

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA- UFSM
CENTRO DE EDUCAÇÃO SUPERIOR NORTE DO RS- CESNORS
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO LATO SENSU EM GESTÃO DE
ORGANIZAÇÃO PÚBLICA EM SAÚDE – EaD**

**IMPORTÂNCIA DAS MEDIDAS DE GESTÃO NO
CONTROLE DA SUPERLOTAÇÃO HOSPITALAR**

ARTIGO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Cláudio Roberto Carvalho de Azambuja

Cachoeira do Sul, RS, Brasil 2014

IMPORTÂNCIA DAS MEDIDAS DE GESTÃO NO CONTROLE DA SUPERLOTAÇÃO HOSPITALAR

Cláudio Roberto Carvalho de Azambuja

Artigo apresentado ao Curso de Pós-Graduação *Lato Sensu* em
Gestão de Organização Pública em Saúde EaD, da
UFSM/CESNORS, como requisito parcial para obtenção do grau de
Especialista em Gestão de Organização Pública em Saúde.

Orientadora: Ms^a. Caroline Curry Martins

**Cachoeira do Sul, RS, Brasil
2014**

**Universidade Federal de Santa Maria
Pólo da Universidade Aberta do Brasil UAB
Programa de Pós-Graduação Lato Sensu em Gestão De
Organização Pública em Saúde**

A Comissão Examinadora, abaixo assinada, aprova o
Artigo de Conclusão de Curso

**IMPORTÂNCIA DAS MEDIDAS DE GESTÃO NO CONTROLE DA
SUPERLOTAÇÃO HOSPITALAR**

elaborado por
Cláudio Roberto Carvalho de Azambuja

como requisito parcial para obtenção do grau de
Especialista em Gestão de Organização Pública em Saúde

COMISSÃO EXAMINADORA:

Prof^a. Ms^a Caroline Curry Martins
(Presidente/Orientadora – UFSM/ CESNORS)

Prof^a. Dr^a Ethel Bastos da Silva
(Membro da Banca - UFSM/CESNORS)

Prof. Dr^a Loiva Beatriz Dellepiane
(Membro da Banca - UFSM/CESNORS)

Cachoeira do Sul, 30 de agosto de 2014.

RESUMO

Artigo Científico

Pós-Graduação Especialização em Gestão de Organização Pública
em Saúde Universidade Federal de Santa Maria

IMPORTÂNCIA DAS MEDIDAS DE GESTÃO NO CONTROLE DA SUPERLOTAÇÃO HOSPITALAR

AUTOR: Cláudio Roberto Carvalho de Azambuja

ORIENTADOR: Ms.^a Caroline Curry Martins

Data e local da defesa: Cachoeira do Sul, 30 de agosto de 2014.

Hospitais públicos no Brasil vivem um caos referente a leitos hospitalares, com enormes filas de espera por um leito, com isso a superlotação acaba sendo vista como um baixo desempenho organizacional. Este artigo tem o intuito de demonstrar a realidade da saúde pública brasileira associada à superlotação dos hospitais públicos e à crise assistencial dos que demandam e que são responsáveis pelos serviços públicos. Além disso, a partir da análise dessa condição, o artigo propõe a criação de ações em gestão para diminuir a superlotação e colaborar com a melhoria de qualidade de vida do cidadão. Para um melhor conhecimento das causas da superlotação hospitalar, utilizou-se metodologia de pesquisas bibliográficas em artigos, livros e revistas científicas. As medidas de gestão apresentada no artigo busca diminuir a superlotação, utilizando estratégias que priorizem o atendimento imediato, com o gerenciamento de leitos no fluxo de pacientes, com equilíbrio nos critérios de atendimento e grau de risco, assim melhorando o desempenho organizacional dos hospitais e tendo uma melhor qualidade nos serviços.

Palavras-chave: Superlotação Hospitalar; Gestão; Estratégias; Medidas de controle

ABSTRACT

Scientific Article
Graduate Specialization in Management of Public Health
Organization
Universidade Federal de Santa Maria

IMPORTANCE OF MANAGEMENT MEASURES IN CONTROL OF HOSPITAL OVERCROWDING

Author: Cláudio Roberto Carvalho de Azambuja

Adviser: Ms.^a Caroline Curry Martins

Defense Place and Date: Cachoeira do Sul, August 30th, 2014.

Public hospitals in Brazil live in chaos regarding hospital beds, with huge queues waiting for a bed, with overcrowding it ends up being seen as a low organizational performance. This article aims to demonstrate the reality of Brazilian public health associated with overcrowding of public hospitals and the health care crisis that demand and are responsible for public services. Furthermore, from the analysis of this condition, the paper proposes the creation of management actions to reduce overcrowding and contribute to the improvement of quality of life of citizens. For a better understanding of the causes of hospital overcrowding, we used the methodology of literature searches in articles, books and scientific journals. Management measures presented in the article seeks to reduce overcrowding, using strategies that prioritize immediate care with the management of beds in patient flow, balancing the criteria of care, thereby improving organizational performance of hospitals and having a better quality of services.

Keywords: Hospital Overcrowding; management; strategies; Control Measures

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	8
2. METODOLOGIA	11
3. REFLEXÃO TEÓRICA	12
3.1 A SUPERLOTAÇÃO HOSPITALAR E A IMPORTÂNCIA DA GESTÃO	12
3.2 FATORES QUE INFLUENCIAM A SUPERLOTAÇÃO HOSPITALAR.....	14
3.3 CAUSAS DA SUPERLOTAÇÃO HOSPITALAR	15
3.4 CONSEQUÊNCIAS DA SUPERLOTAÇÃO HOSPITALAR	17
3.5 INDICADORES DE DESEMPENHO HOSPITALAR	18
3.6 BENCHMARKING.....	19
4. DISCUSSÃO.....	23
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	28
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	30

IMPORTÂNCIA DAS MEDIDAS DE GESTÃO NO CONTROLE DA SUPERLOTAÇÃO HOSPITALAR

*Cláudio Roberto Carvalho de Azambuja¹
Caroline Curry Martins²*

Resumo: Hospitais públicos no Brasil vivem um caos referente a leitos hospitalares, com enormes filas de espera por um leito, com isso a superlotação acaba sendo vista como um baixo desempenho organizacional. Este artigo tem o intuito de demonstrar a realidade da saúde pública brasileira associada à superlotação dos hospitais públicos e à crise assistencial dos que demandam e que são responsáveis pelos serviços públicos. Além disso, a partir da análise dessa condição, o artigo propõe a criação de ações em gestão para diminuir a superlotação e colaborar com a melhoria de qualidade de vida do cidadão. Para um melhor conhecimento das causas da superlotação hospitalar, utilizou-se metodologia de pesquisas bibliográficas em artigos, livros e revistas científicas. As medidas de gestão apresentada no artigo busca diminuir a superlotação, utilizando estratégias que priorizem o atendimento imediato, com o gerenciamento de leitos no fluxo de pacientes, com equilíbrio nos critérios de atendimento e grau de risco, assim melhorando o desempenho organizacional dos hospitais e tendo uma melhor qualidade nos serviços

Palavras-chave: Superlotação Hospitalar; Gestão; Estratégias; Medidas de controle.

