2021; TOFANI et al., 2023; CAVALCANTI et al., 2024; FREIRE et al., 2025).

A partir da análise comparativa foi possível realizar a agregação dos trabalhos nas seis dimensões anteriormente definidas: estrutura regulatória e centralização; autoridade e responsabilidade decisória; priorização clínica e alocação; coordenação entre reguladores e prestadores; informação, tecnologia e capacidade regulável; e desempenho do acesso. Essa organização amplia a análise para além da descrição das estruturas formais, permitindo examinar como uma necessidade assistencial é transformada — ou não — em acesso hospitalar efetivamente produzido (BASTOS, 2019; BASTOS et al., 2020; VILARINS; PINHO, 2021; MOURA et al., 2022; TOFANI et al., 2023; CAVALCANTI et al., 2025; FREIRE et al., 2026). O detalhamento e caracterização das fontes de evidência obtidas neste trabalho é apresentado no Quadro 2.



Quadro 2 – Caracterização das fontes de evidência selecionadas sobre governança da regulação do acesso hospitalar

Autor/ano	País/contexto	Delineamento/objeto	Principais achados relacionados à revisão	Dimensão analítica
Ibanhes et al. (2007)	Brasil/SUS – Região Metropolitana de São Paulo	Estudo sobre governança e gestão regional em saúde	Evidencia a multiplicidade de atores e interesses envolvidos na gestão regional e os limites de coordenação em arranjos institucionais complexos. Contribui para compreender a governança como processo relacional, para além da existência formal de estruturas de gestão.	Governança; coordenação; relações interorganizacionais
Torres (2007)	Brasil/SUS – Salvador, Bahia	Estudo sobre regulação dos leitos hospitalares no SUS	Analisa a organização da regulação de leitos no SUS municipal e sua articulação com a gestão hospitalar, contribuindo para a compreensão dos mecanismos de ordenamento do acesso.	Centralização; gestão de leitos; coordenação; acesso
Evangelista, Barreto e Guerra (2008)	Brasil/SUS – Belo Horizonte, Minas Gerais	Estudo quantitativo sobre acesso hospitalar por doença isquêmica do coração e participação da Central de Internação	Identificou predominância de internações realizadas por vias distintas da Central, indicando coexistência de circuitos formais e acessos diretos aos hospitais. Demonstra que a existência de uma estrutura centralizada não corresponde necessariamente ao controle efetivo dos fluxos de acesso.	Centralização; autoridade regulatória; fluxos paralelos; acesso
Gomes et al. (2014)	Brasil/SUS – Minas Gerais	Estudo sobre judicialização do acesso a procedimentos e internações	Evidencia utilização da via judicial para obtenção de recursos e procedimentos cobertos pelo SUS, expondo tensões entre garantia normativa do direito, disponibilidade assistencial e mecanismos ordinários de priorização e alocação.	Judicialização; priorização; equidade; alocação
Ramos e Ramos (2017)	Brasil/SUS – Belém, Pará; Central de Regulação de Leitos	Estudo de caso descritivo-exploratório, com pesquisa documental, dados do SISREG III e entrevistas semiestruturadas com enfermeiros	Identificou elevada demanda regulatória e fragilidades relacionadas à infraestrutura, burocracia e articulação da Central com unidades solicitantes e executantes, evidenciando a dependência do processo regulatório da coordenação entre diferentes pontos da rede.	Centralização; coordenação; fluxo regulatório; SISREG/informação; acesso
Bugês et al. (2017)	Brasil/SUS – Paraná	Estudo quanti-qualitativo do fluxo de regulação de leitos hospitalares	Analisa o fluxo de regulação de leitos e evidencia limitações relacionadas à organização da rede, pactuação, infraestrutura e mecanismos de acesso, contribuindo para a discussão sobre	Autoridade; pactuação; coordenação; acesso; capacidade



			capacidade de coordenação da regulação.	
Oliveira e Silva (2017)	Brasil/SUS – regulação de internações hospitalares	Estudo sobre judicialização, médico regulador e desafios bioéticos na tomada de decisão	Discute o exercício da autoridade sanitária pelo médico regulador e as tensões produzidas pela judicialização sobre os critérios ordinários de priorização e decisão nas internações hospitalares.	Autoridade decisória; judicialização; priorização; accountability
Lumer, Oliveira e Diniz (2018)	Brasil/SUS – Rio de Janeiro; Central de Regulação de Urgências e Emergências	Estudo qualitativo com médicos reguladores	Evidenciou relação entre condições organizacionais e estruturais da rede e o exercício da regulação médica, identificando dificuldades de integração da rede e condições que interferem no desempenho das atribuições regulatórias.	Autoridade/autonomia regulatória; estrutura da rede; coordenação; acesso
Ferraz e Carreiro (2018)	Brasil/SUS – Rio de Janeiro; terapia intensiva	Reflexão teórica sobre regulação de leitos de UTI	Discute oferta, demanda e necessidade de leitos de terapia intensiva e o papel da regulação na organização do acesso, destacando a relação entre capacidade disponível, solicitação e decisão regulatória.	UTI; capacidade; demanda; priorização; acesso
Bastos (2019)	Brasil/SUS	Estudo de métodos mistos sobre regulação do acesso	Identificou elevada demanda, dificuldades na definição de prioridades e referências, indisponibilidade de leitos e limitações relacionadas à informação e à pactuação. Os achados apontam fragilidades na capacidade da regulação de coordenar demanda, oferta e acesso.	Autoridade regulatória; priorização; coordenação; capacidade; informação
Martin et al. (2019)	Brasil/SUS – Hospital das Clínicas de Botucatu, São Paulo	Estudo retrospectivo antes e após implantação de sistema de regulação	Evidenciou a relevância da qualificação da demanda, classificação de prioridade, adequação entre perfil assistencial e serviço de referência e monitoramento temporal do processo regulatório.	Priorização; encaminhamento; adequação assistencial; contrarreferência; tempo de regulação; desempenho
Bastos et al. (2020)	Brasil/SUS	Publicação derivada de investigação sobre regulação do acesso	Evidencia problemas relacionados aos critérios de prioridade e referência, disponibilidade assistencial, sistemas de informação e articulação dos componentes regulatórios. Reforça a necessidade de distinguir institucionalização da regulação de sua capacidade efetiva de ordenar o acesso.	Coordenação; priorização; capacidade regulatória; acesso



