

O QUE SE SABE E O QUE AINDA DEVEMOS SABER SOBRE A REGULAÇÃO EM SAÚDE

*WITH FUNCTIONAL CAPACITY WHAT IS KNOWN AND WHAT
SHOULD WE STILL KNOW ABOUT HEALTH REGULATION*

Lariane da Silveira Maciazeki¹; Suzinara Beatriz Soares de Lima¹

¹Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Rio Grande do Sul, Brasil.

Resumo

Introdução: No Brasil, a Constituição Federal de 1988 estabeleceu o direito de acesso universal e integral aos cuidados de saúde, em consequência, as atribuições do Estado se ampliaram significativamente. Com vistas a instrumentalizar, utilizou-se de ferramentas de gestão, e uma delas foi a Política Nacional de Regulação, dividida em Regulação dos Sistemas de Saúde, da Atenção e do Acesso. **Objetivo:** Identificar a tendência das pesquisas brasileiras em teses e dissertações, sobre regulação em saúde. **Métodos:** Este estudo consiste em uma revisão de literatura integrativa, com base no acervo do Banco de Teses e Dissertações da CAPES em 08 de janeiro de 2025. A busca se deu pelas palavras chave “regulação em saúde” OR “regulação da saúde” e descritor DeCS/MeSH “regulação e fiscalização da saúde”. A análise dos estudos foi realizada qualitativamente, de acordo com a semelhança entre os temas. **Resultados:** Foram encontrados 260 estudos, com os critérios de seleção foram escolhidos 64 para compor a pesquisa. **Conclusão:** Os estudos evidenciaram que a regulação em saúde enfrenta dificuldades, baixa integração entre os níveis de atenção, escassez de oferta, e consequente elevado tempo de espera aos serviços de maior densidade tecnológica, o que se reflete em obstáculos à saúde de forma integral, e equânime. As lacunas encontradas no conhecimento produzido envolvem o desenvolvimento de estudos que abordem a Regulação da Atenção à Saúde, o financiamento do SUS, a regionalização e a descentralização. Além disso, sugere-se pesquisas com delineamento quantitativo, procurando analisar/correlacionar a capacidade dos serviços contratados, e a demanda referenciada, demonstrando estatisticamente a capacidade das referências pactuadas.

Palavras-chave: Regulação e Fiscalização em Saúde; Equidade, Integralidade em Saúde, Regionalização da Saúde.

Abstract

Introduction: In Brazil, the 1988 Federal Constitution established the right to universal and comprehensive access to health care, significantly expanding the State's responsibilities. To provide this support, management tools were used, including the National Regulatory Policy, divided into Regulation of Health Systems, Care, and Access. **Objective:** To identify trends in Brazilian research on health regulation, including theses and dissertations. **Methods:** This study consists of an integrative literature review based on the CAPES Theses and Dissertations Database as of January 8, 2025. The search was conducted using the keywords "health regulation" OR "health regulation" and the DeCS/MeSH descriptor "health regulation and oversight." The studies were analyzed qualitatively, based on the similarity between the themes. **Results:** 260 studies were found, and 64 were selected for the research based on the selection criteria. **Conclusion:** The studies showed that health regulation faces challenges, including poor integration between levels of care, supply shortages, and consequent long wait times for services with higher technological density, which hinders comprehensive and equitable health care. The gaps identified in the knowledge produced require the development of studies addressing health care regulation, SUS financing, regionalization, and decentralization. Furthermore, research with a quantitative design is suggested, seeking to analyze/correlate the capacity of contracted services and referenced demand, statistically demonstrating the capacity of agreed-upon references.

Keywords: Health Regulation and Supervision; Equity, Comprehensiveness in Health, Regionalization of Health.

Recebido em: 14-06-2025

Publicado em: 29-06-2026

Autor correspondente

Lariane da Silveira Maciazeki

Endereço: Rua Antônio Cardeal de Souza nº 196, Parque Elite, CEP: 95500-000, Santo Antônio da Patrulha, RS, Brasil.

Email: larimaciazeki@gmail.com

1. Introdução

No Brasil, a Constituição Federal de 1988 estabeleceu o direito de acesso universal e integral aos cuidados de saúde, e, em consequência, as atribuições do Estado se ampliaram significativamente. Com o propósito de garantir essas

determinações, instituiu-se o Sistema Único de Saúde (SUS)¹.

Para viabilizá-lo, utilizou-se de ferramentas de gestão como as normas operacionais para a gestão descentralizada, e da assistência à saúde (NOAS), o Plano Diretor de

Regionalização (PDR), e o Pacto pela Vida, que incluía o Pacto pela Saúde, pela Defesa do SUS e o Pacto de Gestão, a distribuição das ações em regiões, a estruturação, regulação, controle e avaliação no SUS².