Abstract: Public hospitals in Brazil live in chaos regarding hospital beds, with huge queues waiting for a bed, with overcrowding it ends up being seen as a low organizational performance. This article aims to demonstrate the reality of Brazilian public health associated with overcrowding of public hospitals and the health care crisis that demand and are responsible for public services. Furthermore, from the analysis of this condition, the paper proposes the creation of management actions to reduce overcrowding and contribute to the improvement of quality of life of citizens. For a better understanding of the causes of hospital overcrowding, we used the methodology of literature searches in articles, books and scientific journals. Management measures presented in the article seeks to reduce overcrowding, using strategies that prioritize immediate care with the management of beds in patient flow, balancing the criteria of care, thereby improving organizational performance of hospitals and having a better quality of services.

Keywords: Hospital Overcrowding; management; strategies; Control Measures

¹ Aluno do Curso PG-E Gestão de Organização Pública em Saúde/EAD/Cachoeira do Sul/RS

² Professora da Universidade Federal de Santa Maria/CESNORS/Palmeira das Missões/RS

1. INTRODUÇÃO

A saúde é um direito do cidadão e o Estado tem o dever de assegurá-la (art. 196 da Constituição Federal), obedecendo à igualdade de acesso e possibilitando a utilização dos serviços quando houver a necessidade. Entretanto, o acesso à saúde nem sempre ocorre no momento da necessidade, visto que há enormes filas de espera nas emergências e nos prontos socorros dos hospitais devido à superlotação, impedindo a garantia de saúde para a população (BRASIL, 1998).

No ponto de vista de Ingo Sarlet (2002), a Constituição é confusa no que se refere aos direitos humanos que envolvem o direito de saúde, deixando uma incógnita quanto ao verdadeiro direito do cidadão, como atendimento médico, limitando-se no fornecimento adequado ao cidadão. Um exemplo seria o direito a atendimento hospitalar de qualidade, a um leito hospitalar, enfim, todo e qualquer serviço relacionado à saúde.

A procura pelos serviços de emergência vem crescendo acentuadamente desde a década de 50 do século passado, tendendo a continuar aumentando. A imprevisibilidade da demanda aliada à gravidade e à complexidade torna esse cenário um verdadeiro desafio, a um dos setores mais importantes de um hospital, onde a assistência prestada deve possuir uma qualidade de nível elevado e ser qualificada para todas as adversidades possíveis (JUNG, 2003).

Uma das principais causas da superlotação nos prontos-socorros e emergências hospitalares é a falta de capacidade resolutiva por parte dos médicos, que demoram a chegar a um diagnóstico sobre a doença do paciente e o tratamento certo a ser seguido. Para Merhy (1994), a ação resolutiva não se reduz a uma conduta. Ele afirma que resolutividade “é colocar à disposição do paciente toda a tecnologia disponível a fim de se conseguir o diagnóstico e o tratamento adequado a cada caso, a fim de abordar a dimensão individual e coletiva dos problemas de saúde.

Nesse contexto, verifica-se que o descaso com a saúde pública, principalmente pelo baixo investimento do governo federal, associado aos hospitais superlotados e a falta de leitos para acomodar a demanda de pessoas que utilizam o sistema, gera insatisfação da população (BAPTISTA, 2008).

Cada vez mais os hospitais enfrentam dificuldades de acomodar a grande demanda da população que procuram os seus prontos-socorros. Isso se deve a falta de uma triagem no atendimento e profissionais com formação adequada para distinguir casos de atendimentos de pacientes graves ou não. Beveridge (1998) relata alguma forma de triagem tem sido usada desde que o primeiro serviço de emergência que foi aberto, sendo que a triagem ocorre na recepção e, em outros casos, ela é realizada por profissional de saúde capacitado.

Os serviços de emergência necessitam de uma melhor organização, e para tanto, faz-se necessário: equipes de profissionais com vocação e formação adequada, instituição de protocolos para abordagem inicial, incluindo a triagem, aquisição e organização dos materiais necessários, bem como o estabelecimento da interdisciplinaridade no atendimento do paciente grave (O'DWYER, 2009).

Cabe salientar que os atendimentos e as internações também são aspectos preocupantes dentro da saúde pública, visto que a qualidade na prestação do atendimento é muitas vezes baixa, principalmente nas emergências. Há visível sobrecarga dos profissionais de enfermagem, os quais estão sujeitos ao impacto do estresse, decorrente do cuidado constante com pessoas doentes e situações imprevisíveis, principalmente na unidade de pronto socorro. Essa realidade torna o ambiente de trabalho tenso, dificultando a participação em equipe e a busca de solução em saúde (MENZANI, 2009).

A falta de uma política pública que invista na saúde e busque diminuir o tempo de espera de um paciente até o seu atendimento favorece toda essa situação, que é a superlotação. Segundo (Bradley, 2005), o aumento do tempo

de permanência dos pacientes nos serviços de emergência é sem dúvida o principal marcador das superlotações hospitalares.

Quando o serviço de emergência alcança a situação de superlotação, os pacientes esperam mais tempo para atendimento ou para a realização de exames laboratoriais e de diagnóstico. A prestação de serviços ineficiente não satisfaz as necessidades dos pacientes, sendo um impacto negativo na qualidade assistencial. Portanto, a superlotação em serviços de urgência e emergência é um “fenômeno” contemporâneo global, impactando fortemente sobre a gestão clínica e a qualidade assistencial. (BITTENCOURT, 2009).

Hirschfeld (2002) afirma que no Brasil a falta de leitos das instituições hospitalares deve comprometer principalmente o tratamento das doenças crônicas, reflexo da longa permanência e da taxa de atenção à saúde do envelhecimento da população.

Muitos hospitais apresentam sérios problemas funcionais devido ao uso de modelos de gestão ultrapassados e pela falta de um programa adequado de regularização do fluxo de pacientes. Uma política de gestão focada no humanismo vem a ser um eixo norteador e uma importante ferramenta de gestão, onde o hospital seja tratado como uma empresa que busque satisfazer o cliente.

Assim, como a superlotação é um tema preocupante referindo-se à saúde pública e é uma das principais preocupações dos gestores públicos, além de considerar que a falta de leitos para tratamento impedem o progresso em relação à solução da saúde da população, o objetivo deste artigo é fazer uma reflexão sobre a situação das superlotações hospitalares e demonstrar a importância das medidas de gestão como amenizadoras desse caos que afeta a saúde pública brasileira e os benefícios que podem trazer a sociedade. Com o desenvolvimento do trabalho, através das ideias, interações e pesquisas, surgem as estratégias e ações que podem ser criadas com intuito de diminuir a superlotação hospitalar.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo documental, descritivo e exploratório, que contém levantamentos bibliográficos como: artigos, livros e revistas científicas envolvendo o tema da superlotação hospitalar. A busca foi realizada através da internet por meio de sítios de busca e ocorreu durante os meses de março a agosto de 2014. Utilizaram-se como descritores para a busca os seguintes termos: Superlotação hospitalar, Gestão, Estratégias e Medidas de controle.

Foram incluídos no estudo todos os trabalhos que se enquadraram nas causas e/ou nas soluções de gestão referentes à superlotação hospitalar e que foram escritos em português e inglês.

3. REFLEXÃO TEÓRICA

3.1 A superlotação hospitalar e a importância da gestão

Para Bittencourt (2009), superlotação é definida como uma saturação do limite operacional de serviços de emergência hospitalares, com os seguintes indicadores: 100%; pacientes nos corredores por causa da falta de leitos disponíveis; não recebimento de ambulâncias por conta saturação operacional; sala de espera para consulta médica lotada; equipe de profissionais encontra-se no limite da exaustão e mais de uma hora de espera para o atendimento médico.

Os hospitais públicos convivem diariamente com a incapacidade de solucionar os problemas gerados pela falta de leitos, excesso de demanda e demanda inadequada de pacientes que procuram as emergências hospitalares, induzidos pela baixa qualidade assistencial e pelo baixo desempenho de um sistema de saúde (O'DWYER, 2009).

