A organização da saúde em Curitiba: estudo de caso de leitos hospitalares

Neusa Maria dos Santos (PUCPR) neumds@hotmail.com

Resumo:
O estudo trata sobre a organização da saúde em Curitiba e visa analisar a questão dos leitos hospitalares nas três esferas de governo. Estes leitos deverão atendem a população de Curitiba. Constatou-se que existem 24 hospitais de atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) na cidade de Curitiba. Pode-se dizer que a maioria dos leitos existentes são para pacientes particulares e de convênio. Sendo 2685 leitos para pacientes do SUS.

Palavras chave: leitos, serviços, saúde, hospitais, pacientes.

1 Introdução

A maioria das organizações hospitalares é financiada pelo governo em suas três esferas: municipal, estadual e federal. Mas antes de entrar mais a fundo sobre esse tema é necessário entender o que é um hospital. Para Santos (2002), a etimologia da palavra deve a origem ao Egito e Índia. Conforme a literatura, hospital deriva da palavra hospes, que significa hóspede.

Então se pode dizer, conforme Cherubin e Santos (2002), que os hospitais na antiguidade eram lugares para hospedar e por muito tempo associado a lugar de pobres e pessoas enfermas. O conceito de hospital, nos dias de hoje, vem por intermédio da Organização Mundial da Saúde (OMS), como espaço de recuperação do bem-estar físico-mental.

A justificativa deste estudo é averiguar se os leitos dos hospitais que trabalham com o SUS conseguem abranger a população de Curitiba, que, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no ano de 2016 a estimativa é 1.893.997 pessoas. No ano de 2010 quando foi realizado o último censo do IBGE e constatou que havia 835.115 homens e 916.792 mulheres.

O objetivo geral desta pesquisa é estudar a relação entre população, hospitais e leitos hospitalares na cidade de Curitiba. Segundo Salu (2013) os hospitais públicos destinam 25% de seus leitos para pacientes dos convênios e particulares. Então, neste sentido, a capacidade instalada dos hospitais é atender aos usuários do SUS onde 75% dos leitos são destinados aos usuários do SUS. Já o objetivo especifico é verificar quantos leitos existem por especialidade.

Os hospitais são caracterizados por quatro níveis: (1) especializado, (2) geral, (3) Pronto Socorro e (4) Hospital de referência sem emergência. Aqui em Curitiba os hospitais são caracterizados como sendo por especialidade, ou seja, cada um se especializa em determinada doença.

Em Curitiba existem 24 hospitais que atendem a SUS sendo eles: Federal, Municipal, Estadual, Privado, e filantrópicos que são os que não têm fins lucrativos. Esses diversos hospitais atendem diferentes especialidades e alguns trabalham com uma ou mais especialidades.

O problema de pesquisa que se quer resolver trata sobre como a quantidade de leitos hospitalares em de Curitiba impactam na internação dos pacientes, e por isso apresentamos as devidas hipóteses.

Hipótese 1: O número de leitos é suficiente.

Hipótese 2: Os leitos abrangem toda a população ou beneficia apenas determinados estratos sociais?

Hipótese 3: Quem mais interna são homens ou mulheres? Existe implicitamente um componente sexista neste aspecto?

As funções dos hospitais para Borba (1998) são (1) restaurativas: compreende o diagnóstico e internação que são os leitos hospitalares; (2) preventiva: no sentido de controle de doenças e gravidez e (3) educativa: de graduação, especialização e clínicos gerais. A lei 80.80/1990 diz

que:

> "o dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação. " (BRASIL, 1990)

Conforme a lei 80/80, todo o cidadão tem direito de receber atendimento qualificado ou até mesmo uma internação nas diversas especialidades médicas.

2 Referencial teórico-empírico

Para Ibañez e Neto (2008) as organizações hospitalares são caracterizadas como pessoa jurídica e estão presentes nas três esperas de governo, como é o caso do Hospital de Clínicas do Paraná, gerenciado pelo governo federal. Ibañez e Neto (2008) destacam que os hospitais podem ser caracterizados ainda como entidades sem fins lucrativos, que é, na verdade, uma organização que não visa lucro. Como exemplo, temos a Santa Casa de Misericórdia.