Para articular o cuidado, foi publicada a Política Nacional de Regulação em Saúde (PNR), que estabeleceu distinções para os diversos níveis da regulação em saúde, organizadas em três dimensões: a Regulação de Sistemas de Saúde, organizada em sistemas municipal, estadual e nacional, definindo macrodiretrizes para a regulação da atenção, executando ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância desses sistemas; Regulação da Atenção à Saúde: exercida pelas secretarias estaduais e municipais de saúde, com a produção das ações diretas e finais de atenção à saúde, dirigida aos prestadores públicos e privados, estabelecendo estratégias para a regulação do acesso e controle da atenção à saúde; Regulação do Acesso: com papel de organização, controle, gerenciamento, priorização do acesso e dos fluxos assistenciais, assistência baseada em protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização².

Ainda, a regulação do acesso está subdividida em Central de Regulação das Urgências, Ambulatorial, de Internações Hospitalares, onde necessita-se de protocolos, fluxos operacionais e pactuações intergestores, no âmbito estadual, regional e municipal, uma rede de informações². Assim, conhecer a regulação em saúde é compreender como se dispõe a saúde integral no Brasil. E com o intuito de verificar o que se conhece sobre a regulação em saúde, e o que ainda falta

conhecer, questiona-se: Qual a tendência das produções de teses e dissertações nacionais acerca da regulação em saúde? Dessa forma, o objetivo é identificar a tendência da produção científica de teses e dissertações brasileiras sobre o tema.

2. Metodologia

Este estudo consiste em uma revisão de literatura integrativa, descritiva, de natureza qualitativa, realizada em 08 de janeiro de 2025, com base no acervo do Banco de Teses e Dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), buscando-se pelas palavras chave e descritor DeCS/MeSH “regulação em saúde” OR “regulação da saúde” OR “regulação e fiscalização da saúde”. Tendo como critério de inclusão, todas as teses e dissertações sobre regulação em saúde, no contexto do SUS, sem recorte temporal. E como critérios de exclusão publicações que tratassem de regulação em saúde suplementar, incorporação de tecnologias e/ou medicamentos, estudos não disponíveis ou incompletos, ou que não respondessem à pergunta de revisão. Destaca-se que a análise dos documentos deu-se com a leitura das teses e dissertações, não apenas os seus resumos.

As buscas resultaram em 260 estudos. Destes, 95 estavam duplicados, 89 eram relacionados com incorporação de tecnologias, saúde suplementar, medicamentos, 11 incompletos ou indisponíveis, e outros temas 01. Compôs-se o escopo final de 64 estudos, conforme disposto na Figura 1. Em seguida, foi definido o nível de evidência científica, com baseada classificação

"Oxford Centre for Evidence-based Medicine"³.

Para a extração dos dados, utilizou-se ferramenta Excel, construindo-se um quadro sinóptico contendo título, ano, modalidade (tese ou dissertação), autor, instituição de ensino, temática, cenário da pesquisa, população, metodologia utilizada, instrumento de coleta de dados

e resultados de cada estudo.

Na análise, as variáveis quantificáveis foram categorizadas e os resultados apresentados em números absolutos e percentuais. Os resultados foram analisados e agrupados em temas, considerando-se as semelhanças entre si, conformando uma mesma categoria temática.

