

‘Hospital Semana’: estudo de caso de gerenciamento de leitos em contexto de déficit de pessoal

‘Hospital Week’: Case study of bed management in the context of healthcare staffing shortages

Claudia Marques Canabrava^{1,2}, Gustavo Jardim Volpe³, Olga Laura Sena Almeida³, Henrique Turin Moreira³, Altacílio Aparecido Nunes⁴, Benedito Carlos Maciel¹, Antonio Pazin Filho¹

DOI: 10.1590/2358-2898202514610389P

RESUMO Parte significativa da força de trabalho nos hospitais é composta pela equipe de enfermagem, cujos parâmetros de dimensionamento estão definidos. Seu descumprimento compromete a qualidade e a segurança do atendimento, sobrecarrega a equipe e pode provocar descontinuidade de serviços, inclusive o fechamento de leitos. Este estudo avaliou a estratégia ‘Hospital Semana’, no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, como alternativa à desassistência gerada pelo déficit de 20% de profissionais da equipe assistencial, acumulado entre 2016-2019. Trata-se de estudo de caso único, com abordagem de análise de implantação, que integrou dados secundários de leitos e internações, análise documental e entrevistas semiestruturadas com gestores e profissionais-chave do hospital. A estratégia consistiu na gestão flutuante de leitos entre dias úteis e finais de semana (FDS), com bloqueio temporário de até 23% dos leitos elegíveis no FDS. Os resultados demonstraram que, apesar da redução de pessoal, a instituição manteve o número de leitos ativos, a produção de internações e as cirurgias, sem impacto no perfil assistencial e tempo médio de permanência. A experiência, inédita no Sistema Único de Saúde, demonstrou viabilidade e potencial de replicação, especialmente em contextos de escassez de recursos humanos nos hospitais.

PALAVRAS-CHAVE Assistência hospitalar. Administração de serviços de saúde. Redução de pessoal. Número de leitos em hospital. Inovação organizacional.

ABSTRACT A significant portion of the hospital workforce is composed of nursing staff, whose staffing parameters are well defined. Noncompliance with these standards compromises the quality and safety of care, leads to staff overload, and may result in service discontinuity, including bed closures. This study evaluated the ‘Hospital Week’ strategy implemented at the Hospital das Clínicas of the Ribeirão Preto Medical School, University of São Paulo, as an alternative to mitigate care disruption resulting from a 20% deficit in healthcare personnel accumulated between 2016-2019. This is a single case study employing an implementation analysis approach, integrating secondary data on beds and hospital admissions, document analysis and semi-structured interviews with hospital managers and key professionals. The strategy involved the dynamic management of hospital beds between weekdays and weekends, with the temporary closure of up to 23% of eligible beds during weekends. The results indicated that, despite the reduced staffing levels, the institution maintained the number of active beds, inpatient admissions, and surgical procedures, with no significant impact on care delivery profiles or average length of stay. This novel experience within the Brazilian Unified Health System demonstrated both feasibility and potential for replication, particularly in contexts characterized by human resource shortages in hospitals.

KEYWORDS Hospital care. Health services administration. Personnel downsizing. Hospital bed capacity. Organizational innovation.

¹Universidade de São Paulo (USP), Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (FMRP) – Ribeirão Preto (SP), Brasil.
claudia.canabrava@usp.br

²Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais (FCMMG), Fundação Educacional Lucas Machado (Feluma) – Belo Horizonte (MG), Brasil.

³Universidade de São Paulo (USP), Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (FMRP), Hospital das Clínicas (HC) – Ribeirão Preto (SP), Brasil.

⁴Universidade Federal de São João del-Rei (UFSJ) – São João del-Rei (MG), Brasil.



Introdução

Os hospitais são sistemas complexos cuja estruturação pode ser definida, a partir de base teórica de Mintzberg, como 'burocracias profissionais'. Caracterizam-se por um núcleo operacional especializado que é responsável pela produção de serviços, cuja padronização esperada e necessária é regulada por órgãos externos e independentes da própria organização, tais como conselhos de classe¹.

Reflexo da proporção de 70% da força de trabalho em saúde no Brasil², a equipe de enfermagem, composta por enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, conforma parte significativa do núcleo operacional dos hospitais brasileiros. Além da proporção adequada para garantia de segurança e qualidade técnicas, segundo a complexidade do estabelecimento, a importância destes profissionais tem sido evidenciada também para a satisfação dos pacientes e melhores resultados e desempenho dos hospitais^{3,4}. Por outro lado, a inadequação de seu dimensionamento, com prejuízos significativos aos desfechos para os pacientes e a saúde dos trabalhadores, torna-se uma das maiores barreiras que se interpõem à garantia das capacidades assistenciais com qualidade, segurança e em tempo oportuno^{5,6}.

No Brasil, parâmetros para planejamento da força de trabalho da enfermagem estão estabelecidos, com força normativa, pelo Conselho Federal de Enfermagem (Cofen)⁷. No entanto, a garantia de sua execução em hospitais do Sistema Único de Saúde (SUS) não está dada. Os hospitais públicos, tanto os de gestão direta e indireta quanto os filantrópicos, sofrem pressão da variação de mercado e das políticas públicas estabelecidas para cofinanciamento em saúde. Recente exemplo foi a criação, em 2022, da Lei do Piso Nacional da Enfermagem⁸, resultado de luta da categoria e como o reconhecimento estatal da importância desta equipe no período pós-pandemia covid-19. Em 2023, foram descentralizados pelo governo federal R\$7,3 bilhões

para assistência financeira complementar aos estados e municípios com fins de pagamento do piso salarial aos profissionais de enfermagem^{9,10}. Embora atenda instituições públicas de gestão direta, reguladas por normativas da administração pública, a liberação desse recurso enfrenta dificuldades intrínsecas ao tema impostas pela Lei de Responsabilidade Fiscal, que determina que a despesa total com pessoal não poderá exceder 60% do percentual da receita corrente líquida nos estados e municípios, o que corriqueiramente afeta a gestão desses hospitais¹¹. Adicionalmente, deve-se considerar uma significativa rotatividade de pessoal nesses hospitais, e que o processo de substituição depende de autorização superior, o que torna esse processo bastante lento, contribuindo para a redução do número de servidores em atividade.

Sendo assim, especialmente para hospitais sob administração pública, a defasagem no número de recursos humanos acumulados ao longo dos últimos anos é um problema ainda sem solução^{2,6,12}, seja pela insuficiência do número desses profissionais e sua má distribuição através das regiões brasileiras, seja pela demora na reposição e na proporção necessária de profissionais afastados, aposentados ou falecidos; ou ainda, pela evasão e pela alta rotatividade em função de sobrecarga e más condições de trabalho.

Esta foi uma realidade vivenciada no período de 2016-2019 pelo Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, vinculado à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP). Sendo uma autarquia pública estadual, o HCFMRP-USP tem sua equipe assistencial composta majoritariamente por servidores públicos (73%), cuja aprovação para incorporação ou reposição automática foram proibidos a partir de 2015, como medida restritiva dentro da administração pública devido ao cenário econômico¹³. Sem outras medidas públicas de retenção da força de trabalho e de mitigação do ritmo natural de saídas (exoneração,

falecimento, afastamento, aposentadoria etc.), o HCFMRP-USP chegou a 2019 com déficit acumulado de 20% de sua equipe assistencial, cuja maioria (83%) era composta pela equipe de enfermagem.