Gonçalves (2006) menciona que o hospital vem sendo atingido por dois conceitos que são sobre fatos e fatores que influenciam na assistência em saúde do paciente. Geralmente quando se está doente, espera-se encontrar no hospital um aparato que envolva funcionários, equipamentos e uma política de atendimento para lhe proporcionar uma assistência durante a estadia no hospital.

Gonçalves (2006) diz que o corpo clínico do hospital é fundamental e deve levar em consideração a titulação acadêmica, mas também o relacionamento entre paciente e médico. Outro fato é com relação aos equipamentos que o hospital dispõe para o paciente internado. Os equipamentos devem ser capazes de garantir, além do tratamento especializado às necessidades dos pacientes, a completa "higienização do hospital". (2006, p. 2)

Gonçalves (2006) menciona que a grande população do Brasil é tratada pelo Sistema Único de Saúde, o SUS. A remuneração dos hospitais é realizada por meio de uma tabela que, diga-se de passagem, é ultrapassada. Algumas pessoas recorrem ao convênio médico, mas é uma pequena parcela pois a grande maioria espera para ser atendida no SUS.

O hospital é considerado um sistema complexo, isso porque existem diversos fatores que interagem em um mesmo ambiente. O hospital envolve questões econômicas, políticas, sociais, tecnológicas, cultura e planejamento organizacionais e políticas de saúde pública. Segundo Gonçalves (2006), esses fatores são fundamentais com relação ao mercado e cliente para que haja maior flexibilidade e adaptação frente às mudanças.

Tajra (2010) considera importante especificar os três níveis hierárquicos da estrutura hospitalar. O primeiro é o estratégico, onde as decisões são tomadas pela alta gerencia. Já o tático é um nível que se encontra no intermediário, onde ocorre interação entre estratégico e operacional. Neste nível ainda é necessário que o gestor tome cuidado com as decisões a serem tomadas. O terceiro nível é o operacional, sendo ele o mais baixo nas decisões determinantes para a organização. Geralmente este nível cumpre as decisões dos níveis estratégico e tático.

Spiller et. al (2009) dizem que houve uma redução dos profissionais de saúde no posto de atendimento em virtude dos sistemas computadorizados e o "controle centralizado de sinais em diversos leitos de uma Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) " (2009, p. 66). Para o autor, a redução por parte dos profissionais não prejudicou a qualidade do atendimento da paciente.

Para Borba (2008), a área da saúde, principalmente o setor público, está passando por uma forte transformação pela qual o SUS delega através das políticas de saúde "proposta" por ele mesmo para descentralização. A constituição de 1988 sofreu uma transformação com relação à descentralização. Cabe destacar neste momento o que é descentralização: é caracterizada quando se tem um poder antes detentor e passa a ser dividido, por grupos, pessoas e setores de uma organização.

O leito hospitalar, que é o foco deste estudo, para Pereira (2013) "nunca foi tão valorizado". Os leitos tornaram-se focos centrais nas organizações hospitalares. Pequenos hospitais com menos de 120 leitos dificalmente conseguem um desempenho satisfatorio com relação à produtividade.

Pereira (2013) diz ainda que os hospitais brasieliros de pequeno porte têm por média 71 leitos. Existe hoje no Brasil um défict de hospitais que atendam o SUS, pois há 2.192 públicos e 4.101 privados. Pereira não deixa claro se os hospitais privados atendem ou destinam 75% de seus leitos aos pacientes do SUS, caso eles sejam filantropicos existe essa destinação. Ainda conforme Pereira, existem 448.954 leitos no Brasil. Já nos Estados Unidos da América (EUA), o dobro em 5.7414 hospitais. Ou seja, comparando os EUA com o Brasil existem mais hospitais no Brasil e mais leitos no EUA, totalizando 924.333 leitos no EUA.