O Ministério da Saúde estabeleceu como compromisso principal do Governo Federal melhorar a qualidade do atendimento aos usuários do sistema. No que se refere ao “Tempo de Espera”, é possível conhecer os programas e esforços do Governo Federal para reduzir o tempo de atendimento como: a ação estratégia S.O.S Emergências, o Melhor em Casa e a ampliação de recursos para construção de novas Unidades Básicas de Saúde (BRASIL, 2013).

O Governo Federal criou também o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) em Julho de 2011, cujo objetivo era incentivar os gestores locais a melhorar o padrão de qualidade da assistência oferecida aos usuários por meio das equipes de Atenção Básica de Saúde (BRASIL, 2002).

A atenção básica de saúde, no que se refere ao fluxo de paciente, requer um modelo assistencial de gestão, com ações e atenção à saúde, que

dê condições aos prontos atendimentos de começarem um atendimento básico inicial ao paciente com acesso a exames primordiais e sem a necessidade de internar os mesmos para tratamento primário. Isso pode contribuir para a diminuição do quadro da superlotação hospitalar, envolvendo aspectos tecnológicos e humanos (MOROSINI, 2011)

Bertussi e Almeida (2003) apostam na necessidade de discussão e análise da gerência dos serviços locais de saúde, pois estas são as unidades produtoras, a porta de entrada no Sistema Local de Saúde, onde os problemas de saúde podem ser identificados, priorizados pela equipe de saúde, sendo que a gerência pode definir mudanças no modo de organizar o processo gerencial.

Conforme descrito por Chioro e Scaff (1999), o acesso da população à rede de atendimento teria que se dar através dos serviços de nível primário de atenção (unidade básica de saúde). Estas unidades deveriam estar qualificadas para atender e resolver cerca de 80% dos problemas de saúde dos usuários que a eles recorrem.

Além disso, é fato que nos dias atuais a superlotação não é mais um caso isolado, sendo um problema que afeta todos os hospitais, tanto os públicos como os privados, caracterizado por ser um problema sistêmico.

Gale (1996) afirma que melhores serviços hospitalares resultam do produto das ações e interações de todas as pessoas envolvidas em cada processo organizacional. Joint Commission Resources (2008), reforça dizendo que três tipos de decisões devem ser tomadas no processo organizacional para melhorar o fluxo de pacientes: medidas de resultados, de processo e de equilíbrio.

O gerenciamento de leitos hospitalares entende-se por utilizá-los em sua capacidade máxima dentro dos critérios definidos pelos hospitais, visando sempre à diminuição da espera pela internação. O gerenciamento de leitos é mais uma das práticas adotadas de gestão para garantir a qualidade dos serviços prestados, fornecendo uma assistência hospitalar segura e humanizada aos usuários.

3.2 Fatores que influenciam a superlotação hospitalar

A superlotação e a sobrecarga hospitalar são influenciadas pela carência de recursos essenciais, como: falta de equipamentos, falta de pessoal qualificado, baixa remuneração dos profissionais, aumento da procura por atendimentos nos hospitais em desvantagem dos postos de saúde, uso de medicamentos de baixa qualidade e, principalmente, a inexistência dos serviços básicos em muitas redes públicas de serviços de saúde.

De acordo com Barakat (2004), a superlotação de serviços de emergência é um problema sério e de grande relevância no sistema de saúde, sendo que a falta de leitos contribui para a superlotação das emergências e com isso dificulta o atendimento e internação. O resultado disso são as esperas prolongadas e muita insatisfação dos pacientes que procuram os serviços de emergência.

A constatação de que a tomada de decisões rápidas e precisas são qualidades inerentes dos profissionais que atuam em unidades de atendimento de emergência é reforçada pelo que ressalta Menzani e Bianchi (2009). Segundo o autor acima citado, a qualidade dos serviços prestados dentro de uma emergência hospitalar é determinada conforme o tempo que se leva para um atendimento médico, isto é, a tomada de decisão é vista como prioridade dentro da assistência médica, onde um atendimento rápido e eficaz por parte dos profissionais pode contribuir para diminuir a fila de espera por um atendimento.

Examinando a literatura referente aos fatores que contribuem para a superlotação, fica evidente que o aumento do tempo de permanência no Serviço de Emergência Hospitalar é o principal responsável pela superlotação. A falta de leitos para a internação é a principal causa e o atraso no diagnóstico e tratamento a principal consequência, levando assim, ao aumento da mortalidade (BITTENCOURT, 2009). Além disso, a escassez de leitos para

internação faz com que os pacientes venham a ocupar um espaço valioso dentro dos prontos-socorros.

Uma das maneiras de atenuar o impacto negativo do pronto atendimento é a realização de uma triagem logo na entrada do paciente às emergências. Disponibilizar um enfermeiro capacitado a detectar se a patologia clínica. George (1995) enfatiza que nesse tipo de atendimento há a necessidade de se classificarmos pacientes, embora haja uma tendência ao erro ao se classificarem pacientes não-urgentes como urgentes. Com isso haverá a redução do estressante “tempo de espera” e novos atendimentos serão realizados.

Para Cecilio (1994), a rede básica de serviços de saúde não tem conseguido se tornar a “porta de entrada” mais importante para o sistema de saúde. A “porta de entrada” principal continua sendo os hospitais, públicos ou privados, através dos seus serviços de urgência/emergência e dos seus ambulatorios. Atesta isto o fato de os atendimentos hospitalares serem expressivamente maiores do que o atendimento total feito nas unidades básicas de saúde, na maioria dos municípios nos quais exista a alternativa de acesso ao hospital. Os prontos socorros sempre lotados são a imagem mais expressiva desta situação.

3.3 Causas da superlotação hospitalar

O Tribunal de Contas da União (TCU) realizou em 2013 uma auditoria inédita sobre a assistência hospitalar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), nessa auditoria foram constatadas desigualdade, má distribuição de médicos no país, falta de equipamentos e medicamentos, insuficiência de leitos, carência de profissionais de saúde e principalmente superlotação nas emergências hospitalares. No que se refere ao tema da Assistência Hospitalar no Sistema Único de Saúde (SUS), o Tribunal realizou amplo diagnóstico em

116 hospitais públicos, que concentram aproximadamente 27.614 leitos (8,6% do total de leitos na rede pública), em todos os estados da Federação. Também ficou constatado que 64% dos hospitais visitados apresentam taxa de ocupação da emergência maior do que a capacidade prevista, e em 19% essa situação ocorre com alguma frequência. Em apenas 6% não ocorre essa superlotação (JUSTOCANTINS, 2013).

É importante ressaltar que a população brasileira nos dias atuais teve sua expectativa de vida aumentada, assim como a prevalência de doenças crônicas que exigem maior tempo de internação e cuidados médicos. Esse desequilíbrio contribui para a falta de leitos que sem o investimento, continuará prejudicada (TIESENHAUSEN, 2011).

Outra constatação importante divulgada por Mauro Luiz de Brito Ribeiro (2011) do Conselho Federal de Medicina é que o Sistema de Saúde no Brasil é extremamente deficiente quanto ao atendimento na assistência primária. A população que depende do SUS não consegue agendar consultas eletivas (aquelas que não são de urgência), nos postos de saúde com médicos clínicos gerais, e a situação é ainda pior quando a população necessita de consultas eletivas com médicos especialistas, como dermatologistas, neurologistas, reumatologistas, cardiologistas, etc, pois estes simplesmente não estão disponíveis para atender a toda a demanda da população (RIBEIRO, 2011).

