



## GESTÃO DE FILAS PARA CIRURGIAS ELETIVAS: OVERVIEW DE REVISÕES SISTEMÁTICAS

### MANAGEMENT OF QUEUES FOR ELECTIVE SURGERIES: OVERVIEW OF SYSTEMATIC REVIEWS

Roberto José Bittencourt, Rebecca Santana Alonso, Iago Barbosa Pinto Rodrigues, Everton Macedo,  
Claudia Cardoso Gomes da Silva, Luciana Vieira Tavernard de Oliveira

DOI - 10.5935/2236-5117.2020v57a03

## RESUMO

**Objetivos:** Apoiar estratégias de tomada de decisão em políticas públicas relacionadas a gestão de filas para cirurgias eletivas, apresentando evidências de investigação científica tanto em nível global como local, com opções para abordar a gestão de filas para procedimentos cirúrgicos eletivos e considerações a respeito de sua implementação.

**Métodos:** Realizada busca sistemática em ampla gama de bases de dados, obedecendo critérios de inclusão e exclusão, utilizando-se a ferramenta PRISMA. Posteriormente, foram avaliadas qualidade (protocolo AMSTAR), aplicabilidade local e, considerações sobre a equidade, quando constavam nas revisões.

**Resultados:** O aumento de investimentos na saúde pública é solução de fato efetiva para ampliar os serviços e proporcionar oferta adequada para realização de cirurgias. Porém, sempre é possível qualificar e organizar a demanda de procedimentos. O estudo em tela identificou oito revisões sistemáticas que permitiram a síntese de oito intervenções de qualificação da demanda e aumento da oferta.

**Conclusão:** Propõem-se atingir o equilíbrio entre os dois componentes: oferta versus demanda. A ênfase a ser considerada dependerá da capacidade de financiamento e/ou da capacidade gerencial dos serviços de saúde.

**Palavras-Chave.** Procedimentos cirúrgicos eletivos; gerenciamento do tempo; sistemas de saúde.

## ABSTRACT

**Objectives:** To support decision-making strategies in public policies related to queue management for elective surgeries, presenting evidence from scientific research both globally and locally, with options to address queue management for elective surgical procedures and considerations regarding their implementation.

**Roberto José Bittencourt** – Bittencourt RJ. Médico, cardiologista. Docente do Programa de Pós-Graduação em Ciências para a Saúde, Escola Superior de Ciências da Saúde, Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde, Brasília, Distrito Federal, Brasil.

**Rebecca Santana Alonso** – Alonso RS. Acadêmico de medicina. Curso de Graduação em Medicina, Escola Superior de Ciências da Saúde, Brasília, Distrito Federal, Brasil.

**Iago Barbosa Pinto Rodrigues** – Rodrigues IBP. Acadêmico de medicina. Curso de Graduação em Medicina, Escola Superior de Ciências da Saúde, Brasília, Distrito Federal, Brasil.

**Everton Macedo** – Macedo E. Farmacêutico. Diretoria de Ensino e Pesquisa, Instituto Hospital de Base do Distrito Federal, Brasília, Distrito Federal, Brasil.

**Claudia Cardoso Gomes da Silva** – Silva CCG. Fisioterapeuta, psicóloga. Gerência de Pesquisa, Coordenação de Pesquisa e Comunicação Científica, Escola Superior de Ciências da Saúde, Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde, Brasília, Distrito Federal, Brasil.

**Luciana Vieira Tavernard de Oliveira** – Oliveira LVT. Fisioterapeuta. Diretoria de Ensino e Pesquisa, Instituto Hospital de Base do Distrito Federal, Brasília, Distrito Federal, Brasil.



**Correspondência:** Roberto José Bittencourt. Faculdade de medicina. Escola Superior de Ciências da Saúde. SMHN Quadra 03, conjunto A, Bloco 1 Edifício FEPECS. CEP 70.710-907. Brasília, Distrito Federal Brasil.