Pereira menciona ainda que no "Brasil tem 2,3 leitos por mil habitantes". Essa taxa é muito baixa com relação ao estipulado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que deveria ser "3 a 5 leitos por mil".

Pereira destaca ainda que:

> Entre os principais agravantes do quadro atual está o fechamento de 286 hospitais particulares nos últimos cinco anos. A análise da Anahp aponta para duas perspectivas: se o crescimento do número de clientes dos planos de saúde for de 2,1%

> ao ano, serão necessários pelo menos 13,7 mil novos leitos até 2016, com investimentos estimados de R$ 4,3 bilhões. Ou, considerando-se a média de crescimento do setor nos últimos cinco anos, que foi de 4,1%, a necessidade de novos leitos sobe para 23,2 mil, com investimento de R$ 7,3 bilhões. É plenamente justificável o fato de os hospitais, já lotados, investirem tempo e inteligência na busca de soluções". (PEREIRA, p. 25).

Segundo Pereira, tem que haver um planejamento, determinar metas com relação a utilização dos leitos. Um dos principais setores do hospital, o da internação, precisa ser muito agil e se programar com relação a alta em determinado periodo " e confiar na informação que recebe". Essa informação mencionada acima é fundamental pois caso ocorra falha no sistema pode ter consequencias erradas. Como, por exemplo, "a transferência de um novo paciente sem saber que um novo leito estará desocupado em breve" (PEREIRA, p. 26).

Conforme Pereira, a informação sobre a quantidade de leitos tem que estar disponível no período da manhã, pois é nesse horario que ocorrem as "internações eletivas". Para Andrade et.al (2000), os leitos hospitalares podem ser foco de contamização se não forem bem higienizado, porque é um dos ambientes mais sujeitos a infecções hospitalares.

O estudo de Andrade et. al (2000) cita sobre a higiene dos colchões como uma das formas de controle da contaminação do hospital. O trabalho de Andrade et.al. (2000) é muito importante pois contribui no sentido de prevenção da contaminação do leito para diversos pacientes, reduzindo assim o índice de infecção.

Castro et. al (2005) realizou um estudo sobre a análise de utilização de serviços hospitalares no Brasil e constatou que "a oferta de serviços de saúde" é uma informação pouco explorada no Brasil e para analisar essa questão é fundamental na compreensão de serviços hospitalares, como, por exemplo, internação que envolvem custos e políticas públicas envolvendo investimentos em saúde nos diversos hospitais.

Pesquisa de Sapata (2006) mostra que 7 a 9% da população necessita de internação hospitalar e neste caso deve haver disponibilidade de leitos hospitalares para a população brasileira será tratada pelo SUS. Para Sapata, o setor de saúde na área pública:

> "cujo atendimento hospitalar é realizado pelas organizações públicas governamentais e pelas entidades privadas vinculadas ao Sistema Único de Saúde (SUS), mediante o estabelecimento de contratos e convênios, é responsável por cerca de 70% das internações hospitalares [...]". (2006. p. 58)

A extensão do atendimento do SUS integra os serviços de saúde, que estão relacionados a organizações públicas ou particulares cujos aparatos tecnológico, recursos humanos e infraestrutura tem por finalidade executar suas atividades buscando sempre assistência à saúde a prevenção e resolução de doenças.

A OMS define a saúde no Brasil como sendo formada por uma complexa rede de diferentes itens, tais como: hospitais públicos municipal, estadual e federal, filantrópicos e particulares com ou sem fins lucrativos. Na área da saúde o SUS faz o reembolso para entidades privadas que atendem ao sistema. Os hospitais privados são os que mais atendem o SUS por serem em maior quantidade de hospitais que os públicos. Entende-se que a maior parte dos leitos hospitalares se encontra nos hospitais privados.