Vilarins e Pinho (2021)	Brasil/SUS – Distrito Federal; Complexo Regulador em Saúde	Estudo exploratório e descritivo, de métodos mistos, com mapeamento conceitual	O nível de prioridade assistencial emergiu como elemento central da regulação. A análise evidenciou dimensões relacionadas à escassez, prioridade, regulação de leitos e UTI, capacitação profissional e transparência da informação.	Priorização; gestão; regulação de leitos; capacidade/escassez; transparência; informação
Feijó et al. (2022)	Brasil/SUS – hospital universitário público	Estudo avaliativo antes/depois da implantação de Núcleo Interno de Regulação	Após a implantação do NIR, observaram-se alterações em indicadores de ocupação, giro e permanência, evidenciando a relação entre capacidade assistencial e gestão dinâmica do fluxo hospitalar.	Capacidade assistencial; NIR; fluxo; eficiência; desempenho
Moura et al. (2022)	Brasil/SUS – Distrito Federal; regulação de UTI adulto	Estudo descritivo, transversal e retrospectivo com registros de usuários em lista de espera	Descreve a trajetória entre solicitação, classificação de prioridade, permanência em fila, obtenção de vaga e desfecho, permitindo analisar priorização e desempenho do processo regulatório.	Priorização; alocação; fila de espera; acesso; desempenho regulatório
Barbosa et al. (2022)	Brasil/SUS – hospital público federal de ensino, Alagoas	Relato de experiência sobre regulação de leitos durante a pandemia de COVID-19	Descreve reorganização do NIR, padronização de processos, qualificação das informações e articulação com a Central Estadual para organização do acesso aos leitos durante a emergência sanitária.	NIR; Central-hospital; coordenação; informação; alocação; acesso
Lisbôa et al. (2022)	Brasil/SUS – hospital público	Relato de experiência profissional sobre atuação do enfermeiro regulador de leitos durante a COVID-19	Descreve reorganização de fluxos, monitoramento da ocupação e atuação do enfermeiro regulador na gestão de leitos durante a pandemia, destacando comunicação, informação e coordenação assistencial.	NIR; informação; capacidade; coordenação; gestão de leitos
Tofani et al. (2023)	Brasil/SUS – duas regiões de saúde; Rede de Atenção às Urgências e Emergências	Estudo qualitativo de casos múltiplos	Identificou diferentes regimes de regulação e demonstrou que os fluxos são produzidos por relações e disputas entre múltiplos atores, com participação relevante dos prestadores hospitalares e coexistência entre estruturas formais e centros efetivos de poder.	Autoridade formal/efetiva; poder; regulador-prestador; público-privado; acesso
Pedrosa (2023)	Brasil/SUS – Mato Grosso	Pesquisa-ação/intervenção sobre regulação e transparência	Identificou dificuldades de integração entre regulação, controle e avaliação, limitações dos sistemas de informação e insuficiência de oferta, contribuindo para analisar transparência e informação como componentes da governança.	Informação; transparência; accountability; regulação-controle-avaliação



Maria et al. (2024)	Brasil/SUS – município do Sul do Brasil	Estudo sobre acesso aos leitos hospitalares	Analisa o fluxo de acesso aos leitos e a comunicação com a estrutura regulatória, destacando necessidades de aperfeiçoamento da coordenação e dos mecanismos informacionais.	Central de leitos; coordenação; comunicação; tecnologia; acesso
Nascimento e Vilarins (2024)	Brasil/SUS – Distrito Federal	Estudo sobre gestão de leitos hospitalares e processo regulatório na visão do enfermeiro	Examina a gestão de leitos como componente do processo regulatório, articulando ocupação, fluxo, disponibilidade de capacidade e atuação profissional nos serviços públicos de saúde.	Gestão de leitos; regulação; NIR; coordenação; capacidade
Hoelz et al. (2024)	Brasil/SUS	Estudo sobre o enfermeiro no Núcleo Interno de Regulação	Aborda desafios e oportunidades da atuação do enfermeiro no NIR, destacando gestão de leitos, organização dos fluxos e alocação de recursos no contexto de urgência e emergência.	NIR; gestão de leitos; coordenação; capacidade
Cavalcanti et al. (2024)	Brasil/SUS – Rede Interestadual PEBA (Pernambuco/Bahia)	Estudo qualitativo sobre regulação assistencial e regionalização	Evidencia relações entre oferta, produção, filas de espera, encaminhamento, organização e comunicação entre atores de uma rede interestadual, demonstrando que a regionalização formal não assegura isoladamente coordenação efetiva.	Governança regional; coordenação; relação público–privada; oferta/capacidade; filas; acesso
Silva et al. (2024)	Brasil/SUS	Revisão de literatura sobre regulação assistencial e controle	Sistematiza elementos da arquitetura regulatória, mecanismos de controle, tecnologias, transparência e equidade, contribuindo como fonte de síntese para interpretação das estruturas regulatórias.	Arquitetura regulatória; controle; tecnologia; transparência; equidade
Freire et al. (2025)	Brasil e evidência internacional	Revisão de escopo sobre arranjos tecnológicos utilizados na regulação do acesso a leitos hospitalares	Mapeia tecnologias utilizadas na regulação do acesso a leitos e sua relação com informação, capacidade e organização do acesso, contribuindo para a dimensão sociotécnica da governança.	Regulação de leitos; tecnologia; informação; capacidade; acesso
Cavalcanti et al. (2025)	Brasil/SUS – Rede Interestadual PEBA; Central de Regulação Interestadual de Leitos	Estudo quantitativo e descritivo com registros de solicitações de leitos e procedimentos	Caracteriza demanda, origem regional, tempo de resposta e desfecho do processo regulatório, evidenciando a importância da qualidade dos registros para monitoramento e governança.	Regulação de leitos; regionalização; coordenação interestadual; informação; tempo de resposta; desfecho
Freire et al. (2026)	Brasil/SUS – Estado de São Paulo	Estudo de métodos mistos sobre regulação do acesso hospitalar no contexto da COVID-19	Evidencia que centralização regulatória, ampliação da capacidade e inovação podem coexistir com dificuldades de acesso, permitindo distinguir capacidade nominal de capacidade efetivamente regulável.	Autoridade; capacidade regulável; coordenação; acesso; desempenho