**Internet:** robertobittencourt0@gmail.com



**Conflito de interesses:** Não há potenciais conflitos a declarar.



**Financiamento:** Estudo financiado pelo Ministério da Saúde e Organização Pan Americana da Saúde, por meio da segunda Chamada Pública de Apoio a Projetos de Tradução do Conhecimento - EVIPNet Brasil.

**Methods:** A systematic search was carried out in a wide range of databases, obeying inclusion and exclusion criteria, using the PRISMA tool. Subsequently, quality (AMSTAR protocol), local applicability and equity considerations were evaluated when they were included in the reviews.

**Results:** The increase in investments in public health is a truly effective solution to expand services and



provide an adequate supply for performing surgeries. However, it is always possible to qualify and organize the demand for procedures. The study on screen identified eight systematic reviews that allowed the synthesis of eight interventions to qualify demand and increase supply.

**Conclusion:** It is proposed to achieve a balance between the two components: supply versus demand. The emphasis to be considered will depend on the financing capacity and / or the management capacity of the health services.

**Keywords:** Elective surgical procedures; time management; health systems.

## INTRODUÇÃO

Considera-se que o tempo de espera para resolução de problemas de saúde é elemento crítico nos sistemas universais de saúde por ser um indicador da oferta de serviços para a população.<sup>1</sup> O tempo de espera excessivo para a realização de cirurgia eletiva pode ter implicações desfavoráveis, tanto para o paciente e sua família, quanto para o profissional de saúde, para o hospital, o sistema de saúde, e, enfim, para a própria sociedade.<sup>2</sup>

Para o paciente, essa espera, além da angústia natural por não ter seu problema tratado adequadamente, pode causar complicações, como o agravamento do seu estado inicial e, até, à morte.<sup>2</sup> Para o profissional de saúde e para o hospital, essa espera acarreta maior complexidade do procedimento cirúrgico, com implicações no custo-efetividade, na medida em que a demora influi diretamente no desfecho clínico, eleva os custos dos procedimentos e aumenta o tempo de internação.<sup>2</sup>

O tempo de espera por cirurgia eletiva varia segundo diversos fatores como: oferta de serviços especializados, processo de trabalho das unidades de saúde, características da demanda, número de leitos disponíveis, menor ou maior experiência da equipe cirúrgica, capacidade instalada de salas cirúrgicas na rede pública, cancelamento de cirurgias eletivas devido a necessidade de leitos para cirurgias de urgência/emergência, definição do perfil do hospital, tipo de remuneração dos profissionais de saúde, formação de redes assistenciais/linhas de cuidados para o atendimento da demanda, política de cobertura

populacional, critérios de priorização de pacientes em relação às condições clínicas e sociais, e efetividade da gestão do sistema de serviços de saúde tanto no pré hospitalar, hospitalar e pós hospitalar.<sup>3</sup> Infelizmente, o tempo de espera para realização de cirurgias eletivas não tem se tornado menor nos últimos anos; ao contrário, a tendência é de piora da situação.<sup>4</sup>

Na Austrália, o sistema de serviços de saúde é uma composição entre público e privado. O fluxo cirúrgico do paciente inicia-se na avaliação pelo clínico geral, que pode encaminhar o paciente para consultas especializadas. Sendo estabelecida a conduta cirúrgica, o paciente entra em lista de espera única, que determina qual é a prioridade clínica do tratamento cirúrgico.<sup>1</sup>

Na Nova Zelândia, a introdução de ferramentas de pontuação para a priorização de cirurgias eletivas ocorreu em associação com as reformas de saúde, em 1993<sup>5</sup>. Essa priorização se dá por meio de um sistema composto por critérios que consideram a base ética, os riscos e os benefícios clínicos.<sup>5</sup> Além de critérios cirúrgicos específicos que foram desenvolvidos via revisão da literatura e protocolos por consenso entre especialistas<sup>5</sup>, desenvolveu-se uma ferramenta de gestão visando a integração dos critérios para estabelecer as prioridades na fila de espera.<sup>1,5</sup>