Com isso, as pessoas que necessitam de consultas, seja com clínicos gerais ou com especialistas, procuram espontaneamente os prontos socorros dos hospitais, por saberem que ali existem clínicos, cirurgiões e especialistas de plantão para atendimentos eletivos. Apenas em casos de emergências e urgências os pacientes devem procurar serviços de atendimento imediato, prontos socorros (SOUZA, SILVA e NORI, 2007).

O atendimento nas emergências hospitalares que deveriam ser para patologias graves e traumas acaba também cobrindo uma demanda inapropriada. Este direcionamento ao setor terciário hospitalar deve-se a vários fatores, entre eles as deficiências na atenção de baixa e média complexidade (O'DWYER, 2009).

A solução para o fim da superlotação hospitalar no Brasil está na capacitação dos profissionais, em uma gestão de leitos e na estruturação das Unidades de Pronto Atendimento (UPA), assim fazendo com que o hospital não seja a única opção de atendimento para as pessoas, transferindo atendimentos básicos para a rede pública de saúde.

3.4 Consequências da superlotação hospitalar

A insatisfação quanto ao tempo de espera por um tratamento tem-se mostrada rotineira nos serviços, como foi relatada por Andrade e Ferreira (2006). Assim, para controlar a insatisfação gerada pela superlotação hospitalar é necessário um trabalho em gestão organizacional, bem como a disponibilização de mais leitos para internação. Além disso, é necessário saber lidar com a escassez de profissionais, trabalhando de uma forma humanizada com propósito de uma reorganização da rede dos serviços de emergência hospitalar.

No Brasil, as unidades de urgência e emergência são cada vez mais procuradas. Ao conviver com essa realidade, sobressai à precariedade desses serviços: corredores aglomerados de pacientes em macas sem colchões, sem privacidade, conforto ou segurança, à espera de atendimento e, ainda, vulneráveis a infecções cruzadas. Nesse ambiente, encontram-se, também, os familiares, geralmente desinformados quanto aos procedimentos adotados em relação ao paciente e à própria situação deste (ANDRADE E FERREIRA, 2006).

Morte em instituições hospitalares observa-se que um dos setores em que ela frequentemente ocorre é o de emergência, o qual tem como propósito prestar a cuidados especializados e imediatos para evitar a morte ou minimizar complicações decorrentes de algum agravo (RODRIGUES, 2001).

3.5 Indicadores de desempenho hospitalar

O desempenho nos serviços de urgência e emergência é crítico na maioria dos hospitais do país. Os setores de emergências dos hospitais públicos, principalmente os das grandes capitais, trabalham com taxa de ocupação de mais de 100% e causam a visão dantesca de uma emergência superlotada. Para Coleman, Irons e Nicholl (2001) é inadiável a discussão de alternativas para um cenário que apresenta uma taxa de ocupação dos leitos hospitalares muitas vezes superiores a 100%, com o uso de leitos e macas extras nos corredores dos serviços de emergência e a permanência de pacientes acamados por prazos superiores aos de seus cuidados patológicos.

Nota-se que a aglomeração de pessoas que procuram as emergências hospitalares gera um colapso na saúde pública, tornando isto um problema social e psicológico, afetando tanto pacientes quanto os profissionais. A permanência de pacientes nas emergências por muito tempo é o principal marcador da superlotação e neste ambiente inadequado, com o mínimo necessário e tendo à frente uma equipe desmotivada, sem condições de trabalho, cansada e muitas vezes, despreparada psicologicamente, torna-se inacessível a qualidade do serviço de saúde, sendo visto a falta de uma humanização hospitalar (MARTINS, 2003).

Duas décadas anteriores, os hospitais podiam usar seus leitos de internações em um limite próximo de sua capacidade máxima. Com o passar dos anos, a crise financeira que abateu a saúde pública obrigaram os hospitais filantrópicos a conter gastos, pois os serviços prestados com os pacientes sofreram redução no reembolso para as instituições de saúde, tendo que diminuir o número de internações. O sistema de saúde passa atualmente por importante crise financeira que ameaça a sobrevivência de organizações hospitalares, em especial as filantrópicas, que tem hoje um papel primordial no atendimento à saúde da classe mais pobre da população (NETO, 2007).

3.6 Benchmarking

O Benchmarking é uma ferramenta da gestão para amenizar a superlotação hospitalar, sendo utilizada cada vez mais no setor saúde, em especial, nas organizações hospitalares. Assim, Higgins(1997) o define como:

processo contínuo e sistemático para avaliar produtos, serviços e processos das organizações reconhecidas como representantes das melhores práticas para fins de melhorias organizacionais. O foco do benchmarking pode ser interno, externo ou funcional, comparando desempenhos de um processo ou de uma função com o melhor desempenho indiferente de se tratar do setor industrial.

Essa ferramenta busca constantemente a identificação das melhores práticas de gestão em determinados processos e resultados, comparando-os com o desempenho organizacional. Na saúde, o foco principal é sempre voltado à melhoria da qualidade e da efetividade, através de planos estratégicos, trabalhando sempre nas dimensões de acesso, qualidade, produtividade e econômica, sempre utilizando mecanismos de transparência e de responsabilidade de gestão. Para Drucker (2013) o benchmarking hospitalar, no âmbito do planejamento serviu já para orientar e apoiar a elaboração dos planos estratégicos de cada instituição e para a sua avaliação.

A prática de gestão contribuirá muito para que o processo de Benchmarking seja um sucesso dentro da organização, pois através de indicadores será possível aprofundar uma análise comparativa com fiabilidade de dados, avaliando e identificando as melhores práticas de atuação para diminuir o desequilíbrio social, na prevenção de doenças, diagnóstico, tratamento e reabilitação das pessoas, assim diminuindo as internações (BITTAR,1997).

O Benchmarking interno, que faz uma comparação de um hospital com o melhor do grupo, ou seja, identifica os padrões internos de desempenho de uma organização ajudando a ordenar os recursos, com bases em suas competências e deficiência internas. Por exemplo, quando o setor de

faturamento de um hospital visita outro setor, exemplo, o setor de internação, para obter determinadas informações sobre unidades que mais internam pacientes, unidades que apresentam maior número de pacientes dias internados e as que apresentam maior custo de gastos por pacientes internados (MINTZBERG e QUINN, 2001).

Gonçalves (2004) apresenta que as informações de custos buscam evidenciar aspectos que subsidiem tomadas de decisão tendo como objetivo a busca da eficiência, desestigmatizando a busca pela economia e cortes orçamentários, focando na busca de maior transparência na utilização dos recursos consumidos. Pode ser visto que o Benchmarking interno ajuda a diminuir o desperdício de gastos num hospital, a comparar onde os custos estão maiores, e a trabalhar com um orçamento adequado, sem desperdício do dinheiro.

Análise comparativa pode ser feita também através do Benchmarking competitivo, que nada mais é do que uma comparação de processos entre diferentes hospitais detectando as melhores práticas dos concorrentes, ou seja, é a forma mais associada ao benchmarking onde a comparação é realizada por meio de métodos de práticas de hospitais com desempenho superior, estimulando implantação de melhorias. Como por exemplo: a comparação de internação hospitalar em um hospital público e a internação em um hospital privado (SLACK, 2002).

A fim de apoiar e colaborar com a elaboração dos planos estratégicos de um hospital, é fundamental existir comparabilidade entre as instituições, para mostrar as diferenças de qualidade, comparar as mesmas práticas vigentes no hospital focalizado, acesso e o desempenho econômico-financeiro entre diferentes hospitais, sempre com a finalidade de avaliar o potencial que possa existir de melhorias de cada organização em suas principais áreas de atuação, despertando para as ações que os outros hospitais estão desenvolvendo e, que venha servir de lição e exemplo (CHIAVENATO, 2000).

