

ANÁLISE DAS CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS DA SUPERLOTAÇÃO DOS SERVIÇOS DE EMERGÊNCIAS HOSPITALARES: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.

ANALYSIS OF THE CAUSES AND CONSEQUENCES OF OVERCROWDING IN
EMERGENCY HOSPITAL SERVICES:
A BIBLIOGRAPHIC REVIEW

*ANÁLISIS DE LAS CAUSAS Y CONSECUENCIAS DE LA SOBREPoblACIÓN DE LOS
SERVICIOS DE EMERGENCIA HOSPITALARIAS: UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.*

Carlos Alberto Silva Santos

Graduado em Enfermagem pela Centro Universitário da Bahia- FIB. Especialista em Emergência Hospitalar -
enfcarlossantos@yahoo.com.br

Eniel Espírito Santo

Doutor em Educação. Professor Universitário e Gestor Educacional. Docente nos cursos de pós-graduação
do Centro Universitário Uninter. enielsanto@gmail.com

RESUMO

Esta pesquisa tem como objetivo analisar as causas e consequências da superlotação dos serviços de emergência hospitalar (SEH). Foi utilizada uma revisão bibliográfica de artigos publicados em revistas científicas, manuais do Ministério da Saúde (MS) e literaturas afins. Algumas possíveis soluções surgiram após a análise do presente estudo. Uma delas, seria a adaptação das SEH ao aumento da expectativa de vida da população, com introdução de novas tecnologias. Além disso, novas modalidades de atendimento, como por exemplo, a internação domiciliar, podem desafogar as urgências e emergências. A criação de novas unidades de pronto atendimento de saúde (UPAs) assim como a implementação do QualISUS em todas as emergências também surgem como alternativas ao problema.

Palavras-chave: Superlotação. Emergência. Sistema de saúde.

ABSTRACT

This research aims to analyze the causes and consequences of the overcrowding in emergency hospital services (EHS). A bibliographic review based on articles published in scientific journals, in the manuals published by the Ministry of Health (MH) manuals and specific literature was used. Some possible solutions arose after the analysis of this study. One of them would be the adaptation of EHS to the increase of the population life expectancy with the introduction of new technologies. In addition, new forms of care such as home care can relieve urgencies and emergencies. The creation of new Emergency Care Units (EUCs) as well as the implementation of QualiSUS for all emergencies also appear as alternatives to the problem.

Key words: Overcrowding. Emergency. Health system.

RESUMEN

Esta investigación pretende analizar las causas y las consecuencias de la sobrepoblación de los Servicios de Urgencias Hospitalarios (SEH). Se utilizó una revisión de la literatura de los artículos publicados en revistas científicas, manuales del Ministerio de Salud (MS) y literatura. Después de revisar este estudio, se concluye que las soluciones propuestas son: adaptación de las SEH para aumentar la esperanza de vida de la población, con la introducción de las nuevas tecnologías y nuevas formas de atención, como por ejemplo, el cuidado del hogar, que por lo tanto, la internación domiciliar desahogaría las urgencias y emergencias; así como la creación de nuevas Unidades de Atención Médica de Emergencia y también la aplicación de QualiSUS para todos los casos de emergencia.

Palabras-clave: Superpoblación; Emergencia; Sistema de salud.

INTRODUÇÃO

Existem 185 hospitais com perfil de urgência e emergência no SUS, um número segundo pesquisa recente do referido sistema. Um número significativo destes participam do QualiSUS, processo de qualificação das urgências e emergências hospitalar. Todavia a baixa resolutividade da atenção básica esta desviando o seu papel de porta de entrada dos serviços de saúde para os SEH. (BRASIL, 2006).

É possível que grande parte dos indivíduos ao acreditar que há maior resolutividade de seus problemas de saúde esta centrada na atenção médico-hospitalar, acarretando o aumento da demanda na rede de média complexidade e nas urgências emergências. A interrelação entre o crescente aumento da expectativa de vida dos brasileiros e a elevada demanda de internamentos. Esse fator pode concorrer para o aumento de comorbidades.

ANÁLISE DAS CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS DA SUPERLOTAÇÃO DOS SERVIÇOS DE EMERGÊNCIAS HOSPITALARES: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.