No Canadá, os pacientes são encaminhados pelo clínico geral. A cobertura é universal, o financiamento é público, e há autonomia dos Estados para estabelecer critérios de entrada nos programas<sup>1</sup>. São usadas duas estratégias para manejo das filas de espera para cirurgias eletivas: (i) a primeira é o *Western Canada Waiting List Investigators (WCWL)*, que desenvolve protocolos de gerenciamento de lista de espera de cinco áreas (saúde mental das crianças, cirurgia de catarata, cirurgia geral, cirurgia de prótese de quadril/ joelho e exames de ressonância magnética), sendo cada protocolo foi desenvolvido por um painel de profissionais de saúde, composto por médicos de família, médicos especialistas, administradores de saúde e pesquisadores relevantes para cada área<sup>6</sup>, e (ii) a segunda é a *Ontario Wait Times Strategy (OWTS)*, que visa reduzir os tempos de espera em cinco áreas (câncer, intervenções cardíacas, substituição das articulações, restauração da visão e diagnóstico por imagem), melhorando a eficiência da gestão, estabelecendo metas de tempo de espera adequadas e desenvolvendo um sistema para priorizar os pacientes por meio das necessidades clínicas.<sup>1</sup>

Na Inglaterra, a ênfase foi aprimorar a gestão das filas de cirurgias eletivas a partir do médico generalista, buscando aperfeiçoar a experiência com o uso de diretrizes e protocolos. Essa estratégia qualificou os encaminhamentos aos serviços de cirurgia, em especial, melhorou a definição do diagnóstico no período anterior ao encaminhamento para o cirurgião, assim como a realização e parecer dos exames pré-operatórios.<sup>1</sup>

Em Portugal, os pacientes inscritos para cirurgia podem acompanhar sua situação nas listas de espera. Por meio do Programa Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (e-SIGIC), é possível, pela internet, conhecer a posição que ocupa na lista, bem como o tempo de espera programado para realização da intervenção cirúrgica.<sup>1</sup>

Na França, as listas de espera para cirurgias são relativamente pequenas, pois existe oferta elevada de leitos hospitalares.<sup>1</sup> O acesso a leitos privados amplia a oferta para além da capacidade instalada exclusivamente pela rede pública.<sup>1</sup>

No Brasil, o controle de listas de espera para cirurgia é realizado por meio de agendas ou planilhas internas gerenciadas pelas especialidades médicas em cada hospital.<sup>2</sup> Esse formato de regulação é um entrave organizacional, pois as informações não são unificadas, sem transparência, retidas no nível operacional e, perde-se a possibilidade de planejar/gerenciar os serviços de saúde em rede de atenção.<sup>2</sup>

Em abril de 2017, o Ministério da Saúde determinou a unificação da fila para cirurgias eletivas. O

software Sistema Nacional de Regulação (SISREG) foi disponibilizado aos estados e municípios para traçar um panorama preliminar de cirurgias que aguardam realização.<sup>4</sup> No entanto, ainda não foi efetivado, em função, principalmente, da pouca adesão ao programa pelos gestores locais.<sup>4</sup>

Dessa forma, a overview de revisões sistemáticas em tela visa apoiar formulação e tomada de decisão em políticas públicas relacionadas ao tema, apresentando evidências de investigação científica tanto em nível global como local, com opções para abordar a gestão de filas para procedimentos cirúrgicos eletivos e considerações a respeito de sua implementação.

## MÉTODOS

Foi realizada busca sistemática nas seguintes bases de dados: *MedLine* (PubMed), *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, *Scopus*, *Centre for Reviews and Dissemination* (CRD), *Lilacs*, *SciELO*, *Embase*, *Epistemonikos*, *Health System Evidence*, *SciencDirect*, Portal Saúde Baseada em Evidências, *International Initiative for Impact Evaluation* (3ie) e *PROQUEST*, além da literatura cinzenta (Google Acadêmico).