Chiavegato (2026)	Brasil/SUS – ABC Paulista	Métodos mistos/estudo de casos sobre organização da regulação e acesso	Analisa Complexos Reguladores, NIR, comunicação em tempo real, fluxo, gestão de altas, acordos entre atores e utilização de tecnologias, contribuindo para compreender a regulação como processo interorganizacional e sociotécnico.	Coordenação; NIR; informação; tecnologia; relações interorganizacionais
Oliveira (2026) – NIR	Brasil/SUS	Revisão sistemática qualitativa sobre desafios e estratégias do Núcleo Interno de Regulação	Sistematiza desafios operacionais, estruturais e institucionais e estratégias gerenciais e tecnológicas relacionadas à atuação dos NIR na gestão de leitos hospitalares.	NIR; capacidade; tecnologia; desempenho; gestão de leitos
Baleiro e Madeiro (2026)	Brasil/SUS	Revisão integrativa sobre regulação de leitos em emergências sanitárias e atuação do enfermeiro	Sintetiza elementos da organização da regulação de leitos em emergências sanitárias e da atuação profissional, contribuindo para a discussão de coordenação, gestão de capacidade e resposta do sistema.	Regulação de leitos; profissionais; coordenação; emergência sanitária
Oliveira (2026) – gestão de leitos	Brasil/SUS	Revisão sobre estratégias de gestão de leitos hospitalares no SUS	Relaciona organização da gestão de leitos, sistemas de informação, indicadores, planejamento e articulação regulatória à utilização da capacidade e ao tempo de espera.	Gestão de leitos; capacidade; informação; indicadores; tempo de espera

Fonte: elaboração própria (2026).

Estruturas regulatórias e centralização: ter uma Central não significa governar o acesso.

A existência de uma estrutura centralizada constitui característica recorrente nos sistemas analisados, mas seus desenhos e capacidades diferem substancialmente. No SUS, foram identificadas centrais municipais, estaduais e interestaduais, complexos reguladores, estruturas de urgência e interfaces hospitalares representadas pelos NIR. Esses arranjos concentram, em graus distintos, recebimento e qualificação das solicitações, definição de prioridade, busca de recursos, encaminhamento e monitoramento, evidenciando que “centralização” pode designar diferentes graus de concentração das funções regulatórias (RAMOS; RAMOS, 2017; LUMER; OLIVEIRA; DINIZ, 2018; VILARINS; PINHO, 2021; TOFANI et al., 2023; CAVALCANTI et al., 2024; CHIAVEGATO, 2026).

A experiência de Belo Horizonte oferece uma demonstração empírica particularmente importante dessa distinção. Evangelista, Barreto e Guerra (2008)



verificaram que, entre 3.705 internações por doenças isquêmicas do coração, apenas 24,9% ocorreram por intermédio da Central de Internação, enquanto 75,1% foram realizadas diretamente nos hospitais. A coexistência de circuitos formalmente regulados e acessos diretos demonstra que instituir uma Central não significa, necessariamente, transferir para ela o controle efetivo sobre os fluxos hospitalares (EVANGELISTA; BARRETO; GUERRA, 2008).

Resultados posteriores reforçam essa interpretação. Em Belém, dificuldades de infraestrutura, burocracia e articulação entre Central de Regulação de leitos, unidades solicitantes e executantes condicionaram a operacionalização da regulação; no Rio de Janeiro, às condições organizacionais da rede interferiram diretamente no exercício da regulação médica; e, em Goiás, dificuldades de pactuação, informação, prioridade e disponibilidade assistencial limitaram a capacidade de coordenar demanda e oferta (RAMOS; RAMOS, 2017; LUMER; OLIVEIRA; DINIZ, 2018; BASTOS, 2019; BASTOS et al., 2020).

A centralização da demanda, portanto, não deve ser confundida com centralização da autoridade. Uma estrutura pode receber solicitações, classificar prioridades e direcionar pacientes sem controlar integralmente os recursos necessários para executar suas decisões. Essa distinção desloca a pergunta analítica de “há uma Central de Regulação?” para “quais decisões essa Central efetivamente controla e quais permanecem sob domínio de outros atores?” (EVANGELISTA; BARRETO; GUERRA, 2008; BASTOS et al., 2020; VILARINS; PINHO, 2021; TOFANI et al., 2023).

Autoridade regulatória: quem governa e quem efetivamente libera o recurso?

A distribuição da autoridade emergiu como uma das questões centrais da revisão. Ibanhes et al. (2007) já apontavam que a governança regional resulta da interação entre múltiplos atores e interesses, enquanto Tofani et al. (2023) demonstraram empiricamente que os fluxos da Rede de Atenção às Urgências e Emergências são produzidos por diferentes regimes de regulação — profissional, leigo, clientelista e governamental — aos quais acrescentaram a regulação mercantil, caracterizada pela influência exercida por prestadores hospitalares, particularmente



privados. Assim, o poder de produzir acesso pode não coincidir integralmente com a autoridade formal atribuída ao regulador (IBANHES et al., 2007; TOFANI et al., 2023).

Essa constatação permite formular uma distinção fundamental entre autoridade regulatória formal e autoridade regulatória efetiva. A primeira deriva de normas, competências institucionais e desenho organizacional; a segunda depende da capacidade concreta de fazer com que uma decisão de prioridade e alocação seja reconhecida e executada pelos atores que controlam os recursos assistenciais. Quando a Central indica um paciente, mas o prestador mantém capacidade para confirmar, postergar, condicionar ou recusar sua admissão, a decisão sobre o acesso permanece distribuída (LUMER; OLIVEIRA; DINIZ, 2018; BASTOS et al., 2020; TOFANI et al., 2023; CAVALCANTI et al., 2024).

A questão “quem libera o leito?” precisa, portanto, ser decomposta. Priorizar, disponibilizar, alocar e admitir não são decisões equivalentes. A prioridade estabelece a precedência clínica; a disponibilidade indica que existe capacidade operacional; a alocação vincula determinado recurso ao paciente; e a admissão concretiza o acesso. A literatura frequentemente analisa essas etapas de forma agregada, embora possam estar sob responsabilidade de atores distintos e apresentar tempos, barreiras e mecanismos decisórios próprios (MARTIN et al., 2019; VILARINS; PINHO, 2021; MOURA et al., 2022; CAVALCANTI et al., 2025; FREIRE et al., 2026).