Este estudo tem como objetivo levantar uma discussão e investigar as causas e conseqüências da Superlotação dos Serviços de Emergência Hospitalar. Analisar o programa QualiSUS, juntamente com a triagem com classificação de risco como fator preponderante na redução da superlotação das unidades de emergências.

Este Artigo versa sobre o tema problema: Quais os fatores que contribuem para que haja a superlotação dos Serviços de Emergência Hospitalar?

Este trabalho justifica-se pela alta relevância, certamente de interesse para administradores de hospitais e de pronto socorro (PS), enfermeiros e chefes de enfermagem, funcionários de PS, diretores e coordenadores de segurança de pacientes, gerentes de melhora da qualidade e gerentes de risco. Pelo interesse como embasamento literário para os profissionais atuantes nas emergências hospitalares, que vivenciam diariamente atenção aos pacientes somando-se ao gerenciamento das demandas do serviço.

Neste panorama, o trabalho apresenta uma contribuição ao debate sobre a superlotação dos SEH no Brasil suas causas e conseqüências para saúde da população. A relevância e a oportunidade ganham destaque diante do persistente e histórico de reestruturação desta rede que esta envolta na implantação dos referidos programas de qualificação das urgências e emergências do Brasil. Para tal foi feita uma revisão bibliográfica de artigos publicados em revistas científicas, manuais do Ministério da Saúde (MS) e literaturas referentes ao assunto abordado.

Pretendeu-se utilizar como base metodológica uma revisão literária de 2000 a 2011, pesquisando as bases de dados de livre acesso e acesso restrito e os títulos de estudos que continham as palavras chaves selecionadas. Na classificação dos resumos, os critérios de inclusão foram qualquer referência as discussões ou intervenções relacionadas à superlotação nos Serviços de Emergência Hospitalar.

QUADRO CONCEITUAL

LEI 8.080 Art. 2.º - “A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício”. (BRASIL, 2006, p. 10),

A construção da equidade na área da saúde consiste, basicamente, em investir na oferta de serviços para grupos populacionais com acesso e utilização insuficientes, entre outros mecanismos sem reprimir a demanda de serviços necessários a seguimento e grupos que já tem o acesso garantido. (BRASIL, 2004, p.23).

Com efeito, se, por um lado, as atuais ações políticas de saúde se justificam pelas "garantias legais" para a vida social, por outro lado, não conseguem cumprir com seu objetivo maior que é atender às demandas da população brasileira, ocasionando aumentando das desigualdades e gerando cada vez mais injustiça, como pertinentemente destacado pelo relatório do Conselho Nacional de Saúde

Para Bittencourt (2009) superlotação é definida como uma saturação do limite operacional de SEH, 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.

Assim entendemos humanização como: mudanças no modelo de atenção e gestão, tendo como foco a necessidade dos cidadãos, a produção em saúde e o próprio processo de trabalho em saúde, valorizando os trabalhadores e as relações sociais no trabalho (BRASIL, 2006).

Por humanização compreendemos a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde. Os valores que norteiam essa política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a co-responsabilidade entre eles, os vínculos solidários e a participação coletiva nas práticas de saúde (BRASIL, 2009).

ANÁLISE DAS CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS DA SUPERLOTAÇÃO DOS SERVIÇOS DE EMERGÊNCIAS HOSPITALARES: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.

Entendemos acolhimento como uma postura ética não um espaço local, não existe um profissional específico para exercê-lo, mas está implícito o compartilhamento de saberes, angústias, dúvidas e invenções. Tem como diretriz ético/estético/política a maneira de se produzir saúde como ferramenta tecnológica no processo de escuta, construção de vínculo, garantia de acesso com responsabilidade e resolutividade. (BRASIL, 2009).

Com o acolhimento o profissional pode garantir o atendimento focado no paciente de acordo com as suas necessidades, priorizando as ocorrências com um maior potencial de risco a vida, além de acompanhar, sinalizar e encaminhar o paciente na continuidade de resolução de seu problema. Mas, em muitas vezes esse atendimento não é tão eficiente e ágil devido a inúmeros problemas e obstáculos como, por exemplo, o aumento do número de pacientes que procuram atendimento na unidade de emergência, que ocasiona na dificuldade da execução de todos esses princípios.

