

HOSPITAIS DO SUS: REFLEXÕES SOBRE OS DESAFIOS DA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Data de aceite: 01/03/2024

Aline Manuelle da Silva Gonzaga

Centro Universitário Fametro

Gustavo Henrique Silva Ribeiro

Universidade Anhembi Morumbi – Campus
São José dos Campos

Guilherme Catusso Balbinot

Universidade do Estado do Amazonas –
UEA

Giselly Cristina Corrêa de Melo

Centro Universitário Fametro

Paulo Victor Mourão Machado

Universidade Nilton Lins

Maria Elania Brás Barros

Universidade Nilton Lins

Ádria Reis Pontes

Centro Universitário Fametro

Fabiana Erica Pinheiro Morais

Centro Universitário Fametro

Adilson Júnior Tôrres Leonel

Universidade Estadual do Amazonas

vêm adequando suas políticas, para concentração da atenção hospitalar em centros de grande porte, uma vez que os hospitais menores (municipais) são menos eficientes, de acordo com estudos dos anos 1990. Desse modo, o presente artigo tem o objetivo de analisar a importância dos hospitais em contrapartida a sua eficiência, bem como analisar os reflexos dessa atuação hospitalar na urgência e emergência para a população brasileira, tendo em vista a dificuldade em efetivar o princípio da universidade, diante dos vazios assistenciais existentes em nosso país. Dessa forma, percebe-se uma reversão no cenário hospitalar, envolvendo ações que passam a necessidade da qualificação hospitalar nos hospitais e ampliação do acesso, uma vez que os mesmos configuram ambiente multiprofissional com diversas especialidades. Por fim, verifica-se que é necessário maiores investimentos nos hospitais municipais, bem como a busca pela melhor estruturação da rede e qualificação dos atendimentos, visando aumentar a eficiência e a universalidade do atendimento, consagrando os princípios da Constituição Federal e do SUS.

PALAVRAS-CHAVE: SUS; Hospitais; Urgência e Emergência; Direito à Saúde.

RESUMO: Os hospitais são responsáveis por grande parte dos aportes dos Entes Federados na saúde. Diversos países

SUS HOSPITALS: REFLECTIONS ON THE CHALLENGES OF URGENT AND EMERGENCY CARE

ABSTRACT: Hospitals are responsible for a large part of the Federal Government's contributions to health care. Several countries have adapted their policies to concentrate hospital care in large centers, since smaller (municipal) hospitals are less efficient, according to studies from the 1990s. The aim of this article is therefore to analyze the importance of hospitals in relation to their efficiency, as well as to analyze the effects of this hospital performance in urgent and emergency care for the Brazilian population, in view of the difficulty in implementing the university principle, given the care gaps that exist in our country. In this way, we can see a reversal in the hospital scenario, involving actions that involve the need for hospital qualification in hospitals and expanding access, since they are a multi-professional environment with various specialties. Finally, there is a need for greater investment in municipal hospitals, as well as the search for better structuring of the network and qualification of care, with the aim of increasing efficiency and universality of care, enshrining the principles of the Federal Constitution and the SUS.

KEYWORDS: SUS; Hospitals; Urgency and Emergency; Right to Health.

INTRODUÇÃO

O SUS – Sistema Único de Saúde do Brasil é uma política pública construída a partir da Constituição Federal de 1988 em um contexto de dimensões políticas, sociais, tecnológicas e culturais. Ao passo que, verifica-se que um dos maiores desafios a ser superado é a ampliação do acesso de suas ações e serviços.

Nessa senda, o processo de universalização das ações e dos serviços promovidos pelo SUS é considerado excludente, mesmo sendo acompanhado de um processo de racionalização do financiamento e da inclusão de todas as camadas sociais em seu atendimento.

De acordo com os diversos estudos sobre o sistema de saúde brasileiro, ABREU; JESUS, 2006, afirma que na relação da definição de serviços de saúde com o seu acesso, o mesmo pode ser entendido como porta de entrada, como o local de acolhimento do usuário no momento da expressão de sua necessidade em saúde e, de certa forma, como os caminhos por ele percorridos no sistema na busca da resolução de sua necessidade.

Atualmente, cada vez mais o SUS tem se consolidado como um sistema sólido formalmente, mas que ainda carece de melhoras no campo material, no qual a organização da atenção e da assistência à saúde e a ampliação do acesso dos cidadãos aos serviços, constituem desafios para os gestores em todos os entes federados: União, Estados e Municípios.