A estratégia de busca se deu pela identificação de revisões sistemáticas a partir dos termos: *(elective surgical procedures) AND (waiting lists); (elective surgical procedures) AND (appointments and schedules)*. Para cada base de dados, fez-se a necessária adaptação dos descritores (quadro 1).

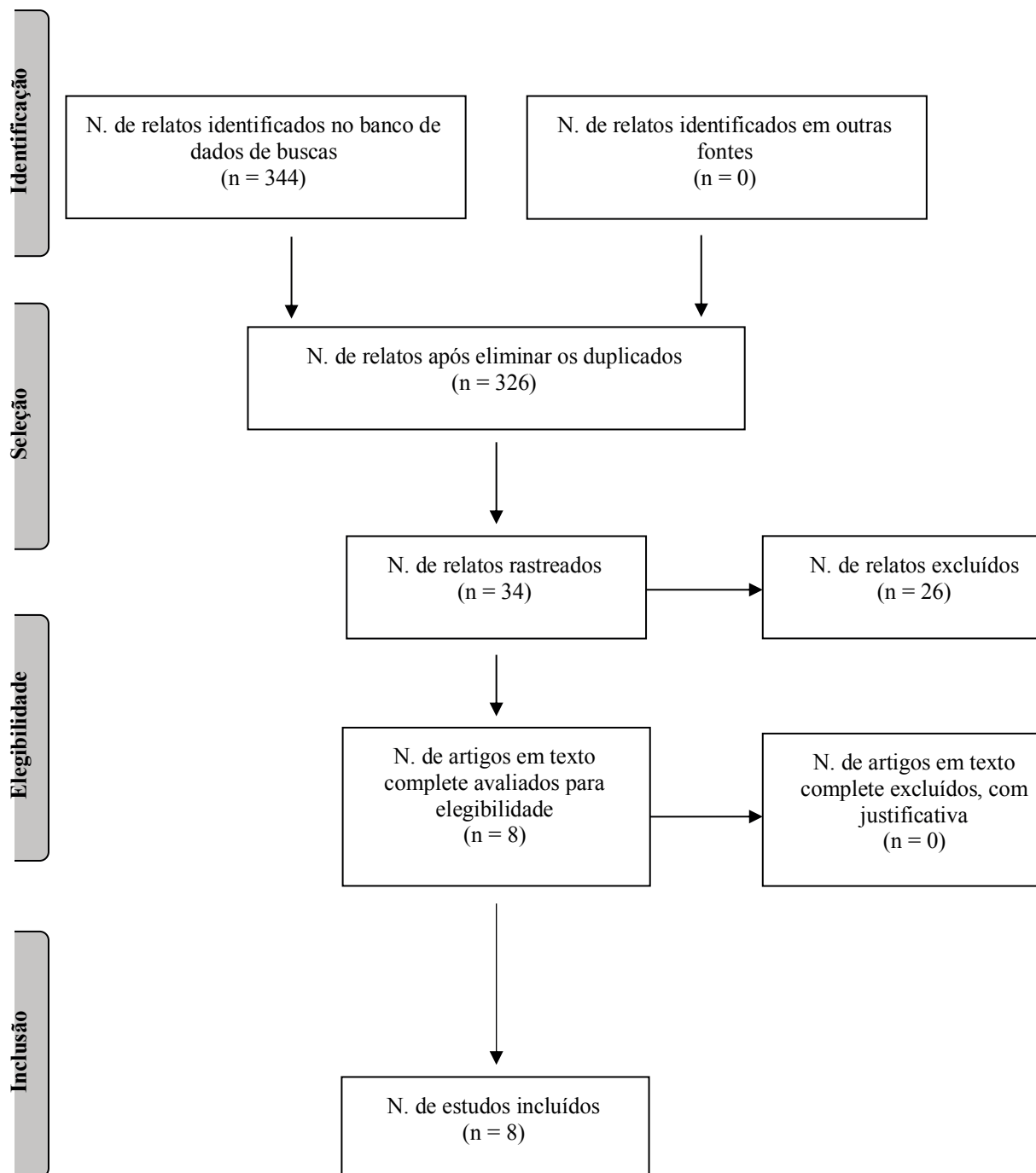
**Quadro 1.** Estratégias de busca

Bases de Dados	Estratégias de busca
The Cochrane Library (via Bireme)	'(elective surgical procedures) AND (waiting lists) in Title, Abstract, Keywords or (elective surgical procedures) AND (appointments and schedules) in Title, Abstract, Keywords in Cochrane Reviews'
Medline (via Pubmed)	("elective surgical procedures"[MeSH Terms] OR ("elective"[All Fields] AND "surgical"[All Fields] AND "procedures"[All Fields]) AND ("appointments and schedules"[MeSH Terms] OR "waiting lists"[MeSH Terms])) AND systematic[sb]
Centre for Reviews and Dissemination (CRD)	(elective surgical procedures) AND (waiting lists) OR (elective surgical procedures) AND (appointments and schedules)
Scopus	DOCTYPE(re)(ALL((elective surgical procedures) AND (waiting lists))) OR (ALL((elective surgical procedures) AND (appointments and schedules)))

A partir do material encontrado, foram selecionadas revisões sistemáticas que se adequavam ao tema da pesquisa. Para isso, dois autores selecionaram manualmente os artigos por meio dos critérios de inclusão e exclusão. Dúvida associadas a seleção dos

artigos entre os dois autores foram solucionadas por um terceiro. A ferramenta PRISMA foi utilizada para seleção dos estudos, conforme ilustrado pelo fluxograma da figura 1.