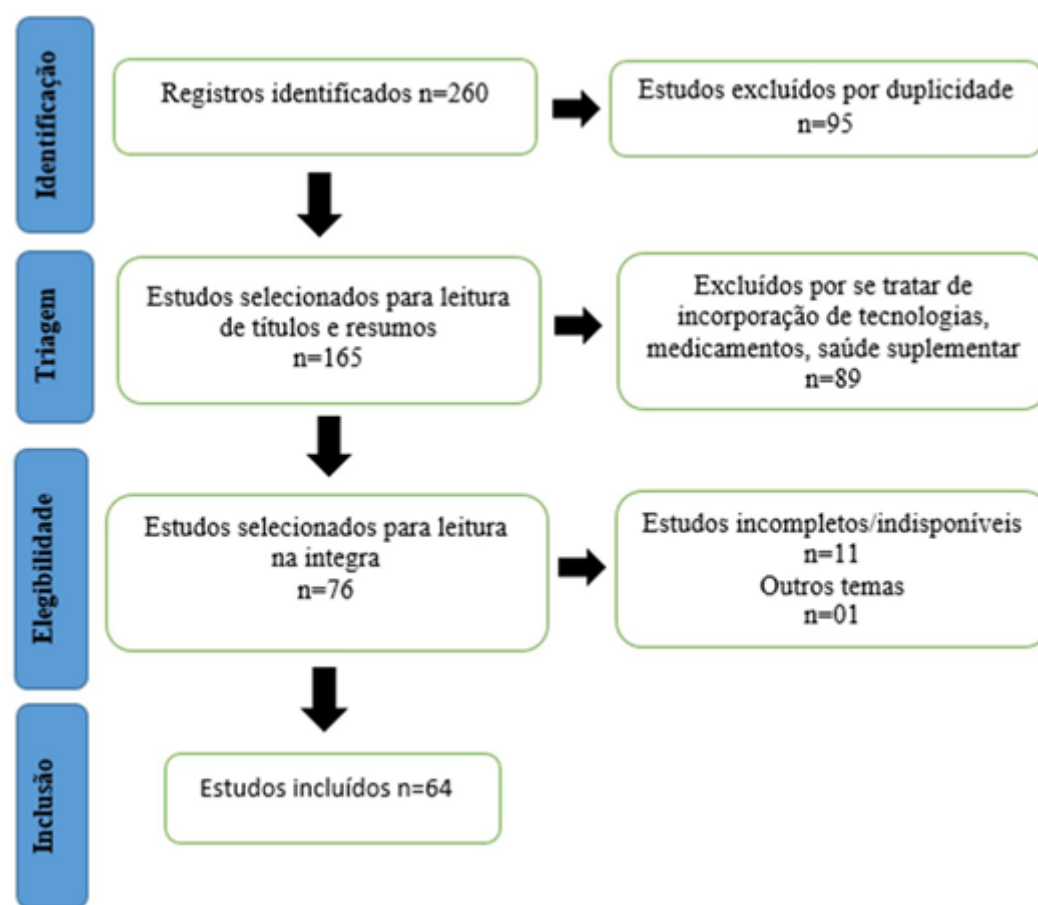


FIGURA 01. Fluxograma da seleção dos estudos. Fonte: Autores. 2025

3. Resultados

Dentre os 64 estudos selecionados, 53 (82,8%) eram dissertações e 11 (17,2%) eram teses realizadas em 34 universidades, destacando-se a região Sudeste com 40 (62,5%), a Sul, com 10 (15,6%), a Nordeste com 8 (12,5%), a Centro-Oeste com 5 (7,8%) e a Norte com 1 (1,6%) produções.

Com relação ao grau de recomendação e nível de evidências, os estudos observacionais utilizados apresentaram grau de recomendação C, e nível de evidência 4, enquanto o grau de recomendação dos estudos de casos, relatos/série de casos foi D, e nível de evidência 5, conforme classificação "Oxford Centre for Evidence-based Medicine"³. O método adotado nas

investigações, 28 (43,8%) estudos eram qualitativos, 16 (25%) quantitativo, seguidos pela abordagem qualitativo/quantitativo com 12 (18,8%), mista e metodológicos com 4 estudos cada um (6,2%).

Quanto à distribuição temporal, os estudos foram realizados entre os anos de 2003 a 2023, com concentração nos anos de 2021 com 11 (17, 2%), 2018 e 2022 com 08 (12,5%), 2020 e 2023 com 06 (9,4%) estudos. Em relação aos participantes, houve a prevalência de pesquisas com gestores, reguladores e demais participantes dos processos regulatórios assistenciais em 26 (40%), documentos em 23 (35,4%), usuários e trabalhadores de saúde de outros setores não regulatórios em 09 (13,8%), gestores, técnicos de saúde e prestadores em 06 (9,2%), e sistemas de informação em 1 (1,6%).

As produções tiveram como cenário de coleta de dados os complexos reguladores, centrais de regulação estaduais, regionais ou municipais e núcleo interno de regulação (NIR) em 27 (42,2%), prontuários ou cadastros de usuários em 15 (24,5%), hospitais ou setores específicos em 05 (7,8%), atenção primária em 04 (6,3%), administração estadual/municipal em 03 (4,7%), comissão intergestores tripartite (CIT)/comissão intergestores regional(CIR) e região de saúde em 03 (4,7%), redes de atenção em 02 (3,2%), associações e base de dados em 01 (1,6%) estudo, cada um.

Os instrumentos de coleta de dados, predominaram levantamento de dados em planilha eletrônica Microsoft Excel com 15 (23,4%), seguido por entrevistas, entrevistas e diário de campo ou

observação com 13 (20,3%), entrevistas e planilha de Microsoft de Excel com 11 (17,2%), estudos de caso em 9 (14,1%), análise de documentos em 5 (7,8%), análise de documentos e planilha de Microsoft de Excel, rodas de conversa e observação, grupo focal em 02 (3,1%) estudos cada, grupo focal e planilha de Microsoft de Excel, questionários e entrevistas, Power BI, Survey, questionário Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde (PNASS) com 01 (1,6%) estudo cada.

As temáticas abordadas estavam relacionados com fluxos organizacionais e processos com 32 pesquisas (50%), avaliação da implantação, implementação ou funcionamento de complexos/centrais de regulação ou NIR com 10 (15,6%), absenteísmo ou subutilização de vagas/cotas, com 7 (10,9%), equidade/integralidade com 5 (7,8%), judicialização da saúde com 4 (6,3%), processos decisórios e políticas governamentais com 3 (4,7%), educação permanente com 2 (3,2%) e conceito de regulação com 1 estudo (1,6%). Os temas com maior frequência serão apresentados a seguir.

4. Discussão

Regulação em saúde e os fluxos organizacionais e processos

A temática de maior frequência abordou os fluxos organizacionais e processos, na percepção dos gestores, reguladores, profissionais de saúde e usuários com o intuito de compreender os processos regulatórios, ou as redes de atenção à saúde. As pesquisas trouxeram que a regulação em saúde enfrenta dificuldades como fragmentação do

cuidado, e elevado tempo de espera para se conseguir acesso à atenção ambulatorial especializada, que por vezes, podem ser vistas como ilhas desconectadas do próprio sistema que deveriam integrar, acarretando tentativas alternativas de acesso pelo usuário como o serviço de urgência e emergência, em hospitais de maior complexidade e/ou o pagamento por serviços especializados⁴.