Os mencionados desafios são frutos da inclusão assistencial de um grande contingente populacional, que não possuíam assistência ou a assistência era restrita, além da fusão das redes assistenciais e as ações de gestão necessárias para que essa inclusão das redes se concretize.

Dentro dessa perspectiva de saúde, os Hospitais existem desde as primeiras organizações sociais, com mudanças significativas em seu objetivo a depender do território e do marco temporal. Até a idade média os hospitais era organizações ligadas a questões religiosas, com funções de assistência social e de saúde.

Ao longo da história ocorreu um gradativo desenvolvimento do campo de conhecimento relacionado à saúde, diretamente relacionado ao advento das novas tecnologias, gerando especificidades e especialidades nos ramos do conhecimento, evoluindo também o modelo de atenção à saúde dos hospitais.

O presente artigo visa analisar a política de hierarquização do sistema de saúde como mecanismo de atenção nos setores de urgência e emergência sob a perspectiva da atenção universal e o sucateamento e subfinanciamento do SUS.

Destarte, o presente artigo se trata de uma pesquisa bibliográfica documental, onde foram utilizadas plataformas eletrônicas de dados acadêmicos, como Scielo, Google Acadêmico e PubMed, para realizar a busca de artigos originais, no que se refere aos reflexos dos hospitais municipais na atenção à saúde em casos de urgência e emergência sob a luz do sucateamento do SUS, bem como a dificuldade de efetivar o direito à saúde assegurado pela Constituição Federal, em razão do princípio da universalidade e da inclusão assistencial.

DIREITO À SAÚDE E O SUS: A CONTRAMÃO DA ATENÇÃO HOSPITALAR NO BRASIL

Com a criação do SUS, através da Carta Magna de 1988, os arranjos institucionais e o bailar do poder são diretamente influenciados a cada publicação de nova Portaria Ministerial, ou Decreto Presidencial ou até mesmo uma nova Lei visando a re-organização da saúde.

As normativas que regulam a saúde, possuem características adicionais, em todas as suas publicações, com o objetivo de conduzir a formulação de um sistema de saúde no Brasil que respeitasse os princípios e os mandamentos constitucionais.

Logo, esses princípios e mandamentos, tomaram forma com a VIII Conferência Nacional de Saúde, de 1986, com uma forte linha de descentralização e de proteção social.

Nessa senda, tem-se que o SUS atualmente, ressaltando a necessidade de aprimoramentos, está estruturado, com uma grande definição dos papéis de cada ente federado, tendo em vista o seu financiamento tripartite, com instâncias de articulação e o próprio judiciário, garantindo a efetividade na aplicação dos princípios e mandamentos previstos na Lei nº 8.080/90, quais sejam, a universalidade do acesso, a descentralização político-administrativa, a integralidade, a municipalização e a equidade.

Dentre os problemas que foram observados ao minuciar a análise das normativas de inauguração do SUS no Brasil, entre as décadas de 1980 a 2000, o fato de que o Governo

Federal inseriu grande energia/esforços na organização do sistema como um todo e da rede de Atenção Básica, reduzindo assim, seu olhar e sua atenção na organização das demais áreas, ocasionando problemas na união e comunicação entre essas áreas.

Nesse período inaugural das normativas, não existem normas robustas que induzam a organização de um sistema hospitalar integrado e coordenado, pelo contrário, há um grande esquecimento dessa grande área nas primeiras normativas.

Dessa forma, tem-se que o Governo diminuiu sua atenção ao sistema hospitalar, e os Entes Municipais que com a Constituição Federal acrescentaram novas atribuições no âmbito do SUS, preferiram lançar a execução da ideia de que a construção de novos hospitais, por menores que sejam, seria uma resposta condizente com as expectativas da população e do SUS com a demanda dos hospitais.

Com isso, os gestores do SUS foram sendo pressionados a construção da atenção básica de acordo com as regulamentações federais e pelo financiamento a partir delas gerados, mas baseando suas decisões políticas em modelos arcaicos, que já estavam ultrapassados, com médicos centrados e voltados para a atenção secundária, terciária e especializada.

Destarte, se possuía uma atenção básica com novas construções, e com financiamento federal, no entanto, não havia políticas municipais para estruturar esse novo modelo SUS, uma vez que os gestores e o mercado de saúde ainda estavam voltados para o modelo ultrapassado.