**Figura 1.** Fluxograma de identificação, seleção, avaliação de elegibilidade e inclusão dos estudos



Os critérios de inclusão adotados foram revisão sistemática e abordar manejo/gestão de filas e cirurgias eletivas. Os critérios de exclusão foi abordar procedimentos específicos de especialidades médicas.

Não foram usadas restrições quanto à data da publicação da revisão, sendo a revisão mais antiga datada de 2003. Não foram usadas restrições quanto ao país ou idioma de origem da revisão, sendo encontradas revisões dos seguintes países: Nova Zelândia, Inglaterra, Nigéria, Estados Unidos, Austrália, Itália e Canadá.

Cada revisão foi avaliada em termos de sua qualidade pelo protocolo AMSTAR, assim como a aplicabilidade local e, considerações sobre a equidade, quando constavam nas revisões.

## RESULTADOS

Foram encontradas oito revisões sistemáticas que abordavam o tema da pesquisa. Os resultados foram extraídos das revisões identificadas e agrupadas na tabela 1 e nos quadros 2 a 4. Não foram identificadas revisões adicionais que abordam outros termos além dos descritores relacionados com o tema.

**Tabela 1.** Características gerais das revisões sistemáticas

<b>Estudo</b>	<b>País de origem</b>	<b>AMSTAR</b>	<b>Último ano da busca</b>	<b>Nº de Estudos Primários pesquisados</b>
Abdulkareem, 2014 <sup>8</sup>	Nigéria	6/11	Não informado.	37
Ballini et. al., 2015 <sup>9</sup>	Itália	11/11	2013	8
Clarke et. al., 2009 <sup>10</sup>	Inglaterra	8/11	2005	20
Damani et. al., 2017 <sup>11</sup>	Canadá	9/11	2016	11
Kreidler, 2010 <sup>7</sup>	Canadá	9/11	2009	103
Maccormick et. al., 2003 <sup>5</sup>	Nova Zelândia	6/11	2001	41
Rahimia, 2017 <sup>12</sup>	Estados Unidos	5/11	2017	1
Visvanathan, 2016 <sup>13</sup>	Austrália	4/11	Não informado.	8