Historicamente, os hospitais de grande porte exerceram uma centralidade no sistema de saúde brasileira, por possuírem maior densidade tecnológica, e maiores chances de concluir diagnósticos⁵. Apesar de estudos apontarem que, os trâmites burocráticos dentro desses hospitais, como a realização de exames de imagem e biópsias, liberação de laudos, possam tornar morosas a jornada do paciente e retardar os procedimentos cirúrgicos, e a conclusão do tratamento⁶.

Corroborando, relatos na literatura associam a demora em ofertar todas as etapas do cuidado em tempo oportuno à sobrecarga dos hospitais de grande porte, uma vez que há concentração da demanda, e da oferta de serviços assistenciais de alta complexidade nesses espaços, indicando maior chance de atraso na investigação diagnóstica de pacientes que a realizam em CACON, quando comparadas a outros tipos de unidades assistenciais⁷.

Outro estudo realizado na grande São Paulo com regulação de leitos hospitalares mostra que a quantidade de vagas também é um problema, existe um desbalanço entre o número cadastrado e a oferta de leitos, o que acarreta pacientes com infecção

associadas ao aumento do tempo de transferência, causando o adiamento do tratamento final, do tempo de internação, e possíveis desfechos desfavoráveis⁸.

Ainda, na visão dos gestores e reguladores, o maior obstáculo ao acesso é a quantidade insuficiente de vagas ofertadas, uma vez que a regulação é incapaz, por si mesma, de resolver problemas que dizem respeito à oferta de ações e serviços especializados^{9,10}. Outras pesquisas apontaram que os quantitativos (cotas) estabelecidos para os procedimentos são insuficientes para o atendimento de todos os pacientes, em tempo oportuno, tais limites permeiam toda a cadeia de processos assistenciais, e contribuem para o aumento do tempo de espera para acesso aos serviços de saúde¹¹.

Corroborando, estudos reportaram menor tempo na fila, após a realização de investigação diagnóstica no setor privado ou suplementar de saúde, seja por meio de pagamentos de exames, consultas, procedimentos, ou mediante uso de planos de saúde, em especial, os de menor cobertura assistencial, o que acaba por ocorrer do paciente, neste caso, se torna o agente responsável pelo seu próprio processo regulatório¹².

Ainda existe falta de conhecimento acerca do que realmente representa a regulação de vagas e o que seu fluxo atinge, não somente na população, como também a própria rede, incluindo os trabalhadores de saúde inseridos nela¹³.

Há fragilidade nos processos de avaliação e monitoramento da assistência, carência de documentos oficiais que explicita a capacidade instalada dos serviços, do desempenho dos

prestadores, da organização e a avaliação de filas para realização de exames, consultas, cirurgias, tratamentos, bem como o tempo de espera para acesso a estes recursos¹⁴. Tal situação reporta a baixa capacidade de regulação assistencial por parte dos gestores da região de saúde, pois a regulação não só do acesso, mas também da qualidade assistencial. O contrato de metas assistenciais estabelecido entre o prestador público e o gestor da região sanitária, de caráter obrigatório, poderia ser utilizado como um importante dispositivo de monitoramento da qualidade assistencial¹⁴.

Tal situação pode ser explicada pois alguns gestores não possuem clareza do conceito de regulação, e realizam suas funções de forma empírica assim, a compreensão da regulação diretamente ligada à vivência no serviço e não à sua conceituação teórica¹³. Melhorias do processo de planejamento e gestão da assistência são fundamentais, mas não são suficientes para a superação dos problemas mencionados acima¹².

Implementação, avaliação e funcionamento dos complexos reguladores, centrais de regulação e NIR

Os estudos sobre implantação e avaliação de complexos/centrais de regulação se concentravam nos anos de 2007 a 2015, próximos à publicação da PNR em 2008, e retratam que a implantação desses serviços foi positiva quanto ao enfrentamento do clientelismo, uma vez que a centralização dos agendamentos auxiliou a transparência da fila e o gerenciamento da oferta dos recursos assistenciais disponíveis, o que

proporcionou igualdade no acesso, uso de protocolos e classificação por prioridade¹⁵. Porém, o processo não se mostrou fácil, enfrentaram entraves com prestadores, e com o cooperativismo médico, colocando obstáculos na liberação das agendas para a regulação, com resistência quanto à comprovação da qualidade dos serviços prestados, e com o uso de protocolos de encaminhamentos^{15,16}. Para Mendes¹⁷ (2002), as funções citadas são típicas do Estado que pode exercer papéis regulatórios na análise de situações e tendências e avaliação tecnológica em saúde, normatização de processos de trabalho, auditoria dos sistemas de saúde e desenvolvimento científico, de recursos humanos e tecnológico, dentre outros.