Existem vinte e cinco classificações dos leitos hospitalares detalhadas logo abaixo: (1) **leito hospitalar de internação** e caracterizada como sendo uma cama com numeração para um determinado paciente com localização na enfermaria ou quarto privativo e coletivo. (2) **leito de observação reversível:** esse tipo de leito utiliza-se de estratégias do hospital para uma a reversibilidade. (3) **leitos planejados:** são aqueles leitos previstos no hospital cuja destinação é para internação. (4) **leitos desativados**: são os leitos que de certa forma foram desativados por alguma razão ou até mesmo fechamento da unidade assistencial. Caso o hospital não tenha mais capacidade de manter os leitos eles devem ser desativados e comunicado e atualizar no Ministério da Saúde (MS). (5) **leitos operacionais:** é aqueles leitos que mesmo desocupado são utilizados em um determinado tempo. (6) **leito vago:** são leitos que se encontra desocupado por um terminado tempo. (7) **leito ocupado**: esse leito caracteriza como sendo ocupado por um período de tempo pelo paciente. (8) **leitos bloqueados:** são aqueles que são destinados a internação, mas por uma razão está bloqueado ou interditado. (9) **leitos instalados:** são aqueles que devem ser cadastro no MS e por alguma finalidade ou razão não pode ser ocupado. (10) **leitos hospitalares de observação:** esse tipo de leito tem supervisão de enfermagem e do médico. Um exemplo de leito por observação são os leitos-dia onde ocorre uma supervisão por um determinado tempo. (11) **leitos de isolamentos**: são aqueles que exigem isolamento contra barreias de contaminação e também são pacientes com doenças que podem ser transmissíveis. (12) **alojamento conjunto:** são para bebês que nascem de certa forma sadios ficando em observação por 24horas até a alta da mãe. (13) **leitos de pré-parto:** é leitos onde se encontra na sala de pré-parto até o nascimento do bebê. (14) **leito especializado**: são leitos destinados por especialidades médicas. (15) **leito infantil:** destinado para as crianças que se encontram enfermas. (16) **leitos indiferenciados**: são leitos destinados aos pacientes de qualquer especialidade médica. (17) **leito de longa permanência:** são leitos onde o paciente fica internando por uma longa permanência por um período de 30 dias ou mais dias. (18) **leito de berçário para recém-nascido sadio:** são berços destinado aos bebês e o berçário não é no mesmo local da mãe. Os bebês ficam em um alojamento conjunto. (19) **Berço de recém-nascido em alojamento conjunto:** é berçário para bebês também sadio, mas esse tipo de berçário o bebe fica com a mãe. (20) **leitos de recuperação pós-cirúrgica**: são leitos para pós-anestesia e pós-cirúrgica oriundos do bloco cirúrgico esses pacientes deste tipo de leito aguardam a liberação de leito de internação caso sejam liberados pelo médico para leito de internação. (21) **Leitos de unidade de tratamento intensivo (UTI)**: é destinado a pacientes que tem risco e estão com a saúde em estado muito grave e necessitam de cuidados de enfermagem. (22**) leitos de unidade de tratamento semi-intensivo**: são destinados a pacientes que de alguma forma não necessitam de acompanhamento 24 horas, mas, requerem uma atenção. (23) **leitos extras:** são macas ou camas que não são destinadas para internação. (24) **leito de observação em berçário:** esse tipo de leito é destinado aos bebes recém-nascidos e requerem uma atenção nos primeiros dias

de vida por um tempo de 24 horas. (25) **leito de internação em berçário:** são para bebês prematuro e necessidade de tratamento hospitalar.

.2 Metodologia

A metodologia utilizada neste artigo foi qualitativa isso porque foi feito uma mensuração dos fenômenos sobre se as quantidades de leitos hospitalares são viáveis para atender a população de Curitiba. E quantitativa e descritiva tendo como técnica o estudo de caso. Essa pesquisa é também caracterizada como sendo pesquisa indutiva porque foi realizada a partir de um caso especifico sobre os leitos hospitalares.