Essa fragmentação também ajuda a compreender a judicialização como circuito alternativo de autoridade. Quando decisões externas ao fluxo regulatório ordinário interferem na utilização de recursos escassos, surgem tensões entre direito individual, prioridade clínica, equidade e ordenamento coletivo da fila. A governança do acesso envolve, portanto, não apenas a autoridade do regulador e do prestador, mas a interação entre diferentes centros institucionais capazes de modificar a ordem de utilização dos recursos (GOMES et al., 2014; IBANHES et al., 2007; TOFANI et al., 2023).

Priorizar não é alocar: da necessidade clínica ao acesso efetivamente produzido.

A priorização aparece de forma consistente como elemento estruturante da regulação. No Distrito Federal, Vilarins e Pinho (2021) identificaram prioridade,



escassez, regulação de leitos e UTI, capacitação e transparência entre os componentes centrais do processo regulatório. Em Botucatu, Martin et al. (2019) evidenciaram a importância da classificação da demanda, da adequação entre necessidade assistencial e serviço de referência, da contrarreferência e do tempo de regulação. Esses achados demonstram que a qualificação da demanda antecede a alocação e condiciona a legitimidade da decisão distributiva (MARTIN et al., 2019; VILARINS; PINHO, 2021).

Entretanto, prioridade corretamente definida não garante acesso. Na análise da fila de UTI adulto no Distrito Federal, Moura et al. (2022) observaram pacientes classificados segundo prioridades distintas, obtenção de vaga por apenas parte dos usuários e permanências variáveis na fila. O percurso entre classificação, espera e desfecho evidencia que a prioridade clínica precisa encontrar capacidade disponível e autoridade de alocação para produzir acesso (MOURA et al., 2022).

Essa separação é também observada internacionalmente. Breton et al. (2020), ao analisarem listas centralizadas, demonstraram que seus resultados dependem da aceitação dos critérios pelos prestadores, de sua adesão ao mecanismo centralizado e do comportamento durante registro, priorização e atribuição dos pacientes. Milakovic et al. (2021), em revisão sobre modelos de entrada única, identificaram potencial de redução do tempo de espera, mas também ressaltaram limitações das evidências disponíveis. A experiência internacional reforça que centralizar a fila constitui mecanismo de organização da demanda, não garantia autônoma de acesso equitativo (BRETON et al., 2020; MILAKOVIC et al., 2021).

Desse modo, a governança da priorização depende da conexão entre regra e capacidade de execução. Protocolos podem tornar os critérios mais explícitos e reduzir variação decisória, mas perdem efetividade quando o regulador não conhece a capacidade real, quando prestadores não aderem às regras ou quando decisões posteriores podem alterar a ordem previamente estabelecida (BRETON et al., 2020; VILARINS; PINHO, 2021; MOURA et al., 2022; TOFANI et al., 2023).

Capacidade instalada, capacidade disponível e capacidade regulável.



Outro achado transversal refere-se à necessidade de distinguir a existência física do recurso de sua disponibilidade para regulação. A gestão hospitalar pode modificar ocupação, giro e permanência e, consequentemente, produzir capacidade adicional sem expansão física. Os resultados relacionados aos NIR demonstram que a capacidade hospitalar é dinâmica e depende de gestão do fluxo, altas, permanência e utilização dos recursos, embora maior eficiência interna não implique, isoladamente, maior autoridade da regulação externa (FEIJÓ et al., 2022; CHIAVEGATO, 2026).

Por outro lado, estudos sobre regulação externa demonstram que a indisponibilidade de leitos, a insuficiência da oferta e a dificuldade de visualizar a capacidade constituem barreiras recorrentes. A existência de um leito cadastrado ou instalado não assegura que esteja operacional, disponível para determinado perfil assistencial ou submetido à decisão da Central. A análise da governança exige, portanto, diferenciar capacidade instalada, capacidade operacional, capacidade disponível e capacidade regulável (BASTOS, 2019; BASTOS et al., 2020; PEDROSA, 2023; CAVALCANTI et al., 2024; FREIRE et al., 2026).

Propõe-se, a partir da síntese, compreender o acesso como uma cadeia sequencial que se inicia na necessidade assistencial e avança pela demanda regulatória, capacidade instalada, capacidade operacional, capacidade disponível e capacidade regulável, culminando na alocação, na admissão e, por fim, no acesso produzido. A utilidade analítica dessa sequência reside em tornar visíveis os pontos em que um recurso existente deixa de ser acessível ao processo regulatório e em identificar quais atores controlam cada transição (FEIJÓ et al., 2022; TOFANI et al., 2023; CAVALCANTI et al., 2025; FREIRE et al., 2026).

Essa distinção também modifica a avaliação de desempenho. A expansão nominal do número de leitos não demonstra, isoladamente, aumento da capacidade efetivamente acessível. Da mesma forma, a informação de “vaga disponível” não equivale à admissão do paciente. Estudos recentes de São Paulo mostram que ampliação da capacidade, centralização e inovação tecnológica podem coexistir com dificuldades de acesso, reforçando a necessidade de mensurar as etapas intermediárias entre oferta e utilização (FREIRE et al., 2025; FREIRE et al., 2026).



Coordenação regulador–prestador e *accountability*.

A relação entre estruturas reguladoras e prestadores constitui ponto crítico da governança. Ramos e Ramos (2017), Lumer, Oliveira e Diniz (2018), Bastos et al. (2020) e Cavalcanti et al. (2024) convergem ao demonstrar que a regulação depende de articulação entre solicitantes, reguladores e executantes. A fragmentação dessa relação pode produzir atrasos, negociações paralelas, dificuldades de referência e contrarreferência e perda da capacidade da regulação de coordenar o percurso assistencial (RAMOS; RAMOS, 2017; LUMER; OLIVEIRA; DINIZ, 2018; BASTOS et al., 2020; CAVALCANTI et al., 2024).

Na Rede Interestadual Pernambuco–Bahia, a interação entre diferentes níveis de gestão, oferta, produção, filas e atores públicos e privados evidencia que a regionalização formal não garante, isoladamente, coordenação efetiva. A análise posterior de solicitações processadas pela Central de Regulação Interestadual de Leitos reforça a relevância do tempo de resposta, do desfecho e da qualidade dos registros como componentes do monitoramento regulatório (CAVALCANTI et al., 2024; CAVALCANTI et al., 2025).

O conceito de *accountability* torna-se particularmente relevante neste ponto. Se uma decisão regulatória pode ser recusada ou postergada, a governança requer que a resposta seja identificável, justificada e passível de monitoramento. Não se trata de eliminar a autonomia clínica necessária à avaliação do caso, mas de tornar transparente onde a decisão foi modificada, por quem, por qual razão e com quais consequências para o paciente e para os demais usuários da fila (TOFANI et al., 2023; PEDROSA, 2023; CAVALCANTI et al., 2025; CARDOSO et al., 2026).