FATORES CONDICIONANTES

Atenção Básica deveria constituir a porta de entrada principal da população aos serviços de saúde, contudo devido a alguns fatores ela esta sendo substituída por ambulatorios e serviços especializados de média e alta complexidade. A reduzida ampliação desta atenção e o número diminuído de ações ofertadas em cada Unidade Básica de Saúde (UBS) resultam diretamente na pouca qualidade e baixa resolutividade. Não alcançando o objetivo de 85% da demanda neste nível. (BRASIL, 2004).

A partir de 1999 as urgências e emergências passam a ser regulamentadas pelo Ministério da Saúde, estabelecendo seus princípios e diretrizes dos Sistemas Estaduais de Urgências e Emergências, as normas de funcionamento, organizando a classificação e os critérios para habilitação dos serviços que participam dos Planos Estaduais de atenção as urgências e emergências quais sejam: regulação médica de urgência e emergência, atendimento pré-hospitalar fixo, atendimento pré-hospitalar móvel, atendimento

hospitalar, transporte inter-hospitalar, além da criação dos núcleos de educação em urgência, que visa à capacitação de recursos humanos da área (BRASIL, 2006).

Segundo Bittencourt (2010, p.48) estudo realizado no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) em 2007 (MS, 2008) existe 5.193 hospitais gerais, dos quais 534 são pronto-socorros gerais, 1.234 hospitais especializados e 133 pronto-socorros especializados, correspondendo a 4,4% dos estabelecimentos de saúde do Brasil.

O perfil do financiamento público da assistência médico – hospitalar apresentou uma redução significativa. Em 1995, a assistência hospitalar correspondia a 65,42% dos gastos com ações e serviços de saúde, em 2005, correspondia a 43,83%. Carvalho em estudo recente (2007) identificou que nesse mesmo período o valor médio das internações aumentou de R\$ 252,44 para R\$ 608,68, e os custos gerais com a saúde aumentaram acima de 10%, descontada a inflação. Um das conseqüências foi que a oferta de leitos do setor privado para o SUS caiu de 43,99% em 1995 para 29,59% em 2005, diminuição essa compensada, em parte, pelo aumento da oferta de leitos públicos e entre os hospitais filantrópicos. (BITENCOURT 2009 apud CARVALHO 2007, p.48).

O'Dwyer (2009), cita que nos últimos anos a procura pelo atendimento nos serviços públicos hospitalares e de emergência tem aumentado consideravelmente. Por outro, lado estes serviços estão sendo utilizados indevidamente, devido o fato de que 65% dos usuários atendidos poderiam ter seu atendimento garantido em ambulatório; desses 36% não darão seguimento ambulatorial à patologia motivacional aumentando a reincidência e em conseqüência, o acúmulo de doentes nos serviços de emergência nos serviços de emergências nos setores públicos e privados no Brasil e em outros países em desenvolvimento, e até nos países desenvolvidos.

Nos dias atuais, no Brasil, as emergências se encontram atuando acima de sua capacidade máxima, seus leitos ocupados acima de 100%. Concorre também para o agravamento do problema: número insuficiente de profissionais, falta de treinamento para estes; verba insuficiente; gerenciamento inadequado de recursos; ausência de seguimento para o tratamento devido à estrutura deficiente, ocasionando insegurança aos profissionais. A emergência necessita além de boa estrutura, especialistas, disponíveis e leitos de UTI, centro cirúrgico e de recuperação (O'DWYER, 2009).

ANÁLISE DAS CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS DA SUPERLOTAÇÃO DOS SERVIÇOS DE EMERGÊNCIAS HOSPITALARES: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.

A superlotação foi caracterizada como fenômeno mundial, com causas e conseqüências. As intervenções de acordo com os autores que interferiram no principal indicador da superlotação, o tempo de permanência no SEH, apontaram para a melhoria do fluxo de saída dos pacientes dos serviços de emergência hospitalar, através do aumento do desempenho organizacional.

USUÁRIOS

Os usuários possuidores de planos de saúde privados também são atendidos, quando necessitam, pelas urgências e emergências do SUS. Em alguns casos dão entrada em hospitais públicos, acrescentando ainda que, o atendimento de urgência esta muito distante do adequado, em especial as vitimas de violência e acidentes de transito (BRASIL, 2003).