Foi realizada ainda um levantamento de dados sobre o IBGE de população geral e também por meio sexista de homens e mulheres de Curitiba mas cabe ressaltar que esses dados de mulheres e homens são do último censo do IBGE de 2010. Todas informações foram extraídas da internet por meio de sites do IBGE e Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Com relação aos dados Eco (2016) afirma existem duas variáveis, ou seja, dados primários ou secundários. A respeito desta informação dita por Eco este estudo buscou dados secundários que são trabalhos que já foram publicados e aparecem neste estudo com outro enfoque.

Com relação a localização, esta pesquisa foi realizada no Estado do Paraná em especifico na cidade de Curitiba. As amostras envolvem 24 hospitais, estimativa de população de 2016, leitos hospitalares, gênero dos dois sexos, ou seja, homens e mulheres da cidade. Quanto a confiabilidade Collis e Hussey (2005), diz respeito ao que foi descoberto. Neste sentido o que se constatou foi de que os leitos hospitalares não abrangem toda população de Curitiba isso porque a maioria dos leitos existentes são para pacientes de particular e convênio.

Buscou estudos de outros autores sobre o assunto desenvolvendo uma pesquisa exploratória. Essa pesquisa buscou-se dados do CNES a respeito dos leitos hospitalares e também a quantidade de hospitais que atendem ao SUS.

Respondendo o problema de pesquisa sobre as quantidades de leitos hospitalares em Curitiba pode-se afirmar que ocorre um impacto nas internações dos pacientes e não existem leitos hospitalares suficientes para a grande maioria da população é necessário entrar em uma fila de espera para ser internado devido alguma complicação de determinada doença que exija internação.

Respondendo as hipóteses

Hipótese 1: O número de leitos é suficiente? Constatou-se que não.

Hipótese 2: Os leitos abrangem toda a população ou beneficia apenas determinados estratos sociais? Constatou-se que os leitos abrangem uma pequena parte dos estratos sociais.

Hipótese 3: Quem mais interna são homens ou mulheres? Existe implicitamente um componente sexista neste aspecto? Neste artigo não deu para verificar quem interna mais se homens ou mulheres devido o IBGE não informar este tipo de dados.

3 Resultados

Hospitais	Natureza Jurídica	Leitos Existentes	Leitos SUS por hospitais 2017
Hospital do Trabalhador	Estadual	172	172
Hospital de Clínicas do Paraná	Federal	501	501
Hospital Universitário Evangélico	Privado	445	373
Maternidade Mater Dei	Privado	55	55
Hospital Victor Ferreira do Amaral	Federal	42	42
Hospital Menino Deus	Privado	37	24
Maternidade Bairro Novo	Municipal	41	41
Hospital de Olhos	Privado	22	14
Hospital Pequeno Príncipe	Privado	315	184
Hospital da Cruz Vermelha	Privado	120	78
Hospital Santa Casa de Misericórdia de Curitiba	Privada	179	122
Hospital Osvaldo Cruz	Estadual	42	42
Hospital da Policia Militar	Estadual	31	4
Hospital Hélio Rotenberg	Privado	434	378
Hospital Universitário Cajuru	Filantrópico	177	177
Hospital São Lucas	Privado	32	4
Hospital Madalena Sofia	Privado	54	50
Hospital Erasto Gaertner	Privado	136	108
Hospital São Vicente - Centro	Privado	107	56
Hospital do Idoso Zilda Arns	Municipal	108	108
Hospital Nossa Senhora das Graças	Privado	183	7
Hospital Espirita de Psiquiatria Bom Retiro	Filantrópico	270	120
Hospital de Reabilitação do Paraná	Estadual	25	25
Fonte: Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES)			

Tabela 1 - Distribuições dos hospitais em Curitiba com relações aos leitos hospitalares e suas naturezas jurídica.