Os hospitais terão sucesso no que se refere à superlotação nas emergências e nas unidades de internações ao reconhecerem o problema de fluxo de pacientes e ao criarem intervenções visando proporcionar mais conforto para seus usuários. Isso é possível com um atendimento mais humanizado, com qualidade e de atenção mais efetiva pelos profissionais de saúde a partir de critérios no atendimento, a melhora do ambiente hospitalar, trazendo benefícios, como: redução do tempo de internação, aumento do bem estar geral dos pacientes e funcionários, e, como consequência, o hospital também reduz seus gastos (MARTINS, 2003).

Para Oliveira, Collet e Vieira (2006), são problemas-chave a falta do exercício da humanização, de condições técnicas, seja de capacitação, seja de materiais. Isso leva a um atendimento desumano pela sua má qualidade e sua baixa resolubilidade.

O trabalho nos serviços de emergência hospitalar exige um conhecimento amplo sobre situações de saúde e certo domínio dos profissionais sobre o processo de trabalho, ou seja, do conjunto das necessidades envolvidas no cotidiano assistencial. Este domínio engloba exigências tais como pensar rápido, ter agilidade, competência e capacidade de resolutividade dos problemas emergentes. Trata-se de um ambiente de trabalho onde o tempo é limitado, as atividades são inúmeras e a situação clínica dos usuários exige, muitas vezes, que o profissional faça tudo com rapidez para afastá-lo do risco de morte iminente (OLIVEIRA, 2004).

Essas intervenções são positivas como um indicador na gestão hospitalar, em que o tempo de permanência nas emergências poderá apontar uma significativa melhora no fluxo de saída dos pacientes. “Através do visível aumento do desempenho organizacional, ou seja, a efetividade organizacional, que é a relação entre o serviço ofertado pela organização de saúde e os resultados obtidos” (SICOTTE, 1998).

Assim, Coutinho (2010) ressalta que a adoção de ferramentas com potencialidades para intervir sobre o processo de trabalho nos serviços de urgência e emergência pode viabilizar o alcance de um novo ordenamento no

cotidiano do hospital, na perspectiva de legitimação e atendimento das necessidades dos usuários e de suas demandas, negociadas e conciliadas, na medida do possível, com as dos profissionais.

4. DISCUSSÃO

Através da análise dos dados apresentados na reflexão teórica, verificou-se que a superlotação hospitalar é um fenômeno mundial, mas no Brasil a situação é mais preocupante, pois o país vive constantemente em déficit financeiro, com hospitais funcionando com capacidade acima de seu limite, com gerenciamento de recursos precários e reduzidos recursos humanos e tecnológicos. Enfim, os hospitais brasileiros não apresentam planejamento efetivo, tendo excesso de demanda e número de leitos insuficientes para a essa grande demanda.

Segundo Bradley (2005) e Favero (1975), a falta de leitos que os hospitais em geral carecem tem como origem principal a superlotação das emergências, o mau uso dos recursos financeiros e a não utilização adequada da estrutura de leitos existente, agravada pelo desperdício da relação conflituosa entre o sistema público e privado.

A qualificação da gestão de qualidade passa pelo redimensionamento dos serviços de emergências e na busca da solução dos problemas da superlotação, através de mapeamento de leitos na tentativa de solução de uma forma organizada, ou seja, atuação na disponibilidade de leitos tanto no setor público como no privado, na disponibilização de um subsistema variável capaz de responder adequadamente à demanda da população (GONÇALVES, 2004).

Os gestores públicos, que são os administradores, responsáveis pelo gerenciamento da saúde pública hospitalar, buscam através de uma atuação ágil e sistêmica solucionar e prevenir a superlotação hospitalar, coordenando e gerenciando a prestação de serviços e processos administrativos. Entretanto, esbarram sempre na falta de estratégias eficientes e eficazes para solucionar esse mal que atinge os hospitais (MEZOMO, 2011).

As organizações em saúde e seus Conselhos trabalham com inúmeros empecilhos, como: recursos limitados, os altos custos para manter a organização em funcionamento, poucos recursos designados à saúde, os

problemas intrínsecos dos mecanismos representativos de participação e as práticas políticas dominantes no país, a economia desfavorável (BOGUS, 1998).

Na tentativa de dirimir a escassez de vagas, as centrais de regularização de leitos contribuem com as organizações hospitalares no processo de gerenciamento de leitos, sendo um importante instrumento na gestão de serviços de saúde na busca de leitos e diminuição da espera por internação hospitalar. Segundo Motta (2008), as organizações hospitalares ainda não possuem uma visão integrada e unificada do processo de internação. Para o autor, a maioria das organizações hospitalares ainda tem uma visão estratificada e verticalizada das funções de cada departamento.

Através da gestão de leitos são criadas estratégias para reduzir o tempo de espera dos pacientes nos setores de emergências. Tem como principal função o gerenciamento, monitoramento e apoio na consultoria assistencial referente a programas responsáveis pela implantação de um processo ativo e eficaz na fiscalização in loco dos hospitais, que venha unificar centrais de regulação de leitos em vagas estadual e municipal definidos pela instituição, sendo uma ordenação do acesso à rede assistencial de urgência visando à diminuição da espera pela internação e evitando transferências, transformando o cenário dos hospitais de referência em urgência e induzindo a reorganização, com o aumento da resolutividade e da qualidade dos serviços (SANTOS 2002).

Assim, o processo de gestão tende a monitorar o paciente através da realocação por especialidade e por gravidade com parceria de centrais de regulação de vagas, trabalhando na programação e gestão de transferências, com consultoria permanente aos hospitais (NASCIMENTO, 2009).

Com um modelo de Gestão de Risco, tendo um processo que define os eventos ou resultados que possam ter impactos no alcance do sucesso da organização, trabalhando melhorias no modelo tradicional de atendimento às urgências e emergências, usando sempre parâmetros legais e concretos para melhor atender a demanda dos pacientes que procuram as emergências dos hospitais. Isso permite zelar por uma organização racional no que se refere a

sistema de atendimento ao paciente, contribuindo para a melhoria do fluxo e caracteriza-se por um multidisciplinar assistencial de qualidade (CAMAZANO, 2007).

O controle de gestão de leitos em hospitais é um fator importante e fundamental no que se refere ao desempenho organizacional dos serviços de saúde e a classificação de risco, sendo uma ferramenta mensurável e eficiente de uma gestão, ou seja, um modelo de atenção às emergências. A superlotação hospitalar necessita monitoramento constante e programas de gestão no controle de leitos, através de avaliações e revisões de fundamentos, com estratégias de gestão em organizações hospitalares, trabalhando com informações que possibilitam avaliar os indicadores e o desempenho da gestão dos hospitais públicos no que se refere à ocupação hospitalar (BITTENCOURT, 2006).

Indicadores operacionais são importantes ferramentas que possibilitam a obtenção de informações mais detalhadas sobre a causa principal da superlotação hospitalar. No Brasil, existe o Programa Nacional de Avaliação em Serviços de Saúde, desenvolvido pelo Ministério da Saúde, que através dos indicadores mais comuns utilizados como: tempo médio de permanência, taxa de ocupação hospitalar e taxa de mortalidade, se pode ter uma ideia do quadro da saúde pública nos hospitais e como estão sendo ocupados os leitos hospitalares. Através da análise desses indicadores é possível trabalhar em processos que venham a estruturar o fluxo de paciente nas emergências e desafogar as unidades de internações que estão sempre lotados (ANVISA, 2007).