Em que pese, as falhas na aplicação do novo modelo de saúde preconizado pelo Governo Federal na época, com o advento do SUS, o grande avanço se deu com a construção histórica da ampliação do acesso à saúde, tanto na atenção primária quanto na atenção hospitalar.

À propósito, verifica-se que nas décadas de 1990 e 2000 a prioridade dos Entes Federados foi justamente a “ampliação” do acesso aos serviços de saúde, antes inalcançáveis e restritos a uma pequena parcela da população.

Desse modo, a partir da metade da década de 2000, as publicações e os estudiosos no assunto, começaram a identificar a necessidade de qualificação deste acesso à saúde, em especial no caso da atenção hospitalar.

Diante disso, com base nessas novas necessidades, os governos federais e estaduais criaram políticas voltadas para a atenção hospitalar, como por exemplo o PNHP e o PNHOSP.

Ainda, em razão da pouca efetividade do PNHP, foram observadas diversas causas, entre elas as “dimensões nacionais e as diferenças regionais, a dificuldade de articulação de múltiplos atores (três entes federados, hospitais de diferentes naturezas jurídicas e esferas administrativas), o sistema político multipartidário e com característica histórica de descontinuidade de políticas públicas a cada troca de governo”.

O Brasil caminhou na contramão de outros países, uma vez que, enquanto os países desenvolvidos, a exemplo dos Estados Unidos e Grã-Bretanha concentravam suas ações no fechamento e na fusão de hospitais de pequeno porte em hospitais de grande porte, o Brasil pulverizava a atenção hospitalar até a periferia do sistema.

O resultado desse caminhar no Brasil, foi uma atenção hospitalar ineficiente, pouco resolutiva, com enormes déficits e baixo uso de tecnologias. Além disso, os hospitais no Brasil funcionam como se fosse vigente o modelo de atenção hospitalar da década de 1970, de população pouco urbanizada e destinados ao tratamento de casos agudos, não se adequando às enfermidades atuais, em que prevalece uma tripla carga de doenças (doenças agudas e crônicas e traumas).

Noutro giro, ponto relevante a ser analisado é a própria classificação dos hospitais conforme o número de leitos, enquanto a literatura considera pequenos hospitais, os que possuem menos de 200 leitos, o Brasil ainda segue uma portaria, já revogada, que define os de menos de 50 leitos como pequenos, os de 50 a 149 leitos como médios, os de 150 a 299 leitos como grandes e os acima de 300 leitos de porte especial.

Dessa forma, em razão justamente da distinção nos modelos classificatórios utilizados, as políticas públicas brasileiras elaboradas para o setor hospitalar correm o risco de dispendar mais recursos com menos retorno, como já amplamente discutido na literatura, uma vez que a forma como são tratadas a tipologia dos hospitais pelos Entes Federados são diferentes, impactando diretamente no cofinanciamento do SUS.

O resultado é a garantia mínima de acesso aos serviços de saúde, com uma atenção hospitalar pouco eficiente e menos resolutiva, com filas de espera enormes e despreparo nos atendimentos.

Por conseguinte, independentemente da eficiência, a capacidade instalada existe e não pode de forma alguma ser desprezada, visto existirem quase 5.000 hospitais com menos de 50 leitos no país, ou seja, há quase 1 hospital por município, uma vez que no Brasil existem 5.568 municípios.

À vista disso, boa parte dos serviços estão localizados em Municípios pequenos e desempenham papel primordial na economia local, como empregadores diretos e geração de renda e empregos indiretos.

Com espeque nesses dados, importante dizer que medidas simples de reorganização no sistema, podem ser eficazes na melhora e qualidade da eficiência hospitalar no Brasil, como por exemplo, o uso da telemedicina, garantindo acesso a população rural e de áreas distantes dos serviços especializados, além da utilização das novas tecnologias, como procedimentos neurocirúrgicos e hemodinâmicos, aumento da fiscalização dos órgãos competentes, bem como a criação de políticas e programas de integridade nas entidades, evitando sobretudo, a ocorrência de corrupção.

Sendo assim, a garantia do acesso, da integralidade do cuidado e da qualidade da atenção deve permanecer de forma efetiva e contínua, quer seja na atenção básica ou na

hospitalar, norteadas por políticas de saúde eficientes e por gestores comprometidos com a saúde da população.