Estrutura do hospital

Localizado na XIII Rede Regional de Atenção à Saúde (RRAS) do Estado de São Paulo, o HCFMRP-USP é um hospital público universitário, que presta serviços em nível terciário e quaternário para uma população de 3,6 milhões de pessoas da região nordeste do estado. É composto por duas estruturas prediais, sendo uma exclusiva para atenção a situações de urgência e emergência (Unidade de Emergência – UE). Está localizada no centro da cidade de Ribeirão Preto, a aproximadamente sete quilômetros de distância de sua segunda – e principal – unidade predial. Com duas torres situadas no campus universitário, esta unidade abrange atividades ambulatoriais, clínicas, cirúrgicas, de apoio diagnóstico e de internação. Em 2024, com 847 leitos SUS, foi responsável por 52% do total de internações em sua microrregião de saúde (35132 Aquífero Guarani). A partir de 2016, sendo com frequência o único prestador do SUS para procedimentos de alta complexidade, o HCFMRP-USP viu-se em uma encruzilhada – ou fecharia leitos, causando desassistência e desestabilização de um sistema já saturado, ou descumpriria as normativas de dimensionamento de pessoal, colocando gestores, pacientes e equipes em risco¹⁴.

Nesse contexto, e a partir de uma experiência de *benchmarking* com a Espanha, realizada em 2016, o HCFMRP-USP desenvolveu um projeto institucional denominado 'Hospital Semana' (HS), como estratégia de enfrentamento do déficit da força de trabalho. O presente estudo de caso único, e inédito no SUS, descreve o processo de implantação desta estratégia e os resultados alcançados na manutenção de seus leitos ativos e da produção de internação.

Material e métodos

Trata-se de pesquisa avaliativa do tipo análise de implantação II, que aferiu o grau de implantação da estratégia HS no HCFMRP-USP, identificando os efeitos produzidos e relacionando-os aos fatores contextuais. O grau de implantação estima a aderência da estratégia em contexto e período determinados. Os efeitos levam em consideração a dimensão empírica e os resultados ocorridos, e o contexto traz a correlação de forças do fato analisado, com abordagem tanto conjuntural como específica¹⁵.

A análise de implantação adotada seguiu o referencial de Denis & Champagne¹⁵, sendo estruturada em três dimensões: i) grau de implantação, estimado pela cronologia de adesão, desenho conceitual e proporção de leitos efetivamente integrados à estratégia; ii) contexto de estímulo e inibição à implantação do HS, considerando fatores organizacionais próprios de um hospital universitário, da gestão do cuidado e da informação, e para o fluxo de pacientes, dentre outros; e iii) efeitos da implantação, aferidos por indicadores de produção assistencial, como o número de internações, cirurgias e tempo médio de permanência.

Foi realizado estudo de caso único, metodologia considerada a mais adequada – não só por considerar a impossibilidade de isolamento ou dissociação da intervenção em relação ao contexto real e à contemporaneidade do fenômeno, próprio das análises de implantação, como também por se tratar de uma intervenção inédita no SUS. A escolha metodológica segue os pressupostos de Yin para estudos de caso, justificando-se pela singularidade da intervenção, sua complexidade e o fato de ser um fenômeno inserido no cotidiano da gestão hospitalar na esfera pública¹⁶.

Considerando ser o HS uma solução disruptiva frente àquelas comumente aplicadas nos hospitais do SUS (interrupção de serviços e fechamento de leitos frente à insuficiência dos recursos humanos), o estudo de caso realizado ganha relevância por sua originalidade e sua pertinência conjuntural¹⁶.

A pesquisa foi realizada a partir de levantamento documental, realização de entrevistas semiestruturadas e coleta de dados secundários de capacidade operacional (leitos ativos), e da produção assistencial (internação) do hospital.

Em uma primeira etapa, foram analisados os documentos obtidos junto à alta direção do HCFMRP-USP, que, em agosto de 2022, disponibilizou para consulta interna o processo administrativo nº 10.859/2017, com 189 páginas e 24 atas correlacionadas, relativos à implantação do HS no HCFMRP-USP-*Campus*.

No período de setembro a dezembro de 2022, sete entrevistas semiestruturadas foram realizadas com representantes da alta direção do hospital (i- Superintendente do HCFMRP-USP; ii- Chefe de Gabinete da Superintendência, iii- Assessoria do Gabinete da Superintendência para o Desenvolvimento de Atividades Assistenciais; iv- Diretor de Atenção à Saúde – DAS e v- Chefe da Divisão de Enfermagem); e duas profissionais da área técnica lotadas no Núcleo Interno de Regulação (NIR), sendo vi- uma médica hospitalista e vii- uma enfermeira, ambas coordenadoras no NIR de suas respectivas categorias profissionais. Os dados de leitos ativos e internações hospitalares foram levantados a partir do Sistema de Informações interno do HCFMRP-USP. Para sistematização dos resultados das entrevistas, com tempo médio de gravação de 60 minutos, optou-se pelo método de análise de discurso¹⁷.

Em uma última etapa, entre janeiro e abril de 2023, foram extraídos dados quantitativos referentes ao número de leitos ocupados diariamente no hospital, classificando-os em dois subgrupos: dias de semana (dias úteis – DU) ou finais de semana (FDS)/feriados. Estes dados possibilitaram a análise da variação de ocupação em função do tempo. Foram extraídos também os dados referentes às admissões ou às saídas (demissões, aposentadorias ou óbito de funcionários) em função do tempo, para avaliar a associação com a ocupação, em uma análise descritiva.

Os aspectos éticos foram seguidos criteriosamente, conforme Resolução CNS nº

466/2012¹⁸, com aprovação em Comitê de Ética do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP e assinatura dos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido pelos entrevistados (CAAE: 59113822.0.0000.5440, número do Parecer CEP 5.576.273).

Resultados

Os resultados estão organizados em três partes. Na primeira parte, faz-se relato cronológico do processo de definição e implantação da estratégia 'Hospital Semana no HCFMRP-USP'; afere-se o grau de implantação alcançado; e apresenta-se seu desenho conceitual. Em um segundo momento, elencam-se os fatores contextuais de inibição e estímulo à implementação do HS. Na terceira e última parte, apresentam-se as análises estatísticas da manutenção do número de leitos totais ativos, da produção de internações e cirurgias, e de seu perfil em relação ao tempo médio de permanência, como efeitos da implantação do HS.