**Quadro 2.** Objetivos e principais achados das revisões sistemáticas relacionadas à gestão de filas para cirurgias eletivas

Estudo	Objetivos	Principais achados
Abdulkareem, 2014 <sup>8</sup>	Avalia a implementação da iniciativa de tempo de espera cirúrgica na Nigéria.	Redução nos tempos de espera para pacientes semi-intensivos e não urgentes.
	Avalia a implementação da Cirurgia-Dia.	Importante e crescente papel da Cirurgia Dia. Redução dos cancelamentos das eletivas devido emergências.
Ballini et. al., 2015 <sup>9</sup>	Avalia a eficácia das intervenções de redução dos tempos de espera, tanto diagnósticos como terapêuticos.	Redução do tempo de espera de pacientes semi-urgentes. Não há efeitos em pacientes urgentes e não-urgentes.
Clarke et. al., 2009 <sup>10</sup>	Avalia diretrizes cirúrgicas relacionadas ao desenvolvimento da Fase 2 do projeto REFER.	A maioria dos estudos relatou reduções nos tempos de espera.
Damani et. al., 2017 <sup>11</sup>	Avalia a implementação de Modelos de Entrada Única para serviços cirúrgicos eletivos, em relação à influência sobre o fluxo de pacientes e tempos de espera para procedimentos e aceitabilidade da proposta.	Diminuição da lista e do tempo de espera, inclusive para aqueles que esperavam mais tempo. Aumento para casos menos urgentes. Aumento de pacientes atendidos no tempo de espera recomendado. Aumento na adequação das referências recebidas. Melhor eficiência do gerenciamento de pacientes.
Kreidler, 2010 <sup>7</sup>	Avalia reestruturação do serviço.	Não há pesquisa de qualidade sobre eficácia.
	Avalia pagamento por produtividade.	Diminuiu a lista e o tempo de espera acentuadamente. Ele combinado com o pagamento para redução do tempo de espera é uma estratégia comprovada de gestão.
	Avalia aumento da capacidade pelo setor privado.	Representou menos de 1% das operações eletivas realizadas, e ainda não há evidências de seu impacto nos tempos de espera.
	Avalia a ampliação dos serviços próprios.	Tem bons resultados em alguns países.
Maccormick et. al., 2003 <sup>5</sup>	Documenta as ferramentas de pontuação prioritárias para cirurgias eletivas relatadas até o momento.	Sistemas de pontuação e sistemas de reservas estão sendo desenvolvidos em vários países. Métodos de consenso para o desenvolvimento de critérios genéricos são subutilizados.
Rahimia, 2017 <sup>12</sup>	Avalia o desenvolvimento e uso de ferramenta para priorizar pacientes de cirurgias individuais.	Não foi encontrado um único relatório de uso sustentado de priorização em países com taxa para pagamento de serviço dos cirurgiões.
Visvanathan, 2016 <sup>13</sup>	Avalia a eficácia das intervenções destinadas a reduzir os tempos de espera para os procedimentos eletivos	Benefícios das intervenções com redução no tempo de espera médio.

**Quadro 3.** Benefícios e danos potenciais descritos nas revisões sistemáticas relacionadas às intervenções para gestão de filas de cirurgias eletivas