Informação e tecnologia: informatização não é sinônimo de governança.

A informação atravessa todas as etapas do processo regulatório. Solicitações incompletas, baixa qualidade dos registros, fragmentação entre sistemas e limitada visibilidade da oferta reduzem a capacidade de priorizar e alocar adequadamente. Estudos brasileiros realizados em diferentes contextos identificaram informação, transparência, comunicação e integração dos sistemas como componentes relevantes



da efetividade regulatória (BASTOS et al., 2020; VILARINS; PINHO, 2021; PEDROSA, 2023; CAVALCANTI et al., 2025; CHIAVEGATO, 2026).

Freire et al. (2025), ao mapear arranjos tecnológicos utilizados na regulação do acesso a leitos durante a pandemia de COVID-19, demonstraram a diversidade de soluções mobilizadas para enfrentar escassez, necessidade de coordenação e produção de informação. Posteriormente, a experiência paulista mostrou que diferentes arranjos tecnológicos de regulação foram empregados simultaneamente à ampliação de capacidade e reorganização dos fluxos, reforçando o caráter sociotécnico do processo regulatório (FREIRE et al., 2025; FREIRE et al., 2026).

A produção vinculada à UFRN/LAIS acrescenta outra dimensão a essa discussão. A experiência do RegulaRN explorou análise de dados e inteligência artificial aplicada à regulação de leitos, demonstrando possibilidades de utilização dos dados regulatórios para apoiar classificação e tomada de decisão. Mais recentemente, Cardoso et al. (2026), com participação de Janaína Valentim e Ricardo Valentim, apresentaram arquitetura tecnológica implementada no Rio Grande do Norte, Espírito Santo e Mato Grosso, estruturada para interoperabilidade, monitoramento em tempo real, gestão de filas, transparência e auditabilidade das decisões (BARRETO et al., 2024; CARDOSO et al., 2026).

Esses avanços são relevantes, mas exigem uma distinção conceitual: informatização não equivale a integração, e integração tecnológica não equivale automaticamente a governança efetiva. Sistemas podem ampliar visibilidade, padronização e rastreabilidade, mas não resolvem sozinhos conflitos de competência, distribuição de autoridade, insuficiência de capacidade ou não adesão dos prestadores às decisões regulatórias. A tecnologia constitui infraestrutura da governança; não substitui a governança institucional (FREIRE et al., 2025; FREIRE et al., 2026; CARDOSO et al., 2026).

Essa constatação sugere que a unidade de análise deve ultrapassar o software ou a Central isoladamente e alcançar o ecossistema regulatório: conjunto de atores, instituições, normas, tecnologias, informações e recursos assistenciais envolvidos na



produção do acesso. A ausência de interoperabilidade técnica fragmenta dados; a ausência de interoperabilidade organizacional fragmenta decisões. Um ecossistema regulatório efetivo exige ambas, associadas a responsabilidades claras e mecanismos de coordenação e responsabilização (IBANHES et al., 2007; PEDROSA, 2023; FREIRE et al., 2025; CHIAVEGATO, 2026; CARDOSO et al., 2026).

Experiências internacionais e o problema comum da governança.

Embora a terminologia varia entre países, a literatura internacional revela problemas funcionalmente semelhantes. Listas centralizadas, *centralized intake*, *pooled referrals* e modelos *single-entry* procuram concentrar demanda, padronizar triagem e distribuir usuários entre prestadores. A experiência canadense indica que esses mecanismos podem organizar filas e reduzir determinados tempos de espera, mas seus resultados dependem de adesão, critérios considerados legítimos, disponibilidade de capacidade e comportamento dos prestadores (BRETON et al., 2020; MILAKOVIC et al., 2021).

Breton et al. (2020) acrescentam uma contribuição especialmente importante à discussão sobre autoridade: durante a atribuição de pacientes, o comportamento dos prestadores pode alterar o funcionamento esperado da fila centralizada. Isso aproxima a experiência internacional dos achados de Tofani et al. (2023) no Brasil, apesar das diferenças institucionais: em ambos os contextos, a existência de uma regra central não elimina a agência dos prestadores na produção concreta do acesso (BRETON et al., 2020; TOFANI et al., 2023).

Os sistemas *single-entry* reforçam igualmente que entrada única é apenas um componente do arranjo. Isaacs, Bonsey e Couch (2023) discutem a centralização da entrada como mecanismo de coordenação, enquanto Milakovic et al. (2021) apontam resultados favoráveis sobre tempos de espera em determinados serviços, mas reconhecem limitações evidentes. A comparação internacional sustenta, assim, uma



conclusão transversal: centralizar a porta de entrada é diferente de governar toda a trajetória até o atendimento (MILAKOVIC et al., 2021; ISAACS; BONSEY; COUCH, 2023).

Do sistema informatizado ao ecossistema de governança.

A síntese das evidências permite identificar uma progressão conceitual. A primeira geração de estudos concentrou-se na existência e no funcionamento das estruturas regulatórias e nos circuitos de acesso; trabalhos posteriores incorporaram prioridade, capacidade, relações de poder e coordenação; e a literatura mais recente adicionou interoperabilidade, rastreabilidade, inteligência de dados e auditabilidade. O campo desloca-se, portanto, de uma compreensão predominantemente estrutural da regulação para uma perspectiva de governança sociotécnica do acesso (EVANGELISTA; BARRETO; GUERRA, 2008; VILARINS; PINHO, 2021; TOFANI et al., 2023; FREIRE et al., 2025; FREIRE et al., 2026; CARDOSO et al., 2026).

Essa evolução também evidencia uma lacuna: a literatura ainda é fragmentada entre estudos de estrutura regulatória, gestão hospitalar, priorização, tecnologia, filas e desempenho. São menos frequentes investigações capazes de acompanhar longitudinalmente o mesmo paciente desde a solicitação até a admissão e, simultaneamente, identificar quem tomou cada decisão, que capacidade estava disponível, se houve recusa ou modificação da decisão e quanto tempo foi consumido em cada transição (MARTIN et al., 2019; MOURA et al., 2022; CAVALCANTI et al., 2025; FREIRE et al., 2026).