OS HOSPITAIS MUNICIPAIS DO SUS

Nas primeiras décadas do século XX, ocorreu uma evolução organizacional voltada a superespecialização na medicina, principalmente em países desenvolvidos como os Estados Unidos e a Grã-Bretanha, estimulados pelo crescente aumento das tecnologias e descobrimento de novas doenças.

De início, a superespecialização e a absorção tecnológica geraram importante aumento nos custos hospitalares, mas, a partir dos anos 2000, foi possibilitado reduções nos tempos de internações, bem como reduções nas necessidades de determinadas intervenções e uma grande tendência a desospitalização, em contrapartida ao aumento exponencial dos custos hospitalares devido a complexidade das demandas, aumento das especialidades e a onerosidade dos materiais produzidos por indústrias específicas.

Em nosso país, a superespecialização somente veio causar impactos a partir da década de 1970, uma vez que, até então, os hospitais brasileiros possuíam equipes em suas sedes de trabalho formadas por médicos e enfermeiros, que utilizavam mais a propedêutica clínica do que exames e equipamentos.

Sendo assim, a partir da mencionada década, os nosocômios brasileiros começaram a importar tecnologias e se tornaram centros de especialidades, de modo que, muitos desses hospitais que se equiparam na época, são centros de referências até os dias atuais em determinadas áreas específicas.

Desse modo, os grandes hospitais dessa época eram justamente os que possuíam mais recursos diagnósticos e terapêuticos e se organizavam entre os hospitais pertencentes ao INAMPS, públicos de nível federal (especializados em doenças específicas), e os poucos hospitais universitários.

Ademais, os outros hospitais, de pequeno porte, em pequenos centros urbanos, contavam em geral com uma ou duas especialidades de clínicas básicas (clínica médica, cirurgia geral, obstetrícia e pediatria) e atendiam bem a população ainda que fosse, predominantemente rural.

Já nos anos 2000, houve uma grande evolução em sua primeira década, em diversos países, tanto da América do Norte quanto países europeus, culminando em uma onda de fusões, aquisições e fechamentos de hospitais, com o objetivo de balancear da melhor forma possível a alocação da atenção hospitalar, visando o aumento da eficiência e manutenção dos acessos.

No Brasil, esse fato não foi observado, uma vez que nesse período, mais de 60% dos hospitais nacionais possuíam menos de 50 leitos, mas correspondiam a apenas 18% do total de leitos do sistema.

Com esse excessivo número de hospitais municipais e o baixo percentual de leitos, restou verificado a ineficiência dos indicadores de taxa de ocupação, média de permanência e valor médio de AIH. Com a verificação desse problema, somente em 2005, que foi lançado pelo Ministério da Saúde a Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte (PNHPP), ganhando evidência em 2006, quando ocorreu a efetivação das adesões estaduais à política.

Nesse caminho, na década de 2010 os indicadores ainda não aviam evoluído, evidenciando a manutenção do cenário no qual os pequenos hospitais brasileiros apresentam baixas taxas de ocupação e atendem pacientes de competência da carteira da atenção básica.

Portanto, verifica-se que muitas dessas internações dos hospitais menores poderiam ser evitadas, com melhoria da eficiência e redução do custo, caso a atenção básica, caso fosse mais resolutiva.

Por fim, é necessário caminhar para uma maior evolução da atenção básica e da atenção hospitalar, num primeiro momento, com a realização de campanhas amplas e gerais divulgando a competência da carteira da atenção básica e quais os casos os pacientes devem procurar a atenção hospitalar. Com a definição bem delimitada e a educação da população, por si só, será melhorada a saúde como um todo, culminando numa melhor eficiência.

Ademais, a educação e capacitação dos gestores SUS é primordial para o correto funcionamento do financiamento do SUS, com aumento da produção e co-financiamento pelos Entes Federados, de acordo com a competência, eliminando a ideia de sucateamento do SUS e de seus hospitais, com a correta aplicação dos recursos, maiores investimentos planejados e elaboração de planos de ação e trabalho que efetivem a aplicação dos recursos e propiciem a melhora na eficiência dos atendimentos aos pacientes.

O SUCATEAMENTO DAS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS

De antemão, um dos principais aspectos que contribuem para a insuficiência da rede é a má qualidade da assistência às urgências e emergências é a má aplicação das políticas de saúde para nortear o nível de atenção e o financiamento deficitário destes setores.