<b>Intervenção</b>	<b>Benefícios</b>	<b>Danos Potenciais</b>
Modelos de entrada única	Redução do tamanho da lista de espera, do tempo de espera (inclusive para aqueles que esperavam mais tempo). Respostas e satisfação positivas dos pacientes. Impacto positivo nas variáveis relacionadas ao acesso <sup>11</sup> .	Leve aumento no tempo de espera para casos não urgentes. Pacientes podem escolher permanecer com o cirurgião de sua escolha, pois alguns estarão confortáveis com suas preferências e disposição de espera. Médicos citaram perda de responsabilidade por cuidados, desvalorização do relacionamento médico-paciente e perda de controle clínico <sup>11</sup> .
Reestruturação do processo de trabalho	Efeito positivo nas listas de espera de cirurgia eletiva, permitindo verdadeira avaliação da condição do paciente. Gerenciamento ativo da lista precisa ser mantido para garantir eficiência, com auditoria em intervalos regulares <sup>8, 14</sup> .	A auditoria identificou nº excessivo de pacientes que necessitavam de tratamento cirúrgico urgente. Logo, houve necessidade de aumento da oferta de serviços e contratações extras para suprir essa demanda. Consequentemente, houve atraso ao atendimento dos pacientes não urgentes. Ainda assim, houve diminuição do tempo de espera <sup>8, 14</sup> .
Ferramentas para priorização da fila	Há transparência da lista de espera, tanto da posição individual como da evolução do posicionamento, levando em conta aspectos clínicos e sociais <sup>5</sup> .	Os critérios de priorização até o momento são falhos, apresentando insuficiente validação interna e externa <sup>5</sup> .
Gerenciamento pelo médico de família ou generalista	Há conscientização dos profissionais <sup>10</sup> .	Possíveis equívocos gerados pela interpretação das diretrizes. Apenas um estudo relatou impacto das diretrizes sobre a saúde do paciente <sup>10</sup> .
Pagamento por produtividade	O pagamento por produção extra é uma estratégia comprovada para reduzir a fila de cirurgias eletivas <sup>7</sup> .	Aumento de financiamento em curto prazo incentiva estratégias que não conseguem abordar as causas profundas da lista de espera. O atraso reaparece logo depois que o dinheiro acaba <sup>7</sup> . Incentiva longas jornadas de trabalho <sup>12</sup> .
Cirurgia – dia	Fornece ao paciente tratamento seguro, eficaz e eficiente, com o mínimo de interrupção em sua vida e proporciona cuidado centralizado. A grande maioria prefere se recuperar em suas próprias casas, em vez de passar a noite no hospital <sup>8</sup> .	Os recursos limitados implicam na falta de financiamento da estrutura adequada: acompanhamento pela atenção primária, longa distância dos serviços de saúde, sistema de transporte pobre. Há insegurança entre cirurgiões e anestesistas devido ao medo de possíveis complicações após a alta. Pacientes podem ser inadequadamente preparados para cirurgia e, portanto, serem dispensados sem os cuidados necessários. São necessárias instalações específicas <sup>8</sup> .
Compra de serviços de terceiros	Maior velocidade e a facilidade de configuração <sup>7</sup> .	Provedores privados tendem a escolher o tipo de serviços que podem ser executados de forma lucrativa. Há problemas éticos onde os médicos atuam nos setores público e privado, com tendência dos médicos se dedicarem mais a pacientes privados <sup>7</sup> .
Ampliação dos serviços próprios / públicos	Serviços mais estáveis e permanentes, com impacto verdadeiro na diminuição das filas <sup>7</sup> .	Longo tempo de investimento <sup>7</sup> .



**Quadro 4.** Custo, incertezas e percepções das partes interessadas apontadas pelas das revisões sistemáticas relacionadas às intervenções para gestão de filas de cirurgias eletivas