Cecílio (1997), diz ainda que, o modelo de saúde idealizado pela população ainda é hospitalocêntrica, centrada no atendimento médico, representado pelas unidades de emergência, mesmo superlotadas e impessoais, sendo o local que reúne um somatório de recursos: consultas remédios, procedimentos, exames de laboratórios e internações enquanto as redes básicas apenas consultam.

Neto (2007) revela que a população acima de 65 anos de idade recorre quatro vezes mais as internações do que o restante da população. Segundo estudos do Observatório Europeu de Sistemas de Saúde e Políticas, 46% do aumento da demanda por leitos hospitalares até 2027 estarão correlacionados com o aumento da expectativa de vida na população. Este fato terá impacto direto na assistência hospitalar, pois acarretará aumento da morbimortalidade e comorbidades ocasionadas pelas doenças crônico-degenerativas; reaparecimento de antigas e

De acordo com o estudo acima o perfil dos usuários atendidos pelo Sistema Único de Saúde, são também pacientes que o possuem planos se saúde privado, acima de 65 anos, geralmente são vitimas de acidentes de transito e outros.

Na atenção básica, o enfermeiro como membro da equipe de saúde deve conhecer a realidade das famílias, tanto nos aspectos físicos, mentais, sociais e demográficos,

devendo realizar assistência integral e contínua a todos os membros incluindo a assistência domiciliar como local de atenção. Deve também, analisar as informações coletadas na consulta de enfermagem e elaborar o plano assistencial estabelecendo metas. O enfermeiro deve participar ativamente do cuidado prestado ao idoso, abordando mudanças físicas consideradas normais e identificando precocemente as alterações patológicas.

PROFISSIONAIS

Para Cecílio (1997), os serviços de emergência encontram-se desfavoráveis a pratica assistencial dos trabalhadores devido às dificuldades enfrentadas para garantir atendimento de qualidade e resolutividade aos usuários. Geralmente os profissionais deparam-se com conflitos técnicos éticos, causados por problemas relativos ao processo de trabalho devido a situações de superlotação, deficiência de recursos humanos, desse modo entende-se que a organização tecnológica do trabalho em saúde tem como trabalho especial nas unidades de emergência: a complexidade do trabalho; a necessidade de um trabalho coletivo dinâmico e integrador, para garantir a qualidade da assistência, bem como melhorar a satisfação do seu trabalho com o objeto do seu trabalho.

Bittencourt (2010) descreve que no Brasil médicos e enfermeiros têm múltiplos empregos sendo contratados para plantões, denominados, neste caso, como diaristas, particularmente nos hospitais públicos, em que a mesma equipe não se responsabiliza pela atenção ao mesmo paciente, ocorrendo ausência de vínculo profissional-paciente, durante o processo terapêutico causando a fragmentação deste processo.

Para os profissionais nos serviços de emergência, há duas características do processo de trabalho, distinguindo-se por: a) esgotamento físico e mental dos profissionais; b) abandono da evolução clínica dos pacientes aguardando vaga para internar; c) inobservância dos direitos dos pacientes; d) violação dos princípios éticos

ANÁLISE DAS CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS DA SUPERLOTAÇÃO DOS SERVIÇOS DE EMERGÊNCIAS HOSPITALARES: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.

profissionais; e) desestruturação técnica e operativa das equipes de plantão; f) despreparo no atendimento dos casos emergenciais. A segunda característica refere-se à forma de acolhimento dos serviços de emergência, onde os seguranças definem a prioridade do atendimento. Talvez aqui, se identifique o aspecto mais grave do atendimento, quando o indivíduo, fica exposto a um critério espúrio de seleção dos seus problemas, em que os casos graves não são priorizados (BITENCOURT, 2010).

Os profissionais de enfermagem que atuam na emergência hospitalar além dos detalhes conceituais e profissionais possui alguns requisitos fundamentais estabelecidos para os Estabelecimentos Assistenciais de Saúde (EAS), pelo Ministério da Saúde. Tais requisitos consideram que o atendimento de emergência é trabalho; e apenas um esforço árduo, longo e consistente, combinado com um planejamento, poderá ter como resultado um sistema eficiente.