Logo, considerando os tipos de patologias atendidas nas emergências, pode-se dizer que esses serviços são utilizados indevidamente no Brasil, pois cerca de 65% dos pacientes poderiam ser atendidos em ambulatórios (LOVALHO, 2004). No entanto, o problema vem do grande acúmulo de pacientes nos serviços de emergências ocorre tanto no Brasil quanto no exterior, apesar das diferenças econômicas entre os países e as fontes de financiamento da assistência.

Dessa forma, o primeiro grande problema verificado é sobre a cultura da população, no qual pacientes com problemas pertinentes à atenção básica frequentam os serviços de emergência em vários países. (DERLET & NISHIO, 1990; GEORGE, READ & WESTLAKE, 1993).

CARRET, FASSA E DOMINGUES (2009) revisaram os estudos sobre a utilização inadequada de serviços de emergência. Os mencionados autores reforçam que os serviços de emergência devem ser utilizados em circunstâncias específicas e que a utilização inadequada é prejudicial para os pacientes graves porque impedem o acesso ao atendimento de quem realmente necessita.

Além disso, o acesso à rede primária reduz o uso inapropriado de serviços de emergência, em especial, se o paciente tiver o atendimento adequado e fácil acesso ao atendimento da atenção básica.

Ademais, a superlotação constante nas urgências e emergências, o uso irracional dos serviços de emergência e dos leitos hospitalares, bem como a subutilização desses serviços, atribuída a heterogeneidade de utilização dos serviços hospitalares em contraponto a uma rede não planejada dificulta ainda mais a universalidade dos serviços.

Nesse interim, a insuficiência do atendimento de especialidades e de investigação diagnóstica gera um grande estrangulamento na assistência que inviabiliza a integralidade e produz grande parte das pequenas urgências, compondo o grupo que superlota as emergências e inclusive, a atenção básica.

Portanto, verifica-se que os serviços de urgência se programam para atender urgências e emergências em saúde, mas na verdade recebem demandas espontâneas de atendimento não emergencial incompatíveis com o esperado, atendendo, portanto, uma demanda da atenção básica.

Com isso, cria-se um ambiente desfavorável e desmotivados, eventualmente até mesmo hostil, para o atendimento do demandado nos espaços de assistência do SUS. Na emergência, por esse tipo de atendimento ser considerado 'inadequado', e na atenção básica, por ser menos valorizado do que as demandas programáticas e as ações de prevenção e promoção da saúde.

É preciso reconhecer que o padrão de assistência oferecido dentro da atual rede de serviços do SUS está fragilizado. Existe uma desvalorização velada das necessidades da população atendida e uma perversidade social que acaba por não solucionar problemas como carência de recursos humanos, ausência de diálogo com os trabalhadores, péssimas condições de trabalho e relação profissional/usuário no limite do aceitável.

CONCLUSÃO

Ante o exposto, verifica-se que os hospitais brasileiros possuem, em sua maioria, uma demanda que não é sua e sim da atenção primária, culminando nas ineficiências de escala e redução da qualidade, tanto em termos de gestão organizacional quanto de produção de saúde, impactando diretamente na qualidade do atendimento ao paciente e no direito a saúde de forma integral, universal e igualitária preconizada pela Constituição Federal.

Além disso, verifica-se que a rede de atenção hospitalar no Brasil não garante a integralidade da atenção à saúde, comunicando-se pouco ou quase nada com a atenção básica, apresentando dificuldades na definição da carteira de serviços e no encaminhamento correto dos pacientes de acordo com a sua necessidade, executando, inclusive, ações duplicadas, tanto com a atenção primária quanto com os hospitais de referência.

Os serviços da atenção básica foram pulverizados, consumindo uma enorme quantidade de recursos que poderiam na verdade, assegurar maior retorno ao sistema de saúde utilizados pelos pacientes SUS.

Desse modo, a Política Nacional de Atenção Hospitalar visava justamente a reorganização do sistema, mas ainda são necessários debates e ações profundas visando o aumento da eficiência da atenção hospitalar no Brasil.

Em que pese não abordado no presente artigo, muitos hospitais de pequeno porte, se encontram em déficit financeiro, devido ao não fechamento da produção ou mesmo a baixa produção e não recebimento de recursos pelo não cumprimento das metas e indicadores necessários.