A gestão é uma importante ferramenta para amenizar a superlotação hospitalar, pois trabalha com variáveis dentro do sistema dos serviços de saúde, como: indicadores de leitos, indicadores de patologias causadores de maior número de internações, indicadores de hospitais por atendimento referenciais em certas patologias, indicadores de hospitais credenciados a atender pacientes pelo SUS e indicadores de cidades conveniadas a consórcios de saúde (hospitais que atendem pacientes da

região), esses indicadores são considerados de desempenho, ou seja, de custo, confiabilidade, qualidade e flexibilidade (SLACK, 1999).

A elaboração de um quadro referencial, utilizando variáveis (indicadores), como: a classificação de riscos, sendo um poderoso instrumento articulador em redes de serviços de urgência e fundamental na gestão da superlotação hospitalar. Com os sistemas integrados, inicialmente na busca de uma ampla discussão teórica sobre o tema superlotação hospitalar, avaliando as principais causas que levam a superlotação e a situação atual dos hospitais públicos atendidos pelos SUS (MINAS GERAIS, 2008).

Os hospitais que tiveram um sucesso maior na diminuição da superlotação hospitalar foram aqueles que através dos anos reconheceram o problema do fluxo de paciente e a precariedade no desempenho de suas atividades, um novo modelo é criado, onde a organização hospitalar deve possuir como pontos fortes e diferenciais a qualidade de seus serviços, ou seja, focando no acolhimento dos pacientes que procuram suas emergências, buscando solução em saúde e, a partir disso, trabalharam em estratégias mais eficientes, como mudanças nos processos de trabalho e na estruturação (GALVÃO, 2003).

O acolhimento enquanto uma das estratégias da política nacional de humanização (PNH) propõe inverter a lógica da organização e do funcionamento das instituições de saúde para que o serviço seja organizado de forma a atender melhor o usuário, e se modifique o modelo assistencial, que antes era centrado no médico e atualmente deve ser centrado em uma equipe multiprofissional ou equipe de acolhimento, empenhada em escutar o usuário, comprometendo-se em solucionar seu problema de saúde (BRASIL, 2006).

O conceito de humanização é entendido como: mudanças no modelo de gestão, tendo como interesse a necessidade dos pacientes, valorizando os trabalhadores e as relações sociais no trabalho, promovendo o bem comum acima da suscetibilidade individual ou das conveniências de um pequeno grupo. Portanto, não é apenas uma questão de equipamentos modernos e local adequado, pois envolve profissionais que ali trabalham, procurando oferecer

um tratamento que respeite o paciente, desde a sua entrada no hospital até o momento de sua internação ou alta (LEPARGNEUR, 2003).

Melhorar o atendimento e suprir as necessidades dos usuários do sistema é o objetivo de todo gestor público em saúde e isso é possível com ações que priorizem o atendimento imediato ao paciente classificado como grave, com leitos de reservas e atendimento em qualquer especialidade, sempre com prioridade a vida. Primeiro passo é o acolhimento deve ser aderido por todos profissionais envolvidos no processo, diferenciando da triagem, pois se constitui numa ação de inclusão que não se esgota na etapa da recepção, mas que deve ocorrer em todos os locais e momentos do serviço de saúde (BRASIL, 2009).

As mudanças que impactam as demais áreas da sociedade, também se evidenciam no setor da saúde, onde a evolução da ciência e tecnologia apresenta diariamente oportunidades para reciclagens e inovações aos processos profissionais tal que melhorem o desenvolvimento das práticas em saúde. Além, destas oportunidades essenciais para evolução da área, outras mudanças institucionais são inseridas no contexto, por meio de regulamentações, normas e leis que regem os profissionais da saúde (COSTA, 2007).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto, a conclusão alcançada é que na atualidade a superlotação hospitalar é uma imagem negativa de gestão pública na saúde e representa um problema preocupante a toda sociedade. Debelar o caos gerencial da escassez de leitos é o grande desafio para um governo, sendo que a criação de estratégias de políticas públicas é o primeiro passo para que essa dura realidade comece a mudar. Em outras palavras, é vital desafogar as emergências dos hospitais públicos, atuais portas de entrada dos pacientes ao Sistema Local de Saúde.

Para tanto, o trabalho de fluxo de pacientes nas emergências deve ser revisto em muitos hospitais onde não há um controle adequado no que deve ser tratado como emergência e urgência, na resolutividade médica no atendimento ao paciente e o tempo de internação que muitas vezes ultrapassa 4,45 dias.

Os gestores públicos devem criar programas para contribuir com a redução da superlotação hospitalar, reduzindo o tempo de internação, ou seja, criar estratégias para evitar hospitalizações desnecessárias, assim, minimizar os riscos de infecções hospitalares e possibilitar melhores condições do paciente ser reintegrado a sua família com um tratamento humanizado.

A população brasileira, nas regiões mais pobres tem o menor poder econômico e fica à mercê de um sistema de saúde obsoleto, com falhas e falta de estrutura. A sua disposição encontra postos de saúde sem médicos especialistas, sem exames sofisticados, sem medicação, tendo que procurar os hospitais para solucionar seus problemas de saúde e superlotando as salas de emergências dos hospitais.

Esse quadro que assola a saúde pública pode ser resolvido se os gestores públicos reestruturarem as unidades de saúde, ou seja, ampliarem a cobertura e atenção na Rede de Atenção Primária de Saúde, contratando mais profissionais, mais médicos especialistas, liberação de exames preventivos,

avaliando o fluxo de atendimento dos usuários na Rede de Atenção Primária, de forma a integrar/agilizar, revendo o processo de atuação dos Centros de Atenção a Saúde.

Finalmente, o deslinde do problema é a criação de um mecanismo de financiamento das políticas públicas de saúde que tenham a finalidade de garantir recursos do Governo Federal para os hospitais e para as Redes de Atenção Primária de Saúde, a fim de melhor estruturação do sistema e garantir o direito à saúde para todos os cidadãos brasileiros. E aliado ao financiamento, é essencial desenvolver programas de conscientização da população no sentido de buscar atendimento principalmente nas unidades de atendimento de menor complexidade e somente em caso de real urgência/emergência a procura dos prontos socorros hospitalares. Para que esse objetivo ocorra, as pessoas devem mudar sua mentalidade, e se verem como personagens principais na estrutura da saúde pública brasileira, onde todos têm o papel de fiscais da saúde, dando exemplo, fiscalizando e cobrando das autoridades uma melhor atenção à saúde.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, K.L.C.; FERREIRA, E.F. **Avaliação da inserção da odontologia no Programa Saúde da Família de Pompéu (MG): a satisfação do usuário.** *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 123-130, 2006. Acesso em 08 ago 2014.

ANVISA, PNASS **Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde**, 2007...Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/servicosade/manuais/pnass.pdf>. Acesso em 10 ago. 2014.

BAPTISTA, Tatiana Vargas de Faria. Cad. **Saúde Pública** vol.28 no.12 Rio de Janeiro Dec. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo..php?>. Acesso em 01 ago.2014.

BARAKAT, S.F.C. **Caracterização da demandado Serviço de Emergências Clínicas de um hospital terciário do município de São Paulo.** Tese Doutorado. Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004. Disponível em: http://www.inicepg.univap.br/cd/INIC_2010/anais/arquivos/0246_0218_01.pdf Acesso em 07 ago. 2014.