Segundo o CNES, em Curitiba 24 hospitais trabalham com o SUS. Destes 24, somente dois é Federal, que é o caso do Hospital de Clínicas do Paraná e também o Hospital Victor Ferreira do Amaral. O mesmo ocorre com o Hospital do Trabalhador, três na esfera Estadual que são Hospital Osvaldo Cruz, Hospital da Policia Militar e Hospital de Reabilitação do Paraná. Já os hospitais municipais são dois, o Hospital do Idoso Zilda Arns e o Maternidade Municipal Bairro Novo, e os filantrópicos são dois: Bom Retiro e Hospital Cajuru. Portanto, a rede privada comporta a maioria do sistema de atendimento do SUS na capital paranaense com 13 hospitais privados. Segue abaixo o gráfico 1 sobre a natureza jurídica dos hospitais de Curitiba.

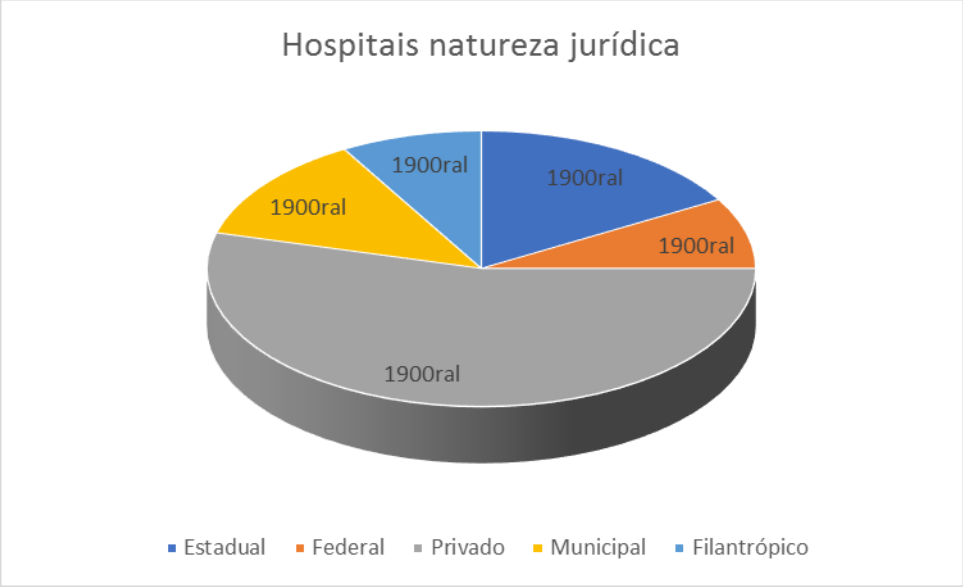

Gráfico 1 - Natureza jurídica dos hospitais.