Framework analítico da governança da regulação do acesso hospitalar

A integração das evidências permitiu retomar as dimensões analíticas anteriormente apresentadas em uma perspectiva processual, articulando-as ao percurso entre a necessidade assistencial e o acesso hospitalar efetivamente produzido. Nesse framework, a informação qualifica a demanda e subsidia a priorização; a autoridade regulatória sustenta a decisão; e a capacidade regulável condiciona a alocação do recurso assistencial. A resposta do prestador e os mecanismos de accountability, por sua vez, interferem na efetivação da decisão regulatória, que se concretiza com a admissão e o acesso ao cuidado. Informação, tecnologia,



interoperabilidade e coordenação interorganizacional atravessam esse percurso e conectam suas diferentes etapas (VILARINS; PINHO, 2021; TOFANI et al., 2023; PEDROSA, 2023; FREIRE et al., 2025; CAVALCANTI et al., 2025).

Informação e qualificação da demanda correspondem à capacidade de produzir dados clínicos suficientes e confiáveis para sustentar a decisão. Priorização transforma necessidade em precedência segundo critérios explícitos. Autoridade define quem possui legitimidade e poder efetivo para decidir. Capacidade regulável e alocação conectam a prioridade ao recurso concretamente disponível. Resposta do prestador e accountability tornam executável e rastreável a decisão. Finalmente, acesso produzido desloca o desfecho da mera autorização para a admissão efetiva e para o tempo necessário para alcançá-la (MARTIN et al., 2019; BRETON et al., 2020; VILARINS; PINHO, 2021; MOURA et al., 2022; TOFANI et al., 2023; CAVALCANTI et al., 2025).

Essa sequência evidencia que a efetividade da regulação não depende de um componente isolado, mas da continuidade entre as etapas do processo decisório. Informações insuficientes podem comprometer a priorização; a autoridade formal pode não se converter em capacidade efetiva de decisão quando a oferta permanece sob controle de outros atores; e a autorização regulatória, por si só, não assegura o acesso quando não há capacidade disponível ou resposta tempestiva do prestador. Desse modo, o desempenho regulatório deve ser analisado até a admissão efetiva, incorporando tanto o tempo transcorrido quanto as possíveis rupturas entre decisão, disponibilização do recurso e acesso produzido (MARTIN et al., 2019; MOURA et al., 2022; TOFANI et al., 2023; CAVALCANTI et al., 2025; FREIRE et al., 2026).

Lacunas do conhecimento e agenda de pesquisa.

A primeira lacuna refere-se à própria mensuração da autoridade regulatória. Grande parte dos estudos descreve estruturas, fluxos ou resultados, mas poucos mensuram a correspondência entre decisão formal e decisão executada. Estudos futuros devem investigar proporção de decisões regulatórias efetivadas, frequência e motivos de negativas ou alterações pelos prestadores, atores responsáveis por cada



transição e efeitos dessas decisões sobre tempo de espera e equidade (BASTOS et al., 2020; TOFANI et al., 2023; CAVALCANTI et al., 2025).

A segunda lacuna envolve a capacidade. Estudos hospitalares demonstram que a gestão do fluxo modifica a disponibilidade, enquanto estudos da regulação revelam escassez e dificuldades de alocação. É necessário avançar de indicadores tradicionais de leitos instalados e taxa de ocupação para medidas de capacidade operacional, disponível e efetivamente regulável, permitindo identificar quanto da capacidade do sistema está realmente submetida à autoridade regulatória e em que momento se torna acessível ao usuário (FEIJÓ et al., 2022; PEDROSA, 2023; CAVALCANTI et al., 2024; FREIRE et al., 2026).

A terceira lacuna é sociotécnica. As pesquisas recentes demonstram rápida evolução das plataformas, inteligência artificial, interoperabilidade e arquiteturas digitais, mas permanece necessário avaliar se maior visibilidade e rastreabilidade alteram efetivamente relações organizacionais, reduzem decisões paralelas, aumentam adesão dos prestadores e diminuem o intervalo entre prioridade e admissão. O próximo passo não é apenas desenvolver tecnologias mais sofisticadas, mas demonstrar seus efeitos sobre governança e acesso (FREIRE et al., 2025; BARRETO et al., 2024; FREIRE et al., 2026; CARDOSO et al., 2026).

Finalmente, são necessários estudos comparativos entre estados, regiões e sistemas públicos utilizando métricas comuns. Tempo entre solicitação e avaliação, avaliação e alocação, alocação e admissão; proporção e motivo das negativas; divergência entre capacidade informada e efetivamente disponível; adesão dos prestadores; acessos realizados fora do fluxo regulatório; e desfecho dos pacientes constituem medidas capazes de aproximar estrutura, autoridade e desempenho. A agenda de pesquisa deve avançar, portanto, da descrição das Centrais para a mensuração da governança efetivamente exercida e do acesso efetivamente produzido (EVANGELISTA; BARRETO; GUERRA, 2008; MARTIN et al., 2019; MOURA et al., 2022; CAVALCANTI et al., 2025; FREIRE et al., 2026).

Síntese interpretativa



Em conjunto, as evidências sustentam que a governança da regulação do acesso hospitalar não pode ser inferida exclusivamente pela existência de uma Central, de protocolos ou de sistemas informatizados. O acesso resulta da interação entre demanda qualificada, prioridade, autoridade, capacidade regulável, decisão de alocação, comportamento do prestador e admissão. A principal tensão identificada é a distância possível entre autoridade formal e autoridade efetiva, particularmente quando os recursos necessários à execução da decisão permanecem sob controle de atores distintos daqueles responsáveis pela priorização (EVANGELISTA; BARRETO; GUERRA, 2008; BRETON et al., 2020; VILARINS; PINHO, 2021; TOFANI et al., 2023; CAVALCANTI et al., 2024).

A contribuição analítica desta revisão consiste, portanto, em deslocar o debate de “quem possui o leito?” para “quem possui informação, legitimidade e autoridade efetiva para decidir sua alocação e assegurar que a decisão seja executada?”. Sistemas digitais interoperáveis podem tornar demanda, capacidade e decisões mais visíveis e auditáveis, mas somente um ecossistema regulatório que articule autoridade, responsabilidade, informação, capacidade e *accountability* pode transformar prioridade em acesso efetivamente produzido (PEDROSA, 2023; FREIRE et al., 2025; FREIRE et al., 2026; CARDOSO et al., 2026).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A revisão evidenciou que a existência de centrais, protocolos e tecnologias não assegura, isoladamente, governança efetiva do acesso hospitalar. Centralizar a demanda não significa centralizar a autoridade, assim como o leito instalado ou disponível não corresponde necessariamente à capacidade efetivamente regulável.