Grau de implantação

DA IDEIA À IMPLANTAÇÃO (GRAU DE IMPLANTAÇÃO) DO HOSPITAL SEMANA NO HCFMRP-USP

Em 2015, por meio da publicação do Decreto nº 61.466, o governo do Estado de São Paulo vedou a admissão e a contratação automática de pessoal, bem como o aproveitamento de remanescentes de concursos públicos com prazo de validade em vigor. Esse decreto atingiu a administração pública direta, as autarquias, as fundações instituídas ou mantidas pelo Estado e as sociedades de economia mista. Nesta norma, definiu-se que a reposição da força de trabalho seria realizada apenas 'excepcionalmente', mediante fundamentação justificada dos dirigentes dos órgãos e das entidades solicitantes, se e quando aprovada

pelas Secretarias de Planejamento e Gestão e da Fazenda do Governo do Estado de São Paulo (SP). Mesmo havendo mérito e compreensão frente à Secretaria de Saúde de São Paulo, a reposição da força de trabalho no HCFMRP-USP passou a ocorrer de forma esporádica, para situações/categorias profissionais específicas, e em número inferior à solicitação, impondo problemas cotidianos à equipe dirigente¹³.

Em 2016, em missão pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) para conhecer os processos e fluxos que compõem o modelo de gestão da oferta de serviços hospitalares na Espanha, o então diretor do Departamento de Atenção à Saúde do HCFMRP-USP realizou visita técnica ao Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, na cidade de Barcelona. Na ocasião, o diretor observou que o desempenho desse hospital era superior ao da média brasileira, embora parte dos serviços hospitalares permanesse fechada aos FDS¹⁹. Uma vez que, em alguma medida, a unidade poderia ser comparada ao HCFMRP-USP (perfil assistencial de alta complexidade, volume de produção e atividades de ensino), foi considerada a possibilidade de replicar a experiência espanhola de HS no HCFMRP-USP, embora a principal motivação de fechamento nos FDS para o caso brasileiro fosse distinta e específica.

INÍCIO DO PROCESSO

A partir de então, teve início intenso processo de análise por parte da alta direção do hospital, e de convencimento da equipe técnica de enfermagem e docente das especialidades médicas, para desenhar e implementar uma intervenção dedicada a mitigar os danos de redução da força de trabalho.

No primeiro registro, de março de 2017, a equipe de enfermagem analisou as possibilidades de fechar, aos finais de semana, parte dos 38 leitos das especialidades de Oftalmologia, Otorrinolaringologia e Cabeça e Pescoço, localizadas no 12º andar do hospital no campus da USP. Novas informações relacionadas ao quadro

de pessoal eram levantadas a cada discussão, com identificação do quantitativo ideal de servidores existentes e disponíveis – sem restrição ou com afastamento –, assim como as Taxas de Ocupação Hospitalar (TOH) por especialidade e dia da semana. Esses dados demonstravam a impossibilidade de composição de uma escala mínima, e a diferença significativa entre DU, FDS e feriados na TOH. Em um processo de aperfeiçoamento, foram incluídas análises do Tempo Médio de Permanência (TMP), contados em dias, a demanda por internação nos FDS pela UE, e das possibilidades de seu manejo pelo NIR.

Em agosto de 2017, já é registrado o nome dado à intervenção – ‘Projeto Hospital Semana’, e é estabelecida sua característica fundamental:

[...] concebido para possibilitar o funcionamento total das Enfermarias de 2ª a 5ª feiras, no período integral [24h], prevendo o encerramento de parte das atividades nas 6ª feiras até as 19 horas, com concessão de altas aos pacientes, cujas condições assim o permitem e consequente fechamento temporário desses leitos, até na 2ª feira seguinte, quando retomam às atividades normais.

Em setembro de 2017, cada um a seu tempo, os departamentos/especialidades de Ortopedia, Clínica Médica, Cirurgia Geral, Neurologia e Neurocirurgia, Pediatria e Puericultura, Psiquiatria, Dermatologia e Ginecologia e Obstetrícia foram convidados a formalizar sua inclusão no projeto HS.

Em outubro de 2017, a especialidade de Ortopedia já estava trabalhando na lógica HS, tendo a diretoria técnica do serviço registrado o bloqueio temporário de dez leitos nos FDS: “[...] ressaltar que nos três últimos finais de semana temos conseguido deixar pelo menos uma enfermaria sem pacientes”. A psiquiatria manifestou colaboração na implantação do projeto HS a partir da possibilidade de “alta-licença” para pacientes nos FDS, quando “parcialmente melhorado e num processo gradual de reinserção social”. O departamento de pediatria ajustou-se e

reorganizou seu processo de trabalho para bloqueio temporário de 30% de seus leitos.

Em janeiro de 2018, consolidou-se o convencimento de parte das equipes assistenciais, inclusive dos docentes, chegando a ser

registrado: “[...] ou faz isso ou fecha leito... as áreas têm que se adaptar, não há alternativa!”. E em 2019, foi atingido o percentual de implantação de 23% de leitos elegíveis à estratégia Hospital Semana (n=349) (tabela 1).

Tabela 1. Distribuição do número de leitos ativos de acordo com a especialidade e ano para as especialidades que possibilitavam a implantação do Hospital Semana (HS) no HCFMRP-USP

Clínicas/especialidades	2016		2017		2018		2019	
	Útil	FDS/Feriado	Útil	FDS/Feriado	Útil	FDS/Feriado	Útil	FDS/Feriado
ORL/OFT/CCP	38	38	43	38	38	22	38	26
ORT	45	45	45	45	43	43	45	28
CIR	104	104	102	101	107	107	107	81
Clin	172	172	172	172	158	158	159	134
Outro	286	286	280	280	334	332	333	315
Total	645	645	642	636	680	662	682	584
Diferença		0		6		18		98
%		0%		1%		3%		14%
Total HS elegíveis	359	359	362	356	346	330	349	269
% de leitos HS elegíveis	56%	56%	56%	56%	51%	50%	51%	46%
Nº de leitos HS efetivos	0		6		16		80	
% de leitos efetivos em HS/ total de lt. HS elegíveis	0%		2%		5%		23%	
Total - Mediana (Interquartil)	644 (643;645)	643 (642;645)	639 (637;548)	638 (635;643)	671 (663;680)	650 (635;660)	682 (671;682)	591 (586;616)
HS - Mediana (Interquartil)	359 (357;359)	359 (357;359)	357 (353;359)	357 (343;358)	346 (337;347)	329 (307;331)	348 (339;349)	271 (268;290)

Fonte: elaboração própria.

Nota: 12º Andar (Otorrinolaringologia/Oftalmologia/Cirurgia de Cabeça e Pescoço - ORL/OFT/CCP); 11º Andar (Ortopedia - ORL); 10º e 9º Andares (Especialidades cirúrgicas crânio, tórax e abdome - CIR) e 5º, 6º e 7º Andares (Especialidades clínicas - CLIN). O total do número de leitos, o número de leitos em que o HS poderia ser implantado em termos absolutos e percentuais são assinalados na parte inferior da tabela. Além disso, também estão assinalados o número de leitos que foram fechados efetivamente nos finais de semana e feriados e o percentual representado em relação ao número de leitos elegíveis para a estratégia HS.