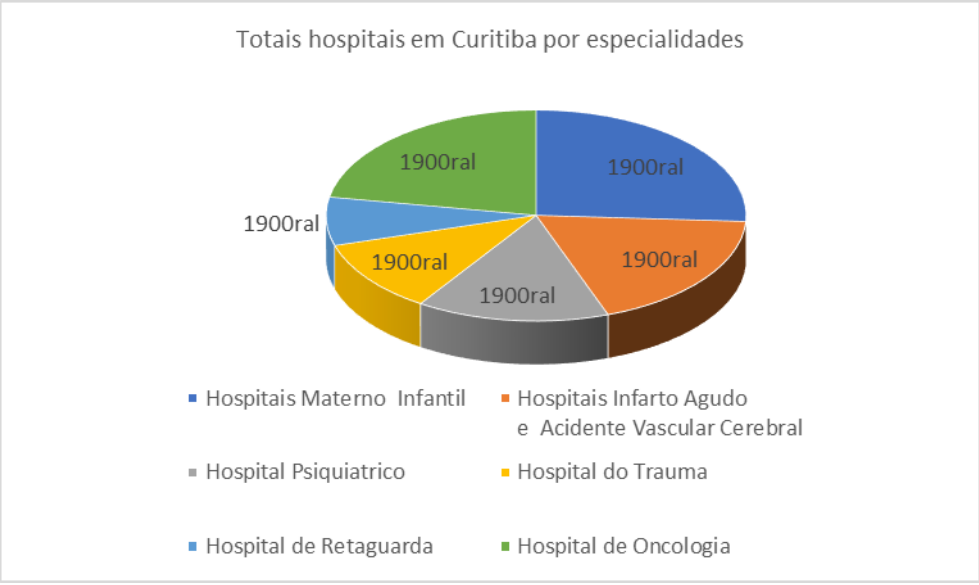

Gráfico 2 – Relações dos hospitais por especialidades

O total de hospitais que atendem ao SUS em Curitiba é de 24, mas pelas especialidades indicadas no gráfico acima constatou-se que alguns hospitais aparecem duas ou mais vezes nas diferentes especialidades. Por isso, parece haver 27 hospitais, mas na verdade são 24, isso porque alguma especialidade se repete no mesmo hospital ou é ofertada duas vezes no mesmo

hospital. Respondendo ao objetivo geral da pesquisa se constatou que quase a metade dos leitos são para pacientes do SUS.

Respondendo o objetivo especifico desta pesquisa com base dos dados existem seis hospitais que trabalham com oncologia. Com relação a especialidade de trauma apenas três trabalham com essa especialidade. A especialidade de psiquiatria existe quatro hospitais. Os hospitais maternos infantis são sete hospitais que trabalham com essa especialidade. Os hospitais que trabalham com Infarto Agudo e Acidente Vascular Cerebral são cinco. Hospitais de retaguarda são os que apresenta maior número de especialidade.

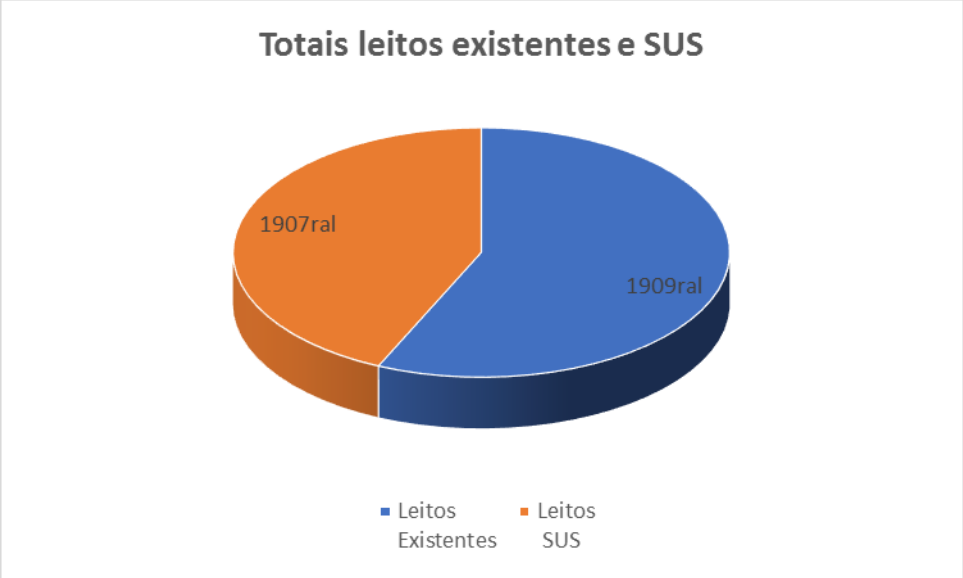

Gráfico 3 - Relação da distribuição de leitos existentes e Curitiba e totais leitos SUS

Analisando o gráfico 3 sobre totais leitos existentes que de alguma forma são leitos que atendem pacientes particular ou de convênio sendo esses leitos em maior número. Já os leitos que atendem pacientes do SUS aparece em menor quantidade num total de 2685 leitos para atendem a população de usuários do SUS. Mas ao mesmo tempo a procura por leitos do SUS abrangem maior usuários do sistema.