Já outras pesquisas sobre NIR se concentraram no ano de 2021 e tratavam sobre sua implantação/funcionamento, bem como as características necessárias dos seus profissionais para exercer as funções. Instituído com a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), o NIR é definido como uma instância de coordenação institucional que tem como finalidade trabalhar o gerenciamento de leitos no nível hospitalar de forma centralizada, e servir de interface entre a Unidade de Saúde e as Centrais de Regulação correspondentes, de forma integrada e pactuada, objetivando aperfeiçoar a utilização do leito hospitalar¹⁸. Por ser uma instância colegiada, e ligada diretamente à direção do hospital, os estudos demonstraram a importância da participação da alta gestão na definição das políticas institucionais, e na mobilização da comunidade interna, o que resulta na credibilidade das ações e no fortalecimento das práticas implementadas que, em conjunto com

as áreas estratégicas do hospital, como hotelaria/governança, transporte de pacientes, serviço de internação e agendamento, proporcionam melhorias das práticas, e eficiência na capacidade hospitalar instalada e consolidando as mudanças e otimizando os recursos existentes¹⁹.

A comunicação entre os setores se mostra fundamental, os fluxos precisam ser compreendidos e planejados por todos os colaboradores envolvidos para que tenham o impacto esperado¹⁹, atingindo, assim, seus objetivos de impedir fluxos enviesados, qualificando a atenção à saúde por meio da eficiência operacional instalada, promovendo intervenções na gestão clínica, e na maior oferta de leitos, maximizando os recursos existentes^{20,21}.

Corroborando, Chioro et al.⁵ (2021) afirmam que o NIR, ao integrar a gestão do acesso à assistência, dispõe estruturas capazes de reconhecer e monitorar o uso de serviços hospitalares em tempo real, produzindo informações que auxiliam os gestores hospitalares, com indicadores de utilização de ofertas e de desempenho, proporcionando o uso racional dos recursos, gerenciamento das altas, participação na construção e gestão dos fluxos dos usuários pelos serviços da organização.

Ainda, os estudos trouxeram que os profissionais atuantes no NIR devem mesclar conhecimentos em gestão e assistência para avaliar o perfil dos pacientes e alocá-los adequadamente no leito hospitalar^{20,21}.

Absenteísmo e subutilização de vagas

As pesquisas realizadas sobre

absenteísmo e subutilização de vagas exploraram o tema na perspectiva de verificar suas causas, e propor soluções para esse problema, visto como um desafio para a sustentabilidade do SUS. O conceito de absenteísmo ambulatorial, compreende o não comparecimento de usuários às consultas agendadas e aos procedimentos agendados, sem prévia comunicação da ação pelo usuário²², e a subutilização de vagas se expressa por perdas primárias, na falha em usar intervenções médicas eficazes e acessíveis (exames, consultas e procedimentos)²³.

No estudo realizado em um hospital universitário (HU) do Rio de Janeiro mostrou-se que a taxa de cancelamento do exame de Cateterismo Cardíaco, nos de 2021 e 2022, ficou em 19,9%. Os achados corroboram estudos nacionais e internacionais que apresentam taxas de cancelamento de cirurgias eletivas que variam entre 4,5 e 31%^{24,25,26}. Embora não exista um consenso na literatura quanto a taxa de cancelamento geral aceitável, estudos sugerem que seja inferior a 5%²⁶. Outro estudo realizado em HU do Estado de São Paulo demonstrou que do total de cirurgias canceladas, 82,7% foram de pacientes assistidos pelo SUS²⁷.

O absenteísmo resulta em desperdício de tempo, de recursos materiais, financeiros e humanos, além de ser um problema que ocasiona transtornos desfavoráveis para os pacientes e familiares, para as instituições hospitalares devido aos custos atrelados, para o sistema de saúde com o aumento da fila de espera e consequente piora da demanda reprimida^{24,25,26,28}.

As pesquisas apontaram que a principal causa de absenteísmo foi o não

comparecimento do paciente sem aviso prévio, ou comparecimento sem requisitos para o procedimento (84,5%), seguida das causas estruturais dos prestadores de carência de recursos humanos e os materiais/insumos (11,4%), e, por último, os motivos relacionados ao processo de regulação (5,6 %) o paciente já havia realizado o procedimento em outro local, ou o procedimento foi cancelado pela equipe, por “falta de indicação médica”²⁸.

Do absenteísmo atribuído aos pacientes, as principais variáveis em comum foram a baixa escolaridade, idade acima de 60 anos, esquecimento, linguagem inapropriada e utilização de termos técnicos, desistência, números de contato desatualizados, falta de recursos financeiros para deslocamento ao serviço de saúde ²⁸.