DESENHO CONCEITUAL DO HOSPITAL SEMANA NO HCFMRP-USP

A estratégia do HS no HCFMRP-USP reconhece a flutuação de funcionamento comumente observada entre os DU e os FDS, sendo que nestes há menor demanda interna de internação de urgência, devido ao fechamento dos ambulatorios de especialidades; redução de internações programadas e de demanda

por serviços de apoio diagnóstico, seja para o município sede, seja para cidades do seu entorno, que têm seus serviços de transporte sanitário apenas para urgências; e redução de altas médicas, seja devido à inconclusão dos resultados do Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapia (SADT), da redução do quadro efetivo ou relacionadas ao transporte.

Assim, é possível que, a partir da implantação da estratégia do HS, a proporção da

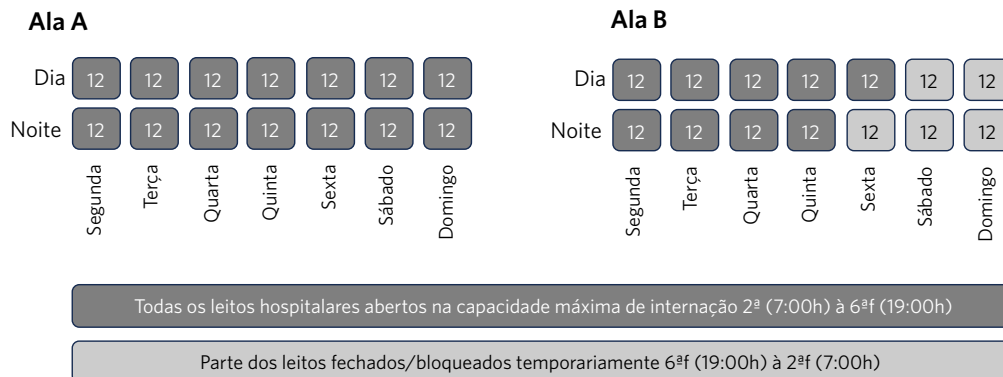
força de trabalho nas escalas médicas e de enfermagem sejam diferentes entre os nove e os cinco turnos de plantões de 12 horas, respectivamente nos DU e nos FDS, sem necessariamente comprometer a produção global e o acolhimento das demandas de urgência. Na prática, o HS se traduz em escalas diferenciadas entre os DU e os FDS, com capacidade máxima de funcionamento em DU, alta médica

para todos os casos possíveis até sexta-feira à tarde; e aos FDS, com fechamento virtual/bloqueio temporário de leitos, e internação apenas de urgência (*figura 1*).

Neste modelo de microgestão hospitalar, planejam-se internações com expectativa de duração máxima de cinco dias, organizando-se nesse período os procedimentos administrativos e clínicos desde admissão até a alta.

Figura 1. Modelo lógico da estratégia 'Hospital Semana' (as enfermarias da Ala B são desativadas durante o final de semana [sinalizado em cinza mais claro] e os pacientes que não recebem alta são direcionados para Ala A)

Estratégia Hospital Semana



Fonte: elaboração própria.

Fatores contextuais de inibição e estímulo à implementação do HS

Entre os fatores contextuais de estímulo à implantação do projeto HS no HCFMRP-USP estão: decisão da alta direção em intervir de forma não convencional frente ao problema; participação efetiva da equipe de enfermagem na liderança do processo de gestão do projeto HS; protagonismo do NIR no processo de gestão de altas hospitalares, com apoio de médicos hospitalistas, que passaram a compor a equipe assistencial do HCFMRP-USP; receptividade dos profissionais da alta direção para adequação de recursos e fluxos possíveis de implantação do HS em cada departamento/especialidade, que passaram ser

corresponsáveis pelo enfrentamento do problema e pela execução de intervenções para sua solução; monitoramento efetivo do processo de implementação, com registro das informações e análises parciais dos resultados; prontuário eletrônico próprio, desenvolvido e gerenciado pela equipe de informática do hospital; estrutura predial favorável à reorganização do fluxo no FDS – UE dedicada e separada da unidade de internação do campus construído em dois blocos físicos (alas A e B), o que facilita a lógica de fechamento de uma das alas de internação e concentração de pacientes em outra; organização dos profissionais de enfermagem por blocos de especialidades afins, o que facilita o cuidado técnico por parte da equipe.

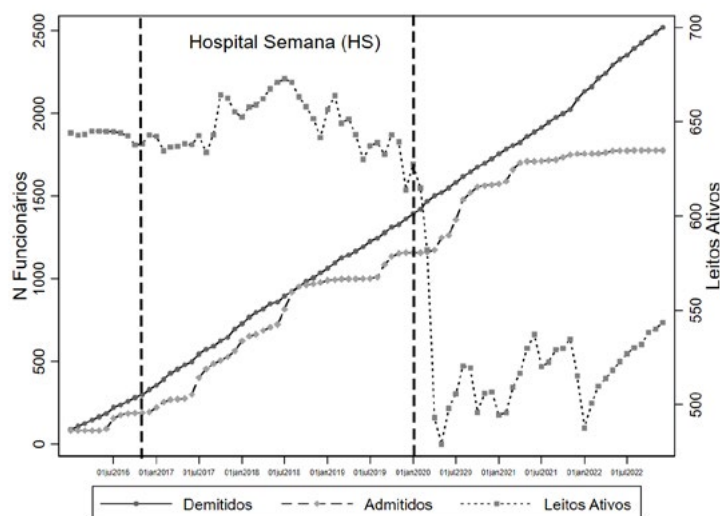
Entre os fatores de inibição para implementação da estratégia Hospital Semana podem ser elencados: apreensão frente ao desconhecido e resistência a mudanças; necessidade de alteração da cultura de gestão do fluxo de pacientes, que previa internação programada anterior à intervenção (internava-se no domingo para realização de ato cirúrgico na segunda-feira); dificuldade de conclusão dos procedimentos de apoio diagnóstico (laudos) para alta hospitalar; necessidade de internação hospitalar para realização de procedimentos de apoio diagnóstico de alta complexidade, tais como eletromiografia e ressonância magnética; dificuldade de alta médica de pacientes em uso de antibioticoterapia endovenosa; descompasso entre as atividades assistenciais ambulatoriais, internação eletiva e a realização do procedimento principal da internação (ambulatorio na terça-feira com internação de pacientes cirúrgicos nesse mesmo dia, e efetivação da cirurgia um ou dois dias após a internação); condições sociais e de transporte sanitário do paciente (dificuldades para o preparo domiciliar para atos cirúrgicos, para a chegada do paciente no mesmo dia da internação e seu encaminhamento diretamente ao bloco cirúrgico); pressão

da urgência, com necessidade de transferência de pacientes da UE para o campus durante o FDS; grade cirúrgica sem análise prévia do TMP do paciente internado (cirurgias com permanência acima de um dia sendo realizadas próximo ao FDS, obrigando permanência neste período).

Efeitos da implantação da estratégia Hospital Semana

O gráfico 1 apresenta a relação entre a entrada e à saída de funcionários e o número de leitos ativos do hospital antes, durante a fase de vigência do HS e após sua interrupção. Observa-se que durante a fase HS, embora tenha ocorrido saída de funcionários superior à entrada, o número de leitos ativos foi mantido, apresentando inclusive incremento. No entanto, na última fase do HS, uma vez que a entrada continuou inferior à saída, este incremento reverteu. Com a acentuação da política restritiva de contratações associada ao período pandêmico por covid-19, o HS foi suspenso, e notou-se queda significativa do número de leitos totais ativos.