Intervenção	Custo	Incetezas	Percepções
Modelos de entrada única	É difícil estabelecer a relação de custo-efetividade. Um estudo referiu-se à estratégia como "relativamente barata" <sup>11</sup> .	Intervenção estudada de maneira não uniforme, revelando pouca consistência. Há tendência do aumento no tempo de espera para casos não urgentes. É necessário seguir rigoroso monitoramento do impacto, principalmente, nas condições clínicas dos pacientes <sup>11</sup> .	Avaliação positiva dos pacientes. A garantia e as explicações adequadas contribuíram para a aceitação. Alguns cirurgiões sentiram que as listas agrupadas eram adequadas apenas para casos de rotina. Todos os médicos citaram perda de responsabilidade dos cuidados. Apenas um estudo teve avaliação positiva da parte médica <sup>11</sup> .
Reestruturação do processo de trabalho	Expôs deficiências na estrutura existente, levando a aumento do recurso para realização de cirurgias eletivas <sup>8, 14</sup> .	Apesar de uma grande quantidade de estudos de caso promissores, falta uma pesquisa de alta qualidade sobre a eficácia das iniciativas de reestruturação do processo de trabalho <sup>7</sup> .	A gestão ativa de listas de espera por meio de auditorias regulares e outras intervenções são cruciais para a equidade e a eficiência <sup>8, 14</sup> .
Ferramentas para priorização da fila	Não foram encontradas referências avaliando custo/efetividade.	As ferramentas em ambos as revisões analisadas ainda não foram avaliadas e validadas.	Deve ser determinado o tempo de espera máximo de cada cirurgia e a diferenciação dos critérios para diferentes abordagens cirúrgicas <sup>5</sup> .
Gerenciamento pelo médico de família ou generalista	Nenhum estudo relatou estudos formais de custo efetivo, custo-benefício ou custo-utilidade. Porém, a maioria dos estudos relata diminuição do custo como resultado da intervenção <sup>10</sup> .	Em geral são benéficas, mas há evidências insuficientes, pois há estudos de qualidade insuficiente. Redução do tempo de espera não é necessariamente generalizável <sup>10</sup> .	A base de evidências para orientações de referência é fraca. É difícil avaliar qualquer efeito independente devido à falta de grupos de comparação em muitos estudos. Não podem ser extraídas conclusões sobre os aspectos específicos de desenvolvimento das diretrizes associadas a melhores resultados. Mais pesquisas seriam valiosas <sup>10</sup> .
Pagamento por produtividade	Não foram encontradas referências avaliando custo/efetividade.	As abordagens não são fáceis; podem exigir investimentos financeiros significativos, regulamentação forte para prevenir efeitos adversos e/ou esforços incansáveis para disseminar e apoiar as melhores práticas <sup>7</sup> .	Esta estratégia de combinação foi aplicada com sucesso na Inglaterra, Espanha, Victoria (Austrália), Holanda e Canadá <sup>7</sup> .
Cirurgia - dia	Adenoidectomia e amigdalectomia são seguras e econômicas. Há redução na duração da internação, no custo e no tempo que o paciente é retirado do trabalho. Exige bom investimento <sup>8</sup> .	As variabilidades metodológicas dos estudos atuais ainda não permitem a generalização da opção <sup>8</sup> .	A admissão hospitalar durante a noite geralmente é muito angustiante para crianças. Portanto, a cirurgia - dia é ideal para eles. Os pacientes pediátricos devem ser tratados em uma lista separada, ou pelo menos devem estar na primeira parte de qualquer lista e separados dos adultos <sup>8</sup> .
Compra de serviços de terceiros	Muito dispendiosa <sup>7</sup> .	Não há contribuição significativa na redução da lista de espera. Em alguns casos, a intervenção preencheu algumas necessidades urgentes <sup>7</sup> .	São necessários contratos rigorosos e monitoramento cuidadoso para garantir que as empresas atendam os padrões de qualidade <sup>7</sup> .
Ampliação dos serviços próprios / públicos	Muito dispendiosa <sup>7</sup> .	Incerteza nos dias atuais, podendo gerar expectativas não viáveis <sup>7</sup> .	-



## DISCUSSÃO

As listas de espera surgem quando a demanda por procedimentos eletivos excede a oferta. A falta de oferta pode refletir a baixa capacidade instalada ou uso ineficiente da capacidade existente. Pelo lado da demanda, em síntese, podemos estar diante de demanda pouco qualificada. Os principais instrumentos de política de saúde para reduzir os tempos de espera nas filas, são: aumento da oferta; qualificação da demanda e estratégias para suas execuções.<sup>7</sup>

A gestão referente à redução do tempo de espera de pacientes para cirurgias eletivas é diferente de