Portanto, o reordenamento da rede de atenção hospitalar deve ter como base norteadora a garantia do acesso à saúde de forma efetiva e eficiente, a integralidade do cuidado, a qualidade das ações e a eficiência do sistema como um todo.

A reorganização da atenção hospitalar deve levar alguns fatores fundamentais, como as várias especialidades, as particularidades de cada localidade e o financiamento pelos Entes Federados partindo do Governo Federal com diretrizes gerais, observando que os quase 5.000 hospitais de pequeno porte existentes no país não constituem um grupo homogêneo.

Por fim, deve-se ressaltar que no Brasil, um país de dimensões continentais, com disparidades regionais marcantes múltiplos atores presentes, impossibilita a aplicação eficiente do princípio da universalidade, carecendo de uma reestruturação e principalmente, conscientização da população sobre a carteira de serviços e competência dos hospitais, com o objetivo de mudança para melhor do cenário atual.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, JD de. **O direito à saúde: um problema de administração e de política**. Rev bras educ med [Internet]. 1979Sep;3(3):07–21. Available from: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v3.3-003>

AMERICAN Heritage Dictionary of the English Language New York, N. Y. Deli Publishing, Co., 1970.

BRASIL. Advocacia-Geral da União (AGU). Consultoria-Geral da União. **Consultoria Jurídica da União no Município de São José dos Campos – SP**. Cartilha convênios. Brasília, 2011. Elaborado com base no Parecer 004/2010/JCB/CJU-SJC/CGU/AGU.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Promulgada em 5 de outubro de 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 26 out. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Contratualização**. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/atencao-especializada-e-hospitalar/contratualizacao#:~:text=A%20contratualiza%C3%A7%C3%A3o%20de%20um%20processo,de%20ajuste%20C%20PCEP%20ou%20outro.>>>. Acesso em: 3 nov. 2023.

Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação-Geral de Apoio e à Gestão Descentralizada. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida**, em Defesa do SUS e de Gestão – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Especializada. Análise do processo de contratualização dos hospitais de ensino e filantrópicos no SUS**: dificuldades, perspectivas e propostas / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. **Manual de orientações para contratação de serviços de saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 82 p.: il.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 3.410, de 30 de dezembro de 2013. **Estabelece as diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)** em consonância com a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP). Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 30dez. 2013. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt3410_30_12_2013.html>. Acesso em: 3 nov. 2023.

BRASIL. **PNASS**: Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BORGES, Alice Gonzalez. Consórcios Públicos. **Nova Sistemática e Controle**. Revista Eletrônica de Direito Administrativo, Salvador, n. 6, p. 1-25, maio/jul. 2006.

BOTEGA, L. de A., ANDRADE, M. V., & GUEDES, G. R.. (2020). **Profile of general hospitals in the Unified Health System**. *Revista De Saúde Pública*, 54, 81. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001982>

CARPANEZ, Luciana Reis; MALIK, Ana Maria. **O efeito da municipalização no sistema hospitalar brasileiro: os hospitais de pequeno porte.** Ciência & Saúde Coletiva [online]. v. 26, n. 4 [Acessado 16 Novembro 2023], pp. 1289-1298. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232021264.07242019>>. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021264.07242019>.

CARRET, M. L. V.; FASSA, A. G. & DOMINGUES, M. R. **Prevalência e fatores associados ao uso inadequado do serviço de emergência:** uma revisão sistemática da literatura. Cadernos de Saúde Pública, 25(1): 7-28, 2009.

"*CHARTER of the United Nations*", New York, N. Y., United Nations Publications, 1975. Ver também: "*CONSTITUTION of the World Health Organization*", WHO Chronicle, 1:29, 1947.

CHISHOLM D.; EVANS, DB. **Improving health system efficiency as a means of moving towards universal coverage.** *World health report: Background paper* Geneva: World Health Organization; 2010.

CRANTSCHANINOV, Tamara I.; MEDEIROS, Anny K.; ALVES, Mário A. **Elementos determinantes e impactos da adoção de instrumentos de administração da performance no setor público:** estudo comparado entre os municípios de São Paulo e Osasco. Gestão & Planejamento, Salvador, v. 19, p. 20-23, 2018.

DERLET, R. W. & NISHIO, D. A. **Refusing care to patients who present to an emergency department.** Annals of Emergency Medicine, 19(3), supl.: 262-267, 1990.