Gráfico 1. Entrada e saída de funcionários e o número de leitos ativos do HCFMRP-USP antes, durante a fase de vigência e após interrupção da estratégia 'Hospital Semana'

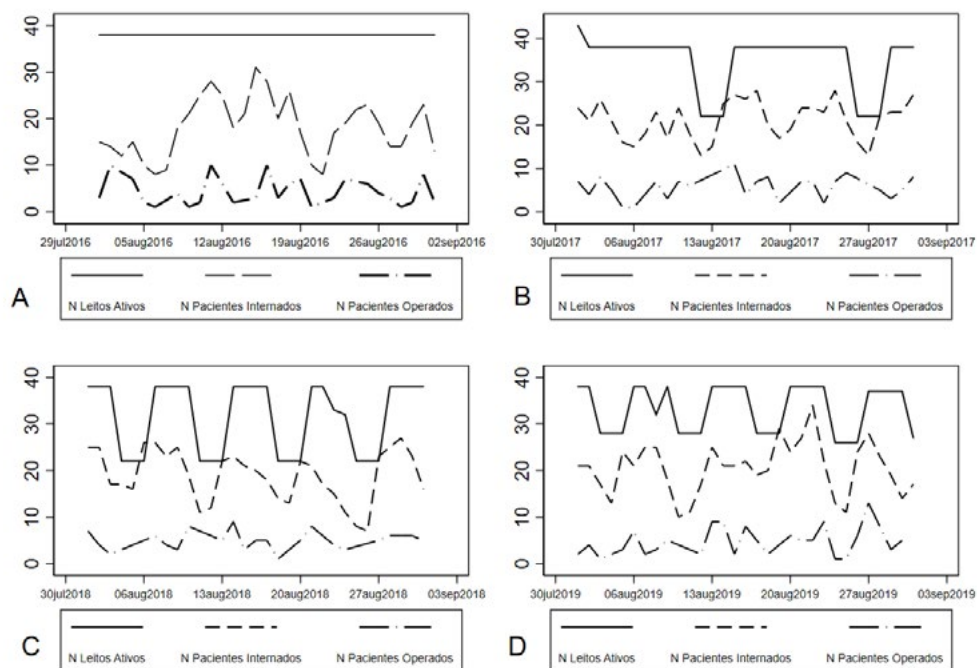


Fonte: elaboração própria.

O gráfico 2 demonstra a distribuição semanal de leitos ativos, de pacientes admitidos e operados para o mês de agosto no período de 2016 a 2019, para as especialidades Otorrinolaringologia/Oftalmologia/Cirurgia de Cabeça e Pescoço – ORL/OFT/CCP. Este grupo de especialidades foi escolhido por ter demandado maior tempo de consolidação da estratégia, e por ser o mês de agosto o mais representativo, não havendo feriados – embora

o efeito destacado tenha-se mantido ao longo dos outros meses. Em comparação ao ano de 2016, quando a estratégia HS ainda não estava plenamente instalada, é possível observar o surgimento de um padrão semanal de desativação de leitos e diminuição de pacientes internados aos FDS. Em paralelo, há o movimento cirúrgico das áreas, que continuou em um padrão não-sazonal, demonstrando que a estratégia não alterou a produção cirúrgica.

Gráfico 2. Flutuação semanal de leitos ativos, de pacientes admitidos e operados nos meses de agosto dos anos de 2016 a 2019, para as especialidades Otorrinolaringologia/Oftalmologia/Cirurgia de Cabeça e Pescoço – ORL/OFT/CCP na estratégia 'Hospital Semana'

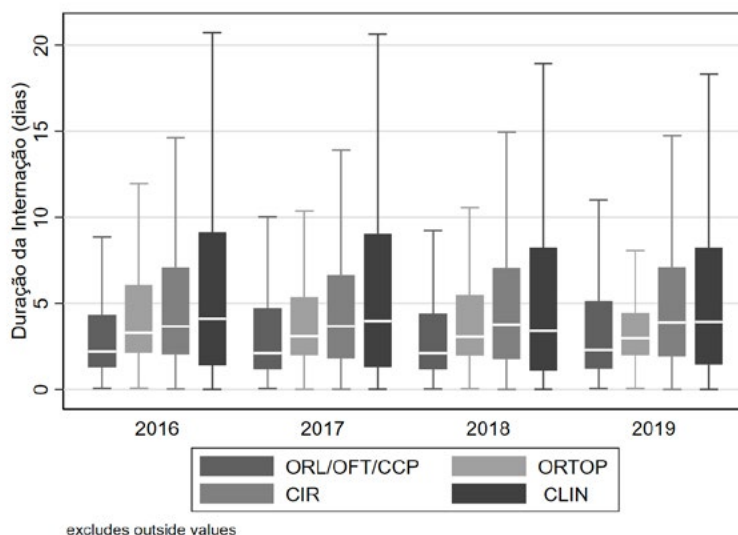


Fonte: elaboração própria.

Foi possível observar também que não houve alteração do TMP dos procedimentos cirúrgicos em função da instalação progressiva da estratégia HS. Portanto, não houve alteração do perfil assistencial, tampouco alta antecipada em função da implantação do HS. Embora haja diferença entre as especialidades,

não ocorreu alteração significativa do TMP quando se compara a variação anual de cada especialidade. E diferentemente da clínica médica, para as especialidades com maior proporção de cirurgias, a duração da maioria das internações ficou concentrada em até cinco dias (gráfico 3).

Gráfico 3. Evolução do Tempo Médio de Permanência (duração da internação em dias) de pacientes do HCFMRP-USP nas especialidades de Otorrinolaringologia/Oftalmologia/Cirurgia de Cabeça e Pescoço – ORL/OFT/CCP, ortopedia – ORTOP, cirurgia – CIR e clínica médica – CLIN no período de 2016 a 2019



Fonte: elaboração própria.

Discussão

A estratégia ‘Hospital Semana’ (HS), implementada pelo HCFMRP-USP entre 2016 e 2019 mostrou-se uma solução inovadora para enfrentar o déficit de profissionais da Enfermagem sem comprometer a capacidade assistencial – ou seja, apesar de uma redução de 20% no quadro de profissionais, a estratégia permitiu a manutenção do número de leitos totais ativos e da produção assistencial, sem impacto no tempo médio de permanência.

Seria esperado que o fato de bloquear 98 leitos nos FDS (2019) gerasse algum efeito de redução da produção de serviços e, no entanto, isso não ocorreu. De fato, no HCFMRP-USP, este montante representou 14% do número total de leitos, e 23% dos leitos elegíveis ao Hospital Semana – um percentual não tão elevado. Todavia, quando observamos a média de número de leitos nos hospitais do estado de São Paulo (excluindo-se os 13 hospitais com mais de 500 leitos e 64 estabelecimentos com

menos de 10 leitos existentes, considerados *outliers*), o número absoluto de HS representaria praticamente um hospital fechado durante todos os finais de semana (média de 104 leitos totais para 599 hospitais no estado de SP, competência CNES janeiro de 2025).