Conforme Bonaretto²⁸ (2022), a longa espera para o agendamento de procedimentos devido à demanda reprimida e baixa oferta frente a demanda e a escassez de unidades habilitadas para realizar os procedimentos trazem o que resulta em um tempo de espera maior, que causam o esquecimento do encaminhamento e a desistência do paciente, bem como a dificuldade de contato, devido à troca de contato telefônico. Para Farias et al.²⁹ (2019), existe uma correlação entre o tempo de espera e o absenteísmo, quanto maior o tempo de espera, maior o absenteísmo. Outro obstáculo é a orientação com termos técnicos e linguagem inadequada, pois o paciente com baixa escolaridade não compreende o que foi orientado e não o realiza corretamente, e, como consequência, o procedimento é adiado²⁸.

Os achados supracitados correspondem com outros estudos nos quais a comunicação com o paciente impactam o absenteísmo^{26,27}. No estudo realizado em um HU do estado de São Paulo, no ano de 2010, adotou a estratégia de ligar para o paciente uma semana antes da cirurgia, medida que reduziu a taxa de absenteísmo de 74,04% para 40,53 %³⁰.

Ainda, as pesquisas mostraram que pacientes com dificuldades financeiras, enfrentam barreiras no comparecimento às unidades de saúde distantes de suas residências. Na regionalização, as diretrizes do SUS que fundamenta o processo de regulação, uma macrorregião pode ter uma única referência de alta complexidade, tornando a distância significativa para o acesso, que se tratando de pacientes SUS, o deslocamento torna-se um problema relevante²⁸.

Como sugestão para evitar o absenteísmo, os estudos analisados propuseram a confecção de tecnologias educativas, como cartilhas digitais e impressas, com o objetivo de divulgar conhecimento do preparo dos exames/procedimentos; publicitar informações sobre a regulação aos usuários do SUS; conferir maior transparência ao processo regulatório ambulatorial; facilitar o entendimento sobre a atualização cadastral e sensibilizar o usuário sobre o absenteísmo³¹.

5. Conclusões

O estudo possibilitou evidenciar que a regulação em saúde enfrenta dificuldades como baixa integração entre os níveis de atenção, escassez de oferta,

ruídos na comunicação entre os serviços, os profissionais, e o paciente que aguarda atendimento de sua necessidade. Esses fatores resultam em um elevado tempo de espera para o acesso a serviços de maior densidade tecnológica, refletindo em obstáculos à saúde de forma integral e equânime.

Percebe-se que a temática sobre regulação em saúde foi mudando com o decorrer dos anos. Inicialmente, foram realizados estudos sobre a implantação e efetividade das centrais/complexos reguladores; após, passaram a ser realizados com enfoque nos fluxos, protocolos e processos, bem como no absenteísmo, visando otimizar os processos regulatórios, já anteriormente implantados, processos relacionados com a regulação da assistência.

As lacunas encontradas no conhecimento produzido indicam que as temáticas regulação da atenção à saúde, financiamento do SUS, regionalização e descentralização estão pouco exploradas. Quanto à abordagem metodológica, evidenciou-se ausência de estudos quantitativos, que procurassem analisar/correlacionar a capacidade dos serviços contratados, e a demanda referenciada, demonstrando estatisticamente a capacidade das referências pactuadas. Tendo em vista as carências identificadas, sugere-se o desenvolvimento de novas pesquisas, que as supram no contexto nacional.

6. Declaração de conflito de interesses

Os autores afirmam não haver nenhuma situação de conflito de interesses que pudessem influenciar no

desenvolvimento do trabalho.

7. Referências

1. BRASIL. **[Constituição (1988)]**. Constituição da República Federativa do Brasil [Internet]. Brasília, DF: Senado Federal; 2016 [acesso em 13 mar 2025]. 496 p. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm;
- 2 - MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). **Curso I: Regulação de Sistemas de Saúde do SUS: aula 1: Política Nacional de Regulação do SUS [Internet]**. Brasília: Ministério da Saúde; 2021 [acesso em 13 mar 2025]. 30 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/aula4_regulacao_redes_atencao_saude.pdf;
- 3- OXFORD CENTRE FOR EVIDENCE-BASED MEDICINE. **Oxford Centre for Evidence-Based Medicine: Levels of Evidence (March 2009)** Centre for Evidence Based Medicine, University of Oxford [Internet]. www.cebm.ox.ac.uk. 2009. [acesso em 22 set 2025]. Disponível em: <https://www.cebm.ox.ac.uk/resources/levels-of-evidence/oxford-centre-for-evidence-based-medicine-levels-of-evidence-march-2009>;
- 4 - SOUZA JMF. **O pronto socorro caminho de acesso ao tratamento oncológico: o saber leigo em ação**. [Internet] [dissertação]. São Paulo: Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo; 2021. [acesso em 14 mar 2025]. 107p. Disponível em: <https://repositorio.unifesp.br/items/e927355a-da29-45ac-8352-8ba0f8519ca3>;
- 5 - CHIORO A, FURTADO LAC,

BELTRAMMI DGM, SOUZA MP. **Atenção Hospitalar no SUS**. In: Santos TBS, Pinto ICM (org.). *Gestão hospitalar no SUS* [Internet]. 1ª ed. Salvador: EDUFBA; 2021. [acesso em 14 mar 2025]. p. 27-83. ISBN: 978-65-5630-060-3. Disponível em: <https://edufba.ufba.br/livros-publicados/catalogo/gestao-hospitalar-no-sus>;