BERTUSSI, DC; ALMEIDA, MJ. **A influência de um projeto de intervenção no campo de recursos humanos em saúde:** Projeto Gerus. In: Brasil. Ministério da Saúde. Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil: estudos e análises /org. André Falcão et al. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2003. Disponível em: http://www.sbpcnet.org.br/livro/63ra/conpeex/pivic/trabalhos/JOYCE_SA.PDF. Acesso em 10 ago.2014.

BEVERIDGE R.et al. **Implementation guidelines for the Canadian emergency department triage& acuity scale**, Canada, 1998. Disponível em: http://www.iptan.edu.br/publicacoes/saberres_interdisciplinares/pdf/revista11/TRIAGEM_SERVICOS.pdf. Acesso em 22 ago.2014

BITTAR, O.J.N.V. **Hospital: qualidade & produtividade.** Sarvier, 1997. Disponível em: <http://www.saude.am.gov.br/planeja/doc/indicadores.pdf>. Acesso em 11ago.2014

BITTENCOURT, RJ. **Pacto pela qualidade no SUS: estudo de viabilidade técnica no subsistema de urgência e emergência.** Brasília: Secretaria

Executiva, Ministério da Saúde; 2006. Acesso em: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v25n7/02.pdf>. Acesso em 14 ago.2014

BITTENCOURT, Roberto José; HORTALE, Virginia Alonso. **Intervenções para solucionar a superlotação nos serviços de emergência hospitalar: uma revisão sistemática**. Cad. Saúde Pública vol.25 no. 7 Rio de Janeiro. 2009. Disponível em: http://bvssp.icict.fiocruz.br/pdf/25869_bittencourtrjd.pdf. Acesso em 09 ago. 2014.

BOGUS, C.M. **Participação popular em saúde: formação política e desenvolvimento**. São Paulo:Annablume/FAPESP, 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n18/a03v9n18.pdf>. Acesso em 14 ago.2014

BRADLEY, **Placing Emergency Department crowding on the decision agenda**. J Emerg Nurs 31. 2005. Disponível em: http://www.abepro.org.br/biblioteca/ENEGEP2012_TN_STP_157_913_21138.pdf. Acesso em 10 ago.2014

BRASIL, Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, **O desenvolvimento do Sistema Único de Saúde: avanços, desafios e reafirmação dos seus princípios e diretrizes**. Brasília(Brasil): CNS; 2002.Disponível em: <http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/livro.htm>. Acesso em 08 ago.2014

BRASIL, Ministério da Saúde. Disponível em : http://189.28.128.178/sage/sistemas/apresentacoes/arquivos/revista_ms_e_municipios_2013.pdf. Acesso em 10 ago.2014

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência**. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v13/n4/pdf/v13n4a08.pdf. Acesso em 15 ago.2014

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção a Saúde. **Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2ed. Brasília: Ministério da Saúde: 2006. Disponível em:

<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/seminabio/article/viewFile/13002/13739>. Acesso em 10 ago.2014.

CAMAZANO, M. A.. **Estudo da influência do “Sarbanes-Oxley ACT of 2002” sobre o gerenciamento do risco operacional em instituições financeiras brasileiras**. Dissertação (Mestrado). Pós Graduação Ciências Contábeis da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.São Paulo,2007. Disponível em: http://www.simpoi.fgvsp.br/arquivo/2013/artigos/E2013_T00302_PCN67176.pdf . Acesso em 14 ago.2014

CECILIO, L. C. O.. **Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo,uma possibilidade a ser explorada**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 13(3):469-478,jul-set, 1994. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1997000300022 Acesso em 08 ago.2014.

CHIAVENATO, Idalberto. **Introdução a Teoria Geral da Administração**, 2 Ed. Rio de Janeiro: Campus, 2000. Disponível em: <http://www.avm.edu.br/monopdf/15/WELINGTON%20ROBERTO%20SILVA%20DE%20LIMA.pdf>. Acesso em 12ago.2014

CHIORO, A.; SCAFF, A. **A implantação do Sistema Único de Saúde**. Brasília,1999. Disponível em: <http://www.consaude.com.br/sus.htm> . Acesso em 07 ago.2014.

COLEMAN P, IRONS R, NICHOLL J. Will alternative immediate care services reduce demands for non-urgent treatment at accident and emergency? **Emerg. Med J.** 2001; 18: 482-487. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232008000500027&script=sci_arttext . Acesso em 08 ago.2014.

COSTA, M.B.S.; SALAZAR, P.E.L. **Gestão das mudanças no sistema de saúde pública**. Revista Enfermemagem UERJ.; v.15, p.487-94, 2007. Acesso em 10 ago.2014.

COUTINHO AAP. **Classificacao de Risco no Servico de Emergência: uma análise para além de sua dimensão técnico-assistencial** [tese]. Belo Horizonte (MG): Faculdade de Medicina; Departamento de Pediatria;UFMG; 2010 . Disponível em: <http://www.politicaemsaude.com.br/anais/trabalhos/publicacoes/153.pdf> . Acesso em 09 ago.2014.

DRUCKER Peter. Benchmarking: **Um instrumento para a gestão hospitalar**. 2013. Disponível em: <http://www.maisvidaonline.pt/Artigo/BenchmarkingUminstrumentoparaagest%C3%A3ohospitalar/4043/Opiniao>. Acesso em 09 ago.2014

FAVERO, M. **Estudo da duração da internação em hospitais gerais**. Tese de Livre-Docência, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP. Ribeirão Preto, 1975. Disponível em: http://www.abepro.org.br/biblioteca/ENEGEP2012_TN_STP_157_913_21138.pdf Acesso em 10 ago.2014.

GALE, Brandley T. **Gerenciando o valor do cliente:criando qualidade e serviços que os clientes podem ver**. São Paulo: Pioneira, 1996. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/72937/000884186.pdf?sequence=1>. Acesso em 07 ago.2014.

GALVAO, J. **O segmento de Saúde para o desenvolvimento regional no município de Blumenau –SC: a participação do Hospital Santa Isabel**. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento Regional). Blumenau: Universidade Regional de Blumenau, 2003. Disponível em: http://www.excelenciaemgestao.org/portals/2/documents/cneg7/anais/t11_0417_1492.pdf. Acesso em: 15 ago.2014

GEORGES. L. et al. **Nurse triage increases emergency department waiting times**. **British Medical Journal**, Londres: n.311, p. 404, nov./1995. Disponível em: http://www.iptan.edu.br/publicacoes/saberessinterdisciplinares/pdf/revista11/TRIAGEM_SERVICOS.pdf. Acesso em 22 ago.2014

GONÇALVES, C. A. MEIRELLES, A.M. **Projetos e Relatórios de Pesquisa em Administração**. São Paulo: Atlas, 2004 . Disponível em: <http://www.politicaemsaude.com.br/anais/trabalhos/publicacoes/190.pdf>. Acesso em 09 ago.2014

HIGGINS I. Benchmarking in health care: a review of literature. *Australian Health Review* 1997; 20 (4): 60-69. Disponível em: <http://pt.wikipedia.org/wiki/Benchmarking>. Acesso em 09 ago.2014

HIRSCHFELD, M. J., Oguisso, T. **Visão panorâmica da saúde no mundo e a inserção** do home care. Revista Brasileira n.4, 2002.

JOINT COMMISSION RESOURCES (JCR). **Temas e Estratégias para Liderança em Enfermagem**: enfrentando os desafios hospitalares atuais. Porto Alegre: Artmed, 2008. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/72937/000884186.pdf?sequence=1> Acesso em 07 ago.2014.