A expressão ‘Hospital Semana’ (HS) é nova e ainda pouco estudada. O único artigo que menciona especificamente essa estratégia teve como objetivo validar um modelo de programação inteira, baseado na alocação de recursos clínicos e na utilização de leitos. Também nesse estudo de caso, desenvolvido no Rheumatology Division of Careggi University Hospital (Florence, Italy), definiu-se Week Hospital (WH) como sendo “[...] a novel organizational model of inpatient hospital care services planned and delivered on a weekly time horizon”²⁰. Neste modelo, o WH consolida-se em quatro fases: *pre-admission*, que, em suma, consistiria na definição de um plano terapêutico singular antes da internação; *patient hospitalization*, quando todos os serviços clínicos prescritos são prestados em (no máximo) cinco

DU consecutivos; *follow-ups*, para os quais podemos relacionar as transferências responsáveis do cuidado, navegação do processo de transição e seguimento do paciente por meio de tecnologias de telessaúde; e *continuous assistance*, que requer processos de integração entre serviços e equipes assistenciais de diferentes níveis de atenção e complexidade²⁰.

No caso do HCFMRP-USP, a maior conquista do Hospital Semana foi a otimização da programação do cuidado durante a internação. Neste ínterim, vale destacar a importância do NIR na gestão adequada dos leitos, assim como o papel dos médicos hospitalistas no auxílio à gestão dos casos, o que facilitou a fase de *patient hospitalization* de Conforti et al.²⁰, favorecendo a desospitalização segura em tempo hábil para efetivação da estratégia HS²¹.

Embora para o projeto HS houvesse necessidade de avanços nas fases pré e pós-hospitalização, a instituição àquela época já desenvolvia outras iniciativas que poderiam potencializar a estratégia caso fossem plenamente integradas. Entre elas, destacam-se três, sendo uma delas o Projeto de Gestão da Fila de Espera para Cirurgias Eletivas (PIC), que centralizou e informatizou a demanda, permitindo melhores procedimentos de priorização e planejamento das internações, o que fortaleceria a fase pré-hospitalar do HS²². Outra iniciativa foi o projeto de desospitalização da UE, a partir da criação de leitos de longa permanência em hospitais de pequeno porte da XIII Rede Regional de Atenção à Saúde. Para retaguarda ao HCFMRP-USP de pacientes de baixa complexidade e alta dependência, as transferências de pacientes para hospitais de menor complexidade²³ aprimoraram a transição do cuidado, e reduziram internações prolongadas no HCFMRP-USP, alinhada à fase pós-internação proposta por Conforti et al.²⁰. Por fim, e ainda se tratando da fase *followups* de Conforti et al.²⁰, o projeto da telessaúde²⁴, desenvolvido com maior ênfase a partir da pandemia por covid-19, seria mais uma oportunidade que ampliaria o suporte pós-alta, e garantiria continuidade assistencial à estratégia HS, desde que devidamente integrados.

Como mencionado, a integração efetiva dessas iniciativas poderia ampliar ainda mais o impacto positivo do HS, promovendo um fluxo hospitalar mais eficiente e integrado à rede de atenção à saúde. No entanto, dependeria sobretudo da concomitância de sua realização e da maturidade dos próprios projetos.

As entrevistas permitiram elucidar que houve solução de continuidade do HS a partir de 2020, o que ocorreu principalmente por três motivos: primeiro pela acentuação da política restritiva de contratações, o que demonstra um limite à intervenção HS no enfrentamento do problema de redução da força de trabalho; segundo, pela transformação abrupta do fluxo assistencial do HCFMRP-USP em resposta ao período pandêmico por covid-19; e terceiro, em 2023, quando foi possível o retorno às condições 'normais' de funcionamento, a alta direção do hospital foi substituída, e o projeto HS deixou de ser considerado prioridade.

Nas entrevistas, o 'Hospital Semana' foi citado como sendo uma "*ideia*", uma "*estratégia*", um "*projeto*", uma "*intervenção propositiva*", uma "*solução temporária e com limites*". É interessante observar que não foi tratado enquanto um programa do hospital, ou como uma nova 'ala' de internação, com característica de continuidade entre as atividades de gerenciamento dos recursos humanos e leitos do HCFMRP-USP. Afinal, a expectativa e as tratativas de regularização da força de trabalho sempre estiveram presentes nas falas dos entrevistados.

Neste sentido, ao menos por ora, a experiência analisada não se configura como uma nova tipologia ou um novo serviço hospitalar. Por outro lado, o HS pode ser confundido com o regime de hospital-dia, que é dedicado à

[...] assistência intermediária entre a internação e o atendimento ambulatorial, para realização de procedimentos clínicos, cirúrgicos, diagnósticos e terapêuticos, que requeiram a permanência do paciente na Unidade por um período máximo de 12 horas²⁵.

As experiências brasileiras de hospital-dia publicadas têm-se voltado especialmente para a atenção em saúde mental (especialidade de Psiquiatria), e o cuidado oftalmológico e cirúrgico em nível ambulatorial. O HS diferencia-se do hospital-dia exatamente por manter os pacientes internados (mais de 24 horas) durante os DU. E, de fato, não houve alteração do perfil assistencial dos pacientes/leitos que aderiram à estratégia HS no HCFMRP-USP, mas uma reprogramação da assistência, organizando a flutuação ‘natural’ da ocupação do ativo ‘leito’ entre os DU e os FDS. Vale lembrar que o HCFMRP-USP possui duas unidades prediais, uma dedicada à urgência e outra, a atividades assistenciais ambulatoriais e internações eletivas (*campus* Faculdade de Medicina), onde foi implementado o HS. Portanto, não tem impacto negativo na atenção às urgências.

É de particular interesse destacar que as estratégias HS implementadas em três casos (o brasileiro, o espanhol e o italiano) apresentam similaridades no que tange qualificação de hospitais universitários de alta complexidade, inseridos em sistemas públicos de saúde pautados pelo direito à saúde. Talvez uma das maiores diferenças esteja exatamente nos processos de integração em rede entre serviços de diferentes complexidades e níveis de atenção, com exemplos interessantes de ‘governos regionais’, na Itália, e da ‘organização político-territorial’, na Espanha, estando o SUS com desafios ainda não superados²⁶⁻²⁸.

A estratégia ‘Hospital Semana’ pode ser analisada a partir de três modelos teóricos distintos. Pela ótica da Teoria das Restrições²⁹, o HS insere-se no grupo de intervenções voltadas para ganhos de eficiência, diferenciando-se das estratégias que buscam apenas gerenciar a demanda ou expandir a infraestrutura, sendo esta última cada vez mais limitada no SUS³⁰. O modelo permitiu otimizar a utilização de leitos e recursos humanos sem comprometer o desempenho das organizações hospitalares e a qualidade da assistência.