6 - VALENTE BR. **Análise da jornada transcorrida entre o encaminhamento e o tratamento cirúrgico definitivo dos pacientes portadores de tumores urológicos (próstata, rim e bexiga)** [Internet] [dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2023 [acesso em 13 mar 2025]. 69p. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/17/17165/tde-16102023-121705/pt-br.php>;

7 - MEDEIROS CG, TEODÓSIO CC, FABRO EAN, AGUIAR SS, LOPES AHM, CONTE BC, ET AL. **Fatores Associados ao Atraso entre o Diagnóstico e o Início do Tratamento de Câncer de Mama: um Estudo de Coorte com 204.130 casos no Brasil**. *Revista Brasileira Cancerologia* [Internet]. 2020 [acesso em 14 mar 2025]; 66(3):e-09979. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/979>;

8 - OLIVEIRA MM. **Análise das cardiopatias congênitas de urgência em São Paulo - A rede CROSS** [Internet] [dissertação]. São Paulo: Fundação Getúlio Vargas; 2022 [acesso em 14 mar 2025]. 76p. Disponível em: <https://repositorio.fgv.br/server/api/core/bitstreams/0482ae1c-a1b5-4ad2-ad46-696587afd217/content>;

9 - CARVALHO OJO. **A experiência da regulação assistencial ambulatorial na APS da cidade do Rio de Janeiro: implicações para o acesso dos usuários à**

atenção especializada [Internet] [dissertação]. Rio de Janeiro: Fundação Osvaldo Cruz; 2021 [acesso em 14 mar 2025]. 83p. Disponível em: https://bdtd.ibict.br/vufind/Record/CRUZ_eed09e7766c48fb8c55ae4378ae6496e;

10 - VIANA EA. **Análise da regulação do acesso para atendimento especializado na X Região de Saúde de Pernambuco** [Internet] [dissertação]. Recife: Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz; 2020 [acesso em 15 mar 2025]. 122p. Disponível em: https://bdtd.ibict.br/vufind/Record/CRUZ_3bc136b22cc4d6b8899386cd3a50e7c9;

11 - BERNARDI H, ALBIERO JFG, SANTA HELENA ET. **Regulação do acesso às consultas especializadas: percepções de gestores e profissionais em municípios de médio porte do Sul do Brasil**. *Revista de Gestão em Sistemas de Saúde* [Internet]. 2021 [acesso em 15 mar 2025]; 10(2):180–99. Disponível em: <https://periodicos.uninove.br/revistargss/article/view/17198>;

12 - LOPES VAS. **Acesso e continuidade assistencial na atenção ao câncer de colo de útero**. *Sociedade Em Debate* [Internet]. 2021 [acesso em 15 mar 2025]; 27(2):231-43. Disponível em: <https://doi.org/10.47208/sd.v27i2.2901> doi: 10.47208/sd.v27i2.2901;

13 - VALVERDE DE MORAES MS. **Regulação de vagas hospitalares: O dispositivo de cuidado na perspectiva do trabalhador em saúde** [Internet] [dissertação]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2021 [acesso em 15 mar 2025]. 106 p. Disponível em: <https://repositorio.unifesp.br/items/da163d44-8abc-4814-9477-30fa879e46a4>;

14 - DORNELAS CA. **Análise da regulação assistencial e o acesso ao tratamento de câncer de mama a partir de um hospital universitário de Niterói**, [Internet] [Dissertação]. Niterói: Universidade Federal Fluminense; 2021 [acesso em 16 mar 2025]. 103p. Disponível em: <https://app.uff.br/riuff/handle/1/28346>;

15 - FERREIRA JBB. **Avaliação do Complexo regulador do Sistema Público Municipal de Serviços de Saúde**. [Internet] [Tese]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo - Escola de Enfermagem Ribeirão Preto; 2007 [acesso em 16 mar 2025]. 227p. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-13112007-161607/publico/janisebragabarrosferreira.pdf>;

16 - MORELLI JB. **Avaliação das ações de regulação em saúde: um estudo do município de Rio Bonito - RJ**. [Internet] [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade Estadual do Rio de Janeiro; 2013 [acesso em 16 mar 2025]. 60p. Disponível em: <https://www.bdt.d.uerj.br:8443/bitstream/1/4214/1/Julia%20Morelli%20-%20Dissertacao.pdf>;

17 - MENDES EV. **Os sistemas de serviços de saúde: o que os gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará; 2002. 176 p. ISBN 9788588124059.