Conclusão

Salu (2013) afirma que 75% dos leitos hospitalares são destinados ao usuário do SUS, o estudo constatou que a maioria dos leitos hospitalares do SUS representa 76,11% e destinados aos usuários do SUS na cidade de Curitiba. Então essa afirmação de Salu (2013) foi constatada como verídica e de grande validade.

Os leitos hospitalares são caracterizados como sendo de grande relevância no que diz respeito aos leitos hospitalares em alguns hospitalizais esses leitos são de gestão de leito por sistemas dos pacientes que saem do leito ou que tiveram alta para colocar outro paciente no leito vago é necessária uma boa gestão desses leitos.

Referências

BORBA, G. S. de**. Gestão hospitalar**: identificação das práticas de aprendizagem existentes em hospitais. Revista Saúde e Sociedade. v.17 n.1 São Paulo: jan./mar. 2008 Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412902008000100005&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 22/05/2017

BORBA, V. R. **Administração hospitalar:** princípios básicos. 2.ed São Paulo: CEDAS 1988.

BRASIL. Lei. 8080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 27/04/2017.

CASTRO, Mônica Silva Monteiro; TRAVASSOS, Cláudia; CARVALHO, Marilia Sá. Efeito da oferta de serviços de saúde no uso de internações hospitalares no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 39, n. 2, p. 277-284, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102005000200020&lng=pt&tlng=pt> Acesso em:23/05/2017.

CHERIBIN. N. A; SANTOS, N. A. **Administração hospitalar fundamentos.** 3ed. São Paulo: Loyola 2002.

COLLIS, J. HUSSEY R. **Pesquisa em administração:** um guia prático para alunos de graduação e de pós-graduação. 2.ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

DE ANDRADE, Denise; ANGERAMI, Emília LS; PADOVANI, Carlos Roberto. Condição microbiológica dos leitos hospitalares antes e depois de sua limpeza. **Revista de saúde pública**, v. 34, n. 2, p. 163-169, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102000000200010&lng=pt&tlng=pt> Acesso em: 23/05/2017.

ECO, H. **Como se faz uma tese**. 26 e.d São Paulo: Perspectiva, 2016.

GONÇALVES, E. L. **Gestão hospitalar:** administrando o hospital moderno. São Paulo: Saraiva, 2006.

IBAÑEZ, N.; NETO, G.V. **Modelos de gestão e o SUS. Ciência & Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro v.2. 2008. Disponível em:<http://producao.usp.br/handle/BDPI/14391> Acesso em: 23/05/2017.

LAKATOS, Eva M. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2001.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. Metodologia do trabalho científico. 4 ed. São Paulo: Atlas, 2007.

PEREIRA, I. **Gerenciamento de leitos:** desafio de mapear os nós que emperram o fluxo da assistência e de reconstruir processos com apoio tecnológico e interdisciplinar. Disponível em: <http://www.hsi.org.br/galeria/assessoria-imprensa/midia/ATT00046.pdf> Acesso em: 23/05/2017.

SALU, E. J. **Administração hospitalar no Brasil.** Barueri: São Paulo, Manole. 2013.

SAPATA, Maria da Penha M.; SOARES, Darli Antônio; SOUZA, Regina Kazue Tanno de. Utilização dos leitos hospitalares sob gestão pública em Município de médio porte da Região Sul do Brasil, 1998-2002. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 15, n. 2, p. 57-67, 2006. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S167949742006000200007> Acesso em: 24/05/2017

SOUZA, Francisca Mendonça; SOUZA, Adriano Mendonça; LOPES, Luis Felipe Dias. Previsão da demanda de leitos hospitalares por meio da análise de Série Temporais. **Ciência e Natura**, v. 31, n. 1, p. 33, 2009. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/cienciaenatura/article/view/9904/5945> Acesso em: 24/05/2017.

SPILLER, E. S.; SENNA, A. M. SANTOS, J. F. dos.; VILAR. J. M. **Gestão dos serviços de saúde.** 1 ed. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2009.

TAJRA, S. **Negociações e tomadas de decisões na saúde**. 1.ed São Paulo: Iátria, 2010.