Já sob a Teoria dos Fluxos³¹, ao reorganizar processos para reduzir custos e aumentar benefícios, a estratégia alinha-se a iniciativas que agregam valor ao sistema. De fato, fluxo pode ser definido como ‘acréscimo de valor aos processos e serviços, aumentando os benefícios, diminuindo gastos ou pela combinação dessas duas estratégias’. No HCFMRP-USP, foi declarado impacto positivo na redução de infecções cruzadas e no consumo de antibióticos, além de melhoria na gestão de escalas da equipe de Enfermagem. Além dos benefícios, ambos influenciam os custos diretos e fixos das unidades hospitalares, podendo ter a estratégia HS um custo-benefício relevante se ou quando implementada em plenitude. Outra abordagem que apoia a discussão é a compreensão de fluxo enquanto ‘processo de migração dos pacientes através do sistema’. Ainda que importante, esse conceito não é suficiente para garantir acesso na proporção das necessidades em cenários de restrição das capacidades. Assim, embora seja imprescindível a organização do fluxo sistêmico do paciente, é também necessário desenvolver estratégias intra-hospitalares para organização dos recursos (humanos e leitos) e do fluxo entre os núcleos de produção do cuidado – e no entanto, nos hospitais do SUS há muito ser realizado neste sentido. Por outro lado, a reorganização dos fluxos intra-hospitalares precisa ser complementada por uma rede assistencial fortalecida, para que o conhecimento das necessidades, a corresponsabilização em planos de cuidado e sua continuidade sejam garantidos de forma eficaz.

Por fim, à luz do conceito de resiliência³² (capacidade de se preparar, gerenciar e aprender em situações de crise), o HS demonstrou ser uma estratégia gerencial de adaptação e de aprendizado, crucial ao enfrentamento dos desafios da pandemia de covid-19, ao instigar manejo flexível dos serviços e recursos entre as ondas de pico e maior controle das taxas de infecção.

A análise da estratégia Hospital Semana sob essas três perspectivas teóricas revela

sua complementaridade. Enquanto a Teoria das Restrições explica como o modelo otimizou a eficiência interna ao equilibrar oferta e demanda, sem necessidade de ampliação da infraestrutura, a Teoria dos Fluxos evidencia que essa reorganização agregou valor ao hospital ao reduzir custos, otimizar processos e melhorar a experiência, tanto para pacientes quanto para profissionais da saúde. E o conceito de Resiliência reforça o caráter adaptativo do HS, demonstrando que sua flexibilidade operacional permitiu uma resposta mais eficiente, e sem comprometimento da qualidade e das capacidades de produção assistencial. Assim, a convergência dessas abordagens teóricas não apenas explica os resultados positivos do HS, mas também aponta direções para seu aperfeiçoamento e replicação em outros contextos.

Baseado na gestão flutuante de recursos humanos e de leitos entre DU e FDS, o modelo demonstrou viabilidade e eficiência, destacando-se como uma alternativa promissora para hospitais públicos do SUS. Os resultados sugerem que a implementação do HS pode contribuir para a sustentabilidade hospitalar em cenários de restrição de pessoal, sendo necessário ampliar sua aplicação para consolidar sua eficácia.

As principais limitações deste estudo são a descontinuidade de implementação da intervenção analisada, o comprometimento de análise do impacto financeiro direto, considerando o pequeno grau de implantação alcançado (14% dos leitos totais e 23 dos leitos elegíveis com estratégia HS implantada), e a dificuldade de comparabilidade com outros casos, devido ao ineditismo da intervenção. Por outro lado, são pontos fortes: a aprofundada descrição e a análise criteriosa a partir do estudo de caso único no SUS; o fato de ter sido o HS implementado para enfrentamento de uma realidade comum a muitos hospitais, e de ter demonstrado que, mesmo em ambientes complexos como os hospitais universitários, com a resiliência e o envolvimento das equipes, é possível inovar e manter os compromissos assistenciais com qualidade e segurança.

Conclusões

A estratégia Hospital Semana demonstrou ser uma solução viável e eficaz para a manutenção da capacidade assistencial em um cenário de déficit de profissionais da enfermagem, sem comprometer a qualidade do atendimento. A experiência do HCFMRP-USP mostrou que a gestão flutuante de leitos e recursos humanos entre DU e FDS permitiu preservar o número de internações e procedimentos cirúrgicos, sem impacto no tempo médio de permanência. Desta maneira, o Hospital Semana apresenta-se como uma estratégia inovadora para a garantia de acesso a internação, e uma oportunidade de melhoria dos processos de gestão de leitos e de recursos humanos na área da saúde. Além disso, a integração com outras estratégias institucionais – como gestão de filas, processos de desospitalização e tele-saúde – sugere que o modelo pode ser potencializado por uma abordagem sistêmica que fortaleça a continuidade do cuidado. Diante dos desafios enfrentados pelos hospitais públicos do SUS, o Hospital Semana constitui uma alternativa promissora, com potencial de replicação em outros contextos, desde que adaptado às especificidades locais e inserido em redes de atenção estruturadas.