18 - MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). **Manual de implantação e implementação: núcleo interno de regulação para Hospitais Gerais e Especializados** [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2017 [acesso em 16 mar 2025]. 57 p. Disponível em:

https://www.cosemssp.org.br/wp-content/uploads/2021/04/Manual_NIR.pdf ;

19 - FEIJÓ VBER. **Implantação do Núcleo Interno de Regulação e suas repercussões nos indicadores de um hospital universitário público** [Internet] [Tese]. Londrina: Universidade Estadual de Londrina; 2021 [acesso em 16 mar 2025]. 86 p. Disponível em: <https://repositorio.uel.br/srv-c0003-s01/api/core/bitstreams/45d4fdff-c85d-40b1-83ed-edaf2eb1da3a/content>;

20 - MACHADO RM. **Percepção de profissionais sobre o núcleo interno de regulação de um hospital universitário** [Internet] [dissertação]. Santa Maria: Universidade Federal de Santa Maria; 2021 [acesso em 16 mar 2025]. 92p. Disponível em: <https://repositorio.ufsm.br/handle/1/23101>;

21 - BORGES F, BERNARDINO E, STEGANI MM, TONINI NS. **Performance of nurses in the bed management service of a teaching hospital**. Revista Brasileira de Enfermagem [Internet]. 2020 [acesso em 17 mar 2025 Mar 21]; 73(4):e-20190349. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0349> doi: 10.1590/0034-7167-2019-0349;

22 - BITTAR OJNV, MAGALHÃES A, MARTINES C, FELIZOLA NBC, FALCÃO LHB. **Absenteísmo em atendimento ambulatorial de especialidades no estado de São Paulo**. Boletim Epidemiológico Paulista-Bepa [Internet]. 2016 [acesso em 17 mar 2025]; 13(152):19-32. Disponível em: <https://periodicos.saude.sp.gov.br/BEPa182/article/view/38075>;

23 - GLASZIOU P, STRAUS S, BROWNLEE S, TREVENA L, DANS L, GUYATT G, ET AL.

Evidence for underuse of effective medical services around the world. The Lancet. [Internet]. 2017 [acesso em 17 mar 2025]; 390(10090):169-177. Disponível em: [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30946-1](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30946-1) doi: 10.1016/S0140-6736(16)30946-1.

24 - SODRÉ RLS, EL FAHL MAF. **Suspensão de cirurgias no centro cirúrgico do Hospital do Servidor Público Municipal de São Paulo.** Revista de Administração em Saúde. [Internet]. 2021 [acesso em 17 mar 2025]; 21(85): e-307. Disponível em: <https://cqh.org.br/ojs2.4.8/index.php/ras/article/viewFile/307/456>;

25 - PINHEIRO SL, VASCONCELOS RO, OLIVEIRA JLC, MATOS FGOA, TONINI NS, ALVES DCI. **Taxa de cancelamento cirúrgico: indicador de qualidade em hospital universitário público.** Revista Mineira de Enfermagem- REME [Internet]. 2017 [acesso em 17 mar 2025]; 21:1-8. Disponível em: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20170024> doi 10.5935/1415-2762.20170024;

26 - SANTOS GAAC, BOCCHI SCM. **Cancelamento de cirurgias eletivas em hospital público brasileiro: motivos e redução estimada.** Revista Brasileira de Enfermagem [Internet]. 2017 [acesso em 18 mar 2025]; 70(3):561-8. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0084> DOI 10.1590/0034-7167-2016-0084;

27 – PERROCA MG, JERICÓ MC, FACUNDIN SD. **Cancelamento cirúrgico em um hospital escola: implicações sobre o gerenciamento de custos.** Rev. Latino-Americana de Enfermagem [Internet]. 2007 [acesso 2025 Mar. 21]; 15(5):1018-24. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/2485>;

[w/2485](https://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/2485);

28 - BOARETTO DFM. **Processo de Regulação na Assistência de uma unidade de hemodinâmica: Proposição de um plano de melhorias** [Internet] [dissertação]. Niterói: Universidade Federal Fluminense; 2022 [acesso em 18 mar 2025]. p. 116. Disponível em: <https://app.uff.br/riuff/handle/bitstream/handle/1/32291/Denise%20Figueira%20de%20Maga%20lh%20c3%a3es%20Boaretto.pdf?sequence=1&isAllowed=y>;

29 - FARIAS CML, GIOVANELLA L, OLIVEIRA AE, SANTOS NETO ET DOS. **Tempo de espera e absenteísmo na atenção especializada: um desafio para os sistemas universais de saúde.** Saúde debate [Internet]. 2019 [acesso em 19 mar 2025]; 43(spe5):190–204. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S516> doi 10.1590/0103-11042019S516;

30 - COSTA EDM, JACOB KC, SILVA LB, GOMES IV, SERRANO SQ. **Suspensão de cirurgias eletivas: visão crítica do paciente.** Revista Enfermagem UFPE online [Internet]. 2021 [acesso em 19 mar 2025]; 15(2):1-16. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2021.247344> doi 10.5205/1981-8963.2021.247344;

31 - CRUZ LS. **Desenvolvimento e validação de cartilha educativa sobre regulação e absenteísmo direcionada a usuários de rede especializada ambulatorial** [Internet] [dissertação]. Fortaleza: Universidade Estadual do Ceará; 2021. [acesso em 19 mar 2025]. 121p. Disponível em: <https://www.uece.br/mepges/wp-content/uploads/sites/73/2023/03/LARISSA-SOARES-CRUZ-1.pdf>.