DONABEDIAN, Avedis. **The seven pillars of quality.** Archives of Pathology & Laboratory Medicine, Washington, v. 114, n. 11, p. 115-118, 1990.

FERRAZ, Luciano. *Licitações: estudos e práticas.* 2. ed. Rio de Janeiro: Esplanada, 2002.

FIGUEIREDO, Lucia Valle. **Curso de Direito Administrativo.** 6. ed., rev. e atual. São Paulo: Malheiros editores, 2003.

FIOCRUZ, Brasília. **Contratualização de desempenho institucional no SUS:** resultados de pesquisa de opinião / Fiocruz Brasília -- Brasília, DF: Fiocruz Brasília; Saberes, 2018.84 p.: il.; tab.; graf.

GEORGE, S.; READ, S. & WESTLAKE, L. **Differences in priorities assigned to patients by triage nurses and by consultant physicians in accident and emergency departments.** Journal of Epidemiology and Community Health, 47(4): 312-315, 1993.

GUIMARÃES, Eduardo Augusto. **Credenciamento como hipótese de inexigibilidade de licitação.** 1998-2017. Disponível em: <http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=10573>.

HOLLINGSWORTH B. **The measurement of efficiency and productivity of health care delivery.** *Health Econ* 2008; 17(10):1107-1128.

LEI Nº 8.666, DE 21 DE JUNHO DE 1993. **Regulamenta o art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal.** Institui normas para licitações e contratos da Administração Pública e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 22 jun. 1993.

LIBERATTI, Vanessa M. et al. **Percepção de gestores, prestadores e auditores sobre a contratualização no Sistema Único de Saúde.** Trabalho, Educação e Saúde, v. 18, n. 3, 2020, e00274105.DOI: 10.1590/1981-7746-sol00274.

LIMA, Sheyla Maria Lemos; RIVERA, Francisco Javier Uribe. **A contratualização nos Hospitais de Ensino no Sistema Único de Saúde brasileiro.** (2012) *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(9), 2507–2521. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000900031>

LOVALHO, A. F. Administração de serviços de saúde em urgências e emergências. *O Mundo da Saúde*, 28(2): 160-171, 2004.

MAIA, Aíka B. B. et al. **Compilação técnico-científica acerca da auditoria e gestão de qualidade: revisão integrativa.** *Revista de Enfermagem UFPE on-line*, Recife, v. 11, supl. 3, p. 1.489-1.494, 2017. Acesso em: 10 nov. 2023.

MACHADO, Renato C.; FORSTER, Aldaísa C. **Avaliação de um modelo de contratualização de dois hospitais filantrópicos de São José do Rio Preto/SP.** *Espaço para a Saúde*, Londrina, v. 18, n. 1, p. 81-89, 2017.

MERHY, Emerson Elias. **Comando Único: uma história das experiências do SUS.** Niterói, RJ: UFF, 2003. Contribuição para a Conferência Municipal de Saúde do Recife – 2003. Disponível em: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/artigos-20.pdf>.

MORROW, J. H. & EDWARDS, B. - **“U.S. Health Manpower policy: wil the benefits justify the costs?”**, *Journal of Medical Education*, 51:791-805, 1976.

NOVELLI, Flavio Bauer. **A eficácia do ato administrativo.** Disponível em: [http:// bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rda/article/viewFile/20941/19659](http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rda/article/viewFile/20941/19659).

SANTOS, Thadeu Borges Souza; PINTO, Isabela Cardoso de Matos. **Contratualização da gestão hospitalar versus regulação em saúde: agências, controle estatal e avaliação no SUS.** *Anais do Instituto de Higiene e Medicina Tropical*. 16, (Jun. 2017), 47-53. I. 2017. DOI: <https://doi.org/10.25761/anaisiht.43>.

SPINELLI, Mário Vinícius Claussen; LUCIANO, Vagner de Souza. **Licitações e Contratos.** Apostila de Licitações e Contratos Administrativos-CGU: Licitações e Contratos. Disponível em: https://www.ifsertao-pe.edu.br/reitoria/images/licitacoes/apostila_agu/apostila_de_licitacoes_e_contratos_administrativos%20cgu.pdf. Acesso em: 10 nov. 2023.

WEICHERT, Marlon Alberto. **Saúde e Federação na Constituição Brasileira.** Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2004.