Colaboradores

Canabrava CM (0000-0002-6906-3670)* e Pazin-filho A (0000-0001-5242-329X)* contribuíram para concepção e desenho da pesquisa, coleta, análise e interpretação dos dados, revisão crítica do conteúdo e redação da versão final do manuscrito. Volpe GJ (0000-0003-4296-5460)* e Moreira HT (0000-0002-4543-4684)* contribuíram para revisão crítica do conteúdo do manuscrito. Almeida OLS (0000-0002-7285-7201)*, Nunes AA (0000-0001-9934-920X)* e Maciel BC (0000-0002-3456-8433)* contribuíram para revisão crítica do conteúdo e redação da versão final do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Mintzberg H. Criando organizações eficazes: estruturas em cinco configurações. 2ª ed. São Paulo: Atlas; 2022. 336 p.
2. Mendes M, Martins SM, Acordi I, et al. Força de trabalho de enfermagem: cenário e tendências. *Rev Enferm UFSM*. 2022;12:e11. DOI: <https://doi.org/10.5902/2179769267928>
3. Reis GAX, Oliveira JLC, Ferreira AMD, et al. Dificuldades para implantar estratégias de segurança do paciente: perspectivas de enfermeiros gestores. *Rev Gaúcha Enferm*. 2019;40(esp):e20180366. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180366>
4. Aiken LH, Sloane DM, Bruyneel L, et al. Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *Lancet*. 2014;383(9931):1824-30. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62631-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62631-8)
5. McHugh MD, Aiken LH, Sloane DM, et al. Effects of nurse-to-patient ratio legislation on nurse staffing and patient mortality, readmissions, and length of stay: a prospective study in a panel of hospitals. *Lancet*. 2021;397(10288):1905-13. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00768-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00768-6)
6. Dutra HS, Gomes PAL, Garcia RN, et al. Burnout entre profissionais de enfermagem em hospitais no Brasil. *Rev Cuid*. 2019;10(1):e585. DOI: <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v10i1.585>
7. Conselho Federal de Enfermagem (BR). Parecer Normativo 1/2024/COFEN: Parâmetros para o planejamento da força de trabalho da enfermagem pelo enfermeiro [Internet]. [Brasília, DF]: Cofen; 2024 [acesso em 2025 abr 3]. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2024/03/Parecer-Normativo-1-2024.pdf>
8. Presidência da República (BR). Lei nº 14.434, 4 de agosto de 2022. Altera a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, para instituir o piso salarial nacional do enfermeiro, do Técnico de Enfermagem, do Auxiliar de Enfermagem e da Parteira. *Diário Oficial da União* [Internet], Brasília, DF. 2022 ago 5 [acesso em 2025 abr 3]; Edição 148; Seção I:3. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=05/08/2022&jornal=515&pagina=3&totalArquivos=77>
9. Ministério da Saúde (BR), Gabinete da Ministra. Portaria GM/MS nº 1.135, de 16 de agosto de 2023. Estabelece os critérios e procedimentos para o repasse da assistência financeira complementar da União destinada ao cumprimento do piso salarial nacional de enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem e parteiras e dispõe sobre o repasse referente ao exercício de 2023. *Diário Oficial da União* [Internet], Brasília, DF. 2023 ago 16 [acesso em 2025 abr 3]; Edição 156-B; Seção I-Extra B:1. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-1.135-de-16-de-agosto-de-2023-503484754>
10. Ministério da Saúde (BR), Gabinete da Ministra. Portaria GM/MS nº 1.677, de 26 de outubro de 2023. Altera o Título IX-A da Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o repasse da assistência financeira complementar para o pagamento do Piso Salarial aos Profissionais da Enfermagem, e dá outras providências. *Diário Oficial da União* [Internet], Brasília, DF. 2023 out 30 [acesso em 2025 abr 3]; Edição 206; Seção I:120. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-1.677-de-26-de-outubro-de-2023-519652196>
11. Presidência da República (BR). Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. *Diário Oficial da União* [Internet], Brasília, DF. 2000 maio 5 [acesso em 2025 abr 3]; Seção I:1. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp101.htm
12. Guse C, Carvalho DR. Rotatividade nos Profissionais de Enfermagem. *Publ UEPG Ci Biol Saúde*. 2015;21(1):47-64. DOI: <https://doi.org/10.5212/publicatio%20uepg.v21i1.7405>

13. Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo (SP). Decreto nº 61.466, de 2 de setembro de 2015. Dispõe sobre a admissão, a contratação de pessoal e o aproveitamento de remanescentes na Administração direta, indireta e fundacional do Estado. Diário Oficial do Estado de São Paulo [Internet], São Paulo, SP. 2015 set 3 [acesso em 2025 abr 3]; Seção I:1. Disponível em: <http://www.al.sp.gov.br/leis/legislacao-do-estado/>
14. Fundação de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Assistência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Relatório de Atividades 2023 [Internet]. Ribeirão Preto: Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; [2024] [acesso em 2025 abr 3]. 81 p. Disponível em: <https://site.hcrp.usp.br/wp-content/uploads/2024/05/rel-atv-2023.pdf>
15. Denis JL, Champagne F. Análise da Implantação. In: Hartz ZMA, organizadora. Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1997. p. 49-88.
16. Yin RK. Estudo de Caso: Planejamento e Métodos. 4ª ed. Porto Alegre: ARTMED Editora; 2010. 248 p.
17. Lefèvre F, Lefèvre AMC. O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos). 2ª ed. Caxias do sul, Rio Grande do Sul: Educus; 2005. 255 p.
18. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução nº 466, de 12 dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2013 jun 13; Edição 112; Seção I:59-62.
19. Ministério da Educação (BR); Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Governança do HU-UFMA visita hospital na Espanha. Gov.br [Internet], Brasília, DF, 2015 jul 9 [acesso em 2022 mar 21]. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-nordeste/hu-ufma/comunicacao/noticias/governanca-do-hu-ufma-visita-hospital-na-espanha>
20. Conforti D, Guerriero F, Guido R, et al. An optimal decision making model for supporting week hospital management. Health Care Manag Sci. 2011;14(1):74-88. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10729-010-9144-5>
21. Ferreira AJ, Laurindo MC, Morais AAL, et al. A implantação do Núcleo Interno de Regulação em Hospital Público Terciário: a experiência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Medicina (Ribeirão Preto). 2019;52(1):16-23. DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v52i1p16-23>
22. Pazin-Filho A, Dallora MELV, Velasco TR, et al. Surgical waiting lists and queue management in a Brazilian tertiary public hospital. BMC Health Serv Res. 2024;24:290. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12913-024-10735-4>
23. Pazin-Filho A, Almeida E, Cirilo LP, et al. Impact of long-stay beds on the performance of a tertiary hospital in emergencies. Rev Saúde Pública. 2015;49:83. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2015049006078>
24. Serrano-Gomez S, Moreira HT, Canabrava CM, et al. Impact of Telemedicine on the Follow-up of Chronic Diseases During the COVID-19 Pandemic: Experience of a Brazilian Public Tertiary Hospital. Telemed Health. Ahead of Print; 2025 mar 31. DOI: <https://doi.org/10.1089/tmj.2024.0546>
25. Ministério da Saúde (BR), Gabinete do Ministro. Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União [Internet], Brasília, DF. 2017 out 3 [acesso em 2025 abr 3]; Edição 190; Seção I:61-192. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html
26. Organização Pan-Americana da Saúde. Redes e regionalização em saúde no Brasil e na Itália: Lições aprendidas e contribuições para o debate. Brasília, DF: Opas; 2011.

27. Pereira AMM, Lima LD, Machado CV, et al. Descentralização e regionalização em saúde na Espanha: trajetórias, características e condicionantes. *Saúde debate*. 2015;39(esp):11-27. DOI: <https://doi.org/10.5935/0103-1104.2015S005410>
28. Organization for Economic Co-operation and Development. European Observatory on Health Systems and Policies [Internet]. State of Health in the EU, Spain: Country Health Profile; 2023 [acesso em 2025 abr 3]. Disponível em: <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/m/spain-country-health-profile-2023>
29. Cox III JF, Schleier Jr JG. *Hanbook: da Teoria das Restrições*. São Paulo; Bookman; 2013. 1240 p.
30. Campos FCC; Canabrava CM. O Brasil na UTI: atenção hospitalar em tempos de pandemia. *Saúde debate*. 2020;44(esp4):146-60. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042020E409>
31. Mayer T, Jensen K. *Hardwiring flow: systems and processes for seamless patient care*. Flórida: Editora Fire Starter; 2009. 295 p.
32. Thomas S, Sagan A, Larkin J, et al. Strengthening health systems resilience: Key concepts and strategies [Internet]. Copenhagen (Denmark): European Observatory on Health Systems and Policies; 2020 [acesso em 2025 abr 3]. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559803/pdf/Bookshelf_NBK559803.pdf

Recebido em 25/03/2025

Aprovado em 21/05/2025

Conflito de interesses: inexistente

Disponibilidade de dados: os dados de pesquisa estão contidos no próprio manuscrito

Suporte financeiro: não houve

Editora responsável: Ana Maria Costa