Os achados indicam que o acesso resulta da articulação entre informação, priorização, autoridade decisória, capacidade regulável, alocação, resposta do prestador e admissão. O *framework* proposto sintetiza essas dimensões e desloca a análise da estrutura formal para a capacidade efetiva de transformar decisões regulatórias em acesso oportuno, equitativo e rastreável.



Persistem lacunas quanto à mensuração da autoridade regulatória, da capacidade efetivamente submetida à regulação e dos efeitos da interoperabilidade sobre o acesso, indicando prioridades para futuras pesquisas e para o aprimoramento da governança nos sistemas públicos de saúde.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Candida do Socorro Conte de; NUNES, Sílvia Ferreira; SAVINO NETO, Silvestre. A regulação assistencial de usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) classificados como não urgentes em hospital de pronto-socorro do município de Belém do Pará: revisão integrativa. *Research, Society and Development*, [S. l.], v. 10, n. 6, e54710616157, 2021. DOI: 10.33448/rsd-v10i6.16157.

ALVES, Taiana Moita Koury et al. Desafios da regulação do acesso à assistência hospitalar no Sistema Único de Saúde em uma metrópole norte brasileira. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, v. 13, n. 3, e6491, 2021. DOI: 10.25248/reas.e6491.2021.

BARBOSA, Dayse Vieira Santos. *Regulação médica do fluxo das urgências: análise do Complexo Regulador de Goiânia*. 2012. Dissertação (Mestrado em Sociedade, Tecnologia e Meio Ambiente) – Centro Universitário de Anápolis, UniEVANGÉLICA, Anápolis, 2012.



BARBOSA, Dayse Vieira dos Santos; BARBOSA, Nelson Bezerra; NAJBERG, Estela. Regulação médica do fluxo das urgências: análise do Complexo Regulador de Goiânia. *Revista Interface*, Natal, v. 11, n. 1, 2014.

BARBOSA, Dayse Vieira Santos; BARBOSA, Nelson Bezerra; NAJBERG, Estela. Regulação em saúde: desafios à governança do SUS. *Cadernos Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 49–54, 2016. DOI: 10.1590/1414-462X201600010106.

BARRETO, Tiago de Oliveira. Inteligência artificial aplicada ao ecossistema de regulação do Estado Rio Grande do Norte (RegulaRN): análises baseadas em machine learning em leitos Covid-19 e leitos gerais. 2024.

BASTOS, Luzia Beatriz Rodrigues. *Regulação da saúde no estado do Pará: um estudo na região metropolitana de Belém*. 2019. 137 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2019.

BASTOS, Luzia Beatriz Rodrigues; BARBOSA, Maria Alves; BASTOS, Diniz Antonio de Sena. Regulação da saúde no Brasil: conceitos, governança e acesso. *Enfermagem Brasil*, v. 19, n. 4, p. 336–344, 2020. DOI: 10.33233/eb.v19i4.3635.

BASTOS, Luzia Beatriz Rodrigues; BARBOSA, Maria Alves; ROSSO, Claci Fátima Weirich; OLIVEIRA, Lizete Malagoni de Almeida Cavalcante; FERREIRA, Ilma Pastana; BASTOS, Diniz Antonio de Sena; PAIVA, Ana Cláudia Jaime de; SANTOS, Alex de Assis dos. Práticas e desafios da regulação do Sistema Único de Saúde. *Revista de Saúde Pública*, v. 54, 25, 2020. DOI: 10.11606/s1518-8787.2020054001512.

BATISTA, Sandro Rodrigues; VILARINS, Geisa Cristina Modesto; LIMA, Mirlene Guedes de; SILVEIRA, Talita Braga. O Complexo Regulador em Saúde do Distrito Federal, Brasil, e o desafio da integração entre os níveis assistenciais. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, p. 2043–2052, 2019. DOI: 10.1590/1413-81232018246.08132019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 9.262, de 30 de dezembro de 2025. Institui a Política Nacional de Regulação em Saúde do Sistema Único de Saúde – SUS e revoga o Anexo XXVI da Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025.



BRETON, Mylaine et al. How the design and implementation of centralized waiting lists influence their use and effect on access to healthcare: a realist review. *Health Policy*, v. 124, n. 8, p. 787–795, 2020. DOI: 10.1016/j.healthpol.2020.05.023.

BRUZI, Maria Cecilia et al. The impact of performance variability on access to healthcare: an analysis of Regional Referral Centers' resilience. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 6, e04542025, 2025. DOI: 10.1590/1413-81232025306.04542025.

CARDOSO, Pablo Holanda et al. Technological architecture for a multi-region solution within the regulation of Brazil's Unified Health System. *Frontiers in Digital Health*, v. 8, p. 1763929, 2026. DOI: 10.3389/fdgth.2026.1763929.

CHIAVEGATO, Victor Oliveira. *Arranjos tecnológicos de cuidado na rede de atenção hospitalar e de urgência e emergência para o enfrentamento da COVID-19 no ABC Paulista*. 2026. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2026. DOI: 10.11606/T.6.2026.tde-25022026-164316.

EVANGELISTA, Patrícia Alves; BARRETO, Sandhi Maria; GUERRA, Henrique Leonardo. Central de regulação de leitos do SUS em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil: avaliação de seu papel pelo estudo das internações por doenças isquêmicas do coração. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, p. 767–776, 2008. DOI: 10.1590/S0102-311X2008000400006.

FEIJÓ, Vivian Biazon El Reda; BARRETO, Maynara Fernanda Carvalho; TANITA, Marcos; BALSANELLI, Alexandre Pazetto; CUNHA, Isabel Cristina Kowal Olm; HADDAD, Maria do Carmo Fernandez Lourenço. Núcleo Interno de Regulação hospitalar: repercussões da implantação nos indicadores dos serviços de saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 30, e3517, 2022. DOI: 10.1590/1518-8345.5700.3517.

FERREIRA, Roseana de Jesus. *O processo de trabalho da regulação para garantir o acesso à assistência no setor público de saúde*. 2020. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Gestão em Saúde) – Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, 2020.



FREIRE, Mariana Prado et al. Arranjos tecnológicos de regulação de acesso a leitos hospitalares no enfrentamento da pandemia de COVID-19: revisão de escopo. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 41, n. 5, e00044824, 2025. DOI: 10.1590/0102-311XEN044824.