JUNG,G,OliveiraA,CorralS.DocumentaraimplantaçãodoTherapeuticIntervention Scoring System – TISS no Serviço de Emergência do Hospital Mãe de Deus. Enfermagem Atual 2003; 3(13):27-31. Disponível em: <http://132.248.9.34/hevila/Cogitarenenfermagem/2006/vol11/no3/7.pdf>. Acesso em 03 ago.2014

JUSTOCANTINS. **TCU apresenta diagnóstico inédito sobre a saúde no Brasil**. 2013. Disponível em: www.justocantins.com.br/noticias-do-brasil-22131-tcu-apresenta-diagnostico-inedito-sobre-a-saude-no-brasil.html. Acesso em 08 ago.2014

LEPARGNEUR,H.(2003). **Princípios de autonomia. EmCdeA.Urbin(Org.),Bioética clínica**. RiodeJaneiro:Revinter Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v11n2/v11n2a10>. Acesso em 15ago.2014

MARTINS, M.C.Almeida. Situações indutoras de stress no trabalho dos enfermeiros em ambientes hospitalar. Escola Superior de Enfermagem de Viseu, 2003. Disponível em: http://www.aedb.br/seget/artigos05/57_artigo%20Fatores%20Indutores.pdf. Acesso em 11ago.2014

MENZANI, G. BIANCHI, E. R. F. **Stress dos enfermeiros de pronto socorro dos hospitais brasileiros. Revista Eletrônica de Enfermagem**, 2009. Disponível em:<<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n2/pdf/v11n2a13.pdf>> Acesso em 10 ago. 2014.

MERHY, E.E. Os equívocos da NOB 96:uma proposta em sintonia com os projetos neoliberalizantes? Campinas, 1997. In: Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/1862/000310803.pdf>. Acesso 22 ago.2014

MEZOMO, **Os desafios na formação de gestores líderes em saúde**.2011.Disponível em: http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/35/desafios_formacao.pdf. Acesso em 13 ago.2014

MINAS GERAIS (Estado). Secretaria de Estado de Saúde. **A rede de atenção às urgências e emergências**. Minas Gerais, 2008. 27p. Disponível em: <http://colecciona-sus.bvs.br/lildbi/docsonline/get.php?id=505>. Acesso em 14 ago.2014

MINTZBERG, H.; QUINN, J.B.. **O Processo de Estratégia**.3 ed. Porto Alegre: Bookman, 2001. Disponível em: http://www.redenet.edu.br/publicacoes/arquivos/20071227_155921_GEST-026.pdf . Acesso em 12 ago. 2014.

MOROSINI. **Modelos de atenção e a saúde da família**. 2011. Disponível em: <http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/viewFile/500/190>. Acesso em 11 ago.2014

MOTTA, A.L.C **Auditoria de Enfermagem nos Hospitais e Operadoras de Planos de Saúde**, São Paulo: Iátria, 2008. Disponível em: http://www.rdconsultoria.com.br/Downloads/Educa%C3%A7%C3%A3o%20Continuada/Gest%C3%A3o%20de%20Leitos/Gerenciamento%20de%20Leitos_ANAIS.pdf. Acesso em 10 ago.2014.

NASCIMENTO, A. A. M. et al. **Regulação em saúde: aplicabilidade para concretização do pacto de gestão do SUS**. Cogitare Enfermagem, Curitiba, v. 14, n. 2, p. 346-522, abr./jun. 2009.Disponível em: <http://www.cpqam.fiocruz.br/bibpdf/2010albuquerque-n.pdf>. Acesso em 10 ago.2014

NETO, Gonzalo Vecina. **A crise das Santas Casas**. *Notícias Hospitalares*, São Paulo, 53, p 34, maio/junho/julho de 2007. Disponível em:http://www.aedb.br/seget/artigos08/235_Artigo%20Arthur%20Confortin%20Seget%20com%20identificacao.pdf. Acesso em 09 ago.2014.

O'DWYER GO, Oliveira SP, Seta MH. **Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do programa QualiSUS**. Ciênc saúde coletiva. 2009;14(5):1881-90. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v12/n4/v12n4a20.htm . Acesso em 03 ago.2014.

OLIVEIRA, B.R.G; COLLET N; VIEIRA, C.S. **A humanização na assistência à saúde**.*Rev. Latino-am Enfermagem*, março-abril; 14(2): 277-84, 2006.

OLIVEIRA, E.B.; LISBOA, M.T.L.; LÚCIDO, V.A.; SISNANDO, S.D. **A inserção do acadêmico de enfermagem em uma unidade de emergência: A psicodinâmica do trabalho.** Revista Enfermagem UERJ 12:179-185, 2004. Acesso em 09 ago.2014

RIBEIRO, Mauro Luiz de Brito. **Relatório da Crise da Urgência e emergência.** 2011. Disponível em:http://www.cremal.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=21184:relatorio-da-crise-da-urgencia-e-emergencia&catid=3. Acesso em 08 ago.2014.

RODRIGUES MJ. Emergências. **Coleção Guias Práticos de Emergência.** Rio de Janeiro: Brasil; 2001. Disponível em:<http://132.248.9.34/hevila/Cogitareenfermagem/2008/vol13/no2/13.pdf>. Acesso em 22 ago.2014

SANTOS, JS. **Da fundação do Hospital das Clínicas à criação da Unidade de Emergência e sua transformação em modelo nacional de atenção hospitalar às urgências.** *Medicina, Ribeirão Preto* 2002. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232008000500027&script=sci_arttext. Acesso em 14 ago.2014.

SARLET, Ingo Wolfgang.. **Algumas considerações em torno do conteúdo, eficácia e efetividade do direito à saúde na Constituição de 1988.** *Revista Diálogo Jurídico*, Salvador, CAJ - Centro de Atualização Jurídica, nº. 10, janeiro, 2002.

SICOTTE C, Champagne F, Contandriopoulos AP, Béland F, Denis JL, Bilodeau et al. **A conceptual framework for the analysis of health care organizations performance.** *Health Services Management Research.* 1998. Disponível em: http://bvssp.icict.fiocruz.br/pdf/25869_bittencourtrjd.pdf. Acesso em 14 ago.2014

SLACK, N; CHAMBERS, S; HARLAND, C; HARRISON, A; JOHNSTON, R. **Administração da Produção.** Atlas, São Paulo. Capítulo 18 - Melhoramento da produção. p. 589 – 626. 2002. (SLACK et al., 2002). Disponível em: http://www.revistadae.com.br/artigos/artigo_edicao_192_n_1490.pdf. Acesso em 11 ago.2014

SLACK, Nigel; CHAMBERS, Stuart; JOHNSTON, Robert. **Administração de Produção.** 3. ed., São Paulo: Atlas, 2009. Acesso em : <http://portal.estacio.br/media/4359515/disserta%C3%A7%C3%A3o%20marli%20abelha.pdf>. Acesso em 14 ago.2014

SOUZA, R. B., SILVA, M. J. P., NORI, A. Pronto socorro: uma visão sobre a interação entre profissionais de enfermagem e pacientes. Revista Gaucha de Enfermagem, v. 28, n. 2, p.242-9, 2007. Disponível em: http://www.granadeiro.adv.br/arquivos_pdf/enfermeiro_relato_2013.pdf. Acesso em 11ago.2014

TIESENHAUSEN, Hermann **Falta de leitos e de estrutura de atendimento agravam crise na rede pública.** 2011. Disponível em: http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=22337:falta-de-leitos-e-de-estrutura-de-atendimento-agravam-crise-na-rede-publica&catid=3 . Acesso em 08 ago.2014.