INTERVENÇÕES APONTADAS

“O Projeto de Investimento de Qualificação do Sistema Único de Saúde (QualiSUS) é uma proposta de intervenções para apoiar a organização de redes regionalizadas de atenção a saúde no Brasil”. (BRASIL, 2009, p. 19).

O QualiSUS nas urgências e emergências tem por finalidade: eliminação das filas através do Acolhimento de pacientes; realização de Classificação de Risco para dar prioridade aos casos mais graves; fluidez no atendimento aos usuários a partir de um sistema de sinalização; informatização e reorganização dos hospitais; implantação do Serviço Móvel de Urgência (SAMU 192). (BRASIL, 2004).

O'Dwyer (2009), após entrevistas com chefias médicas e de enfermagem de emergências de oito hospitais públicos, de quatro estados brasileiros, que recebem financiamento do programa QualiSUS, concluiu que apenas dois tem influencia deste programa. Apesar de que todos receberam incentivos federais.

Segundo De Lator (2011), outra alternativa de programa do SUS é o das Unidades de Pronto Atendimento (UPA'S) 24 horas que dispõem de serviços de rx, eletrocardiografia, pediatria, laboratório de exames e leitos de observação. O modelo se expandiu nacionalmente a partir de 2009, e tem como objetivo ampliar a assistência, diminuir filas nos pronto-socorros dos hospitais e evitar que casos de menos complexidades sejam encaminhados para as unidades hospitalares. Já existem 104 UPAS 24 horas no Brasil.

Silva (2005) refere que a partir de 2002 surgiu o Programa de Internação Domiciliar (PID), no âmbito do SUS, que inclui procedimentos médicos, de enfermagem, fisioterapêuticos, psicológico e de assistência social, proporcionando cuidado integral aos usuários no seu domicílio. É uma diretriz do Ministério da Saúde realizada pela rede básica de saúde no intuito garantir humanização e conforto a população. Só ocorre se houver condições clínicas do usuário e situação da família o permitir.

O PID tem como finalidade promover a desospitalização, em parceria com as equipes de saúde da família, amplia os cuidados a pacientes mais complexos e aumenta a participação dos serviços comunitários em procedimentos considerados como hospitalares. E desta forma melhorando a efetiva utilização do “cobiçado” leito hospitalar (BITTENCOURT, 2010).

Assim, é possível se depreender que o desafio da equipe de Enfermagem na emergência hospitalar ocorre por conta da complexidade e heterogeneidade de fatores, a começar pelo estresse profissional influenciado por questões físicas, cognitivas e psicológicas. O ato de cuidar na enfermagem estabelece uma relação muito próxima, muitas vezes íntima, de contato físico intenso e permeado por várias sensações e sentimentos. Essa atuação diretamente sobre o corpo do outro faz com que o profissional entre em contato com a intimidade do cliente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que o quadro acima descrito pressupõe serviços públicos de saúde mais complexos, em especial, o hospital terá que adaptar-se ao aumento da expectativa de vida da população, mudança do padrão das doenças, introdução de novas tecnologias e medicamentos, que não devem ser temidas, aumento da expectativa pública e política, assim como novas modalidades de financiamento. E colocando em relevo o grande desafio - a premência da integração dos serviços de saúde para obtenção da integralidade da assistência.

Paradoxalmente as Políticas de Saúde de alguns estados brasileiros voltados para este setor estão projetadas para abertura de um maior número de Unidades de Pronto Atendimento (UPAS) o que em parte deveria amenizar a superlotação destas emergências. No entanto existe uma corrente de profissionais e gestores que se opõem as UPAS, pois acreditam que a prioridade da porta de entrada para o Sistema deveria ser através das Unidades Básicas de Saúde e não através de soluções paliativas.

A implementação efetiva do Projeto QualiSUS em todas emergências do país, com o devido financiamento federal, poderá garantir melhorias na qualidade da assistência, maior resolutividade, aumento da fluidez dos usuários, proporcionando conforto para pacientes e profissionais. Constitui uma das ferramentas deste projeto, o acolhimento com classificação de risco, pois, reduz as filas e dá prioridade aos casos mais graves, minimizando o sofrimento da clientela.

Somando-se a essas soluções, deve-se salientar uma efetiva cobertura da Rede Básica; com eficiente qualidade e resolutividade com maior número dos serviços; facilidade de acesso; implementação dos serviços de referência e contra-referência. Numa tentativa de interferir nas questões culturais da população em geral, que procura os serviços de urgência e emergência. Pois nesta há uma crença arraigada de que os hospitais ou Emergências irão solucionar todos os problemas de saúde em detrimento aos serviços da rede Básica de Saúde.

Uma das funções das equipes de saúde da família preconizadas pelo Ministério da Saúde se caracteriza no internamento domiciliar quando executada com eficácia,

contribui significativamente para diminuição das internações hospitalares, desafogando as urgências e emergências proporcionando um atendimento humanizado e envolvendo as famílias como cuidadores criando vínculos destes pacientes.

Outro fator preponderante para melhoria no atendimento consiste na realização de concursos públicos, trazendo um aumento do quadro de profissionais nas urgências e emergências. Proporcionando um vínculo efetivo, entre estes e os pacientes, além de contribuir para melhoria do rendimento e condições de trabalho.

Observa-se a necessidade urgente de se desenvolver propostas educativas para os trabalhadores de saúde, pois novas modalidades de assistência vão ganhando relevância, em virtude de sua significância no Sistema Único de Saúde do Brasil, requerendo, para tanto, novas competências profissionais para atender essa demanda, propondo transformações e desafios necessários a serem enfrentados por quem luta pela saúde como bem público e pelo trabalho em saúde como tecnologia a serviço da vida individual e coletiva.

ANÁLISE DAS CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS DA SUPERLOTAÇÃO DOS SERVIÇOS DE EMERGÊNCIAS HOSPITALARES: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.

REFERENCIAS

BRASIL, Ministério da Saúde. **O SUS pode ser seu melhor plano de saúde** – Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (IDEC). – 2º Ed., 3ª reimpressão. – Brasília: IDEC, 2003.

BRASIL, Ministério da Saúde. **QualiSUS – Política de Qualificação da Atenção à Saúde** - Brasília: Ministério da Saúde, 2004-1.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Conselho Nacional de Saúde. O Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde: avanços, desafios e reafirmações dos seus princípios e diretrizes** – 2º Ed. Atualizada. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004-2.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Conselho Nacional de Saúde. Coletânea de Normas para o Controle Social no Sistema Único de Saúde/Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde** . Brasília : editora do Ministério da Saúde, 2006-1.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Humaniza SUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS** – 3ª Ed. Brasília, Ministério da Saúde. 2006-2.

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** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009-1.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual Operacional de Investimento para Qualificação do Sistema Único de Saúde**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009-2.

BITTENCOURT, Roberto José. **A superlotação dos serviços de emergência hospitalar como evidência de baixa efetividade organizacional**. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP). Tese de Doutorado. 2010.

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.

CECÍLIO, C. de O. **Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada**. Cadernos de Saúde Pública, Riode Janeiro, v. 13, n. 3, p. 469-478, jul./set. 1997.

Revista Saúde e Desenvolvimento | vol.5 n.3 | jan/jun 2014

DE LAVOUR, Adriano; et al; **O SUS que não se vê.** Radis, Comunicação em Saúde, nº 104 Abril 2011. Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz, Rio de Janeiro. 2011.

MATOS, K.S.L.; Vieira, S.V. **Pesquisa Educacional: o prazer de conhecer.** Fortaleza: Demócrito Rocha, 2001.

NETO, Vecina G.; MALIK, Ana M., **Tendências da Assistência Hospitalar,** Ciências e Saúde Coletiva Jul-Ago., vol. 12. Associação Brasileira de Pós-graduação e Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, 2007.

O'DWYER, Gisele O.; OLIVEIRA, Sergio P.; Seta, Marismary H. de Seta. **Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do programa QualiSUS.** vol.14 no.5 Rio de Janeiro Nov./Dec. 2009.

RESOURCES, Joint Commission, **Gerenciando o fluxo de pacientes: estratégias e soluções para lidar com a superlotação hospitalar.** Tradução Magda Lopes. – Porto Alegre: artmed, 2008.

SILVA, Kênia Lara in. col., **Internação Domiciliar no Sistema Único de Saúde,** Revista de Saúde Pública, vol.39 nº3. São Paulo, Junho de 2005.