FREIRE, Mariana Prado; CHIORO, Arthur; TOFANI, Luís Fernando Nogueira; BIGAL, André Luiz; LOUVISON, Marília Cristina Prado. Arranjos tecnológicos de regulação do acesso à saúde: experiência do estado de São Paulo. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 60, e5, 2026. DOI: 10.11606/S1518-8787.2026060006604.

GEORGE, Joby et al. Impact of health system governance on healthcare quality in low-income and middle-income countries: a scoping review. *BMJ Open*, v. 13, n. 12, e073669, 2023. DOI: 10.1136/bmjopen-2023-073669.

GIANNOTTI, Elaine Maria et al. Regulação do acesso aos serviços especializados no SUS: uma revisão de escopo. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 31, n. 1, e07562024, 2026. DOI: 10.1590/1413-81232026311.07562024.

GOMES, Fernanda de Freitas Castro; CHERCHIGLIA, Mariângela Leal; MACHADO, Carlos Dalton; SANTOS, Viviane Cristina dos; ACURCIO, Francisco de Assis; ANDRADE, Eli Iola Gurgel. Acesso aos procedimentos de média e alta complexidade no Sistema Único de Saúde: uma questão de judicialização. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, p. 31–43, 2014. DOI: 10.1590/0102-311X00176812.

IBANHES, Lauro Cesar et al. Governança e regulação na saúde: desafios para a gestão na Região Metropolitana de São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 575–584, 2007. DOI: 10.1590/S0102-311X2007000300016.

ISAACS, Anton; BONSEY, Alistair; COUCH, Danielle. Centralized intake models and recommendations for their use in non-acute mental health services: a scoping review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, v. 20, n. 9, 5747, 2023. DOI: 10.3390/ijerph20095747.



JALILVAND, Mohammad Ali; RAEISI, Ahmad Reza; SHAARBAFCHIZADEH, Nasrin. Hospital governance accountability structure: a scoping review. *BMC Health Services Research*, v. 24, 47, 2024. DOI: 10.1186/s12913-023-10135-0.

MANNING, Larissa; ISLAM, Md Shahidul. A systematic review to identify the challenges to achieving effective patient flow in public hospitals. *The International Journal of Health Planning and Management*, v. 38, n. 3, p. 805–828, 2023. DOI: 10.1002/hpm.3626.

MILAKOVIC, Milica et al. Effects of a single-entry intake system on access to outpatient visits to specialist physicians and allied health professionals: a systematic review. *CMAJ Open*, v. 9, n. 2, p. E413–E423, 2021. DOI: 10.9778/cmajo.20200067.

OLIVEIRA, Renan Guimarães de; VENTURA DA SILVA, Miriam. Judicialização, o médico regulador do SUS e os desafios bioéticos na tomada de decisão nas internações hospitalares. *Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário*, v. 6, p. 565–567, 2017.

OLIVEIRA, Yasmin das Neves et al. Análise situacional do fluxo de regulação de um hospital público na Região Metropolitana de Belém. *Revista Tópicos*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 34, p. 1–18, 2026. DOI: 10.70773/revistatopicos/780251707.

PEDROSA, Ana Campos. *Marco legal de transparência na política estadual de regulação do Sistema Único de Saúde – SUS, como ferramenta de otimização no Complexo Regulador do Escritório Regional de Peixoto de Azevedo*. 2023. 29 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) – Escola de Saúde Pública de Mato Grosso, Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso, 2023.

PETERS, Micah D. J. et al. Updated methodological guidance for the conduct of scoping reviews. *JBIM Evidence Implementation*, v. 19, n. 1, p. 3–10, 2021. DOI: 10.1097/XEB.0000000000000277.

PETERS, Micah D. J. et al. Best practice guidance and reporting items for the development of scoping review protocols. *JBIM Evidence Synthesis*, v. 20, n. 4, p. 953–968, 2022. DOI: 10.11124/JBIES-21-00242.



PETERS, Micah D. J.; GODFREY, Christina; MCINERNEY, Patricia; MUNN, Zachary; TRICCO, Andrea C.; KHALIL, Hanan. Scoping reviews. In: AROMATARIS, Edoardo; LOCKWOOD, Craig; PORRITT, Kylie; PILLA, Balaji; JORDAN, Zoe (ed.). *JBIM Manual for Evidence Synthesis*. Adelaide: JBI, 2024. DOI: 10.46658/JBIMES-24-09.

TOFANI, Luís Fernando Nogueira; REBEQUI, Andressa; GUIMARÃES, Cristian Fabiano; FURTADO, Lumena Almeida Castro; ANDREAZZA, Rosemarie; CHIORO, Arthur. Dimensões e regimes da regulação na Rede de Atenção às Urgências e Emergências: um jogo de disputas entre o interesse público e o privado. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 39, n. 1, e00161222, 2023. DOI: 10.1590/0102-311XPT161222.

TRICCO, Andrea C. et al. PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): checklist and explanation. *Annals of Internal Medicine*, v. 169, n. 7, p. 467–473, 2018. DOI: 10.7326/M18-0850.

VALENTIM, Ricardo Alexsandro de Medeiros et al. Conectividade e digitalização no contexto da saúde global: um olhar para o futuro inspirado na Saúde 4.0. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Avanços, desafios e oportunidades no complexo industrial da saúde em serviços tecnológicos*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018. p. 254–273.

VALENTIM, Ricardo Alexsandro de Medeiros et al. A relevância de um ecossistema tecnológico no enfrentamento à Covid-19 no Sistema Único de Saúde: o caso do Rio Grande do Norte, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 6, p. 2035–2052, 2021. DOI: 10.1590/1413-81232021266.44122020.

VAZ, Tiago Silva. *Regulação do acesso à assistência ambulatorial especializada em sistemas públicos de saúde: uma revisão de escopo*. Orientadora: Leila Bernarda Donato Göttems. 2024. 201 f. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Ciências da Saúde) – Escola Superior de Ciências da Saúde, Universidade do Distrito Federal Professor Jorge Amaury Maia Nunes, Brasília, DF, 2024.

VILARINS, Geisa Cristina Modesto; PINHO, Diana Lúcia Moura. Aplicação do mapeamento conceitual na regulação do acesso aos serviços públicos de saúde, Distrito



Federal, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 11, p. 5829–5840, 2021.

DOI: 10.1590/1413-812320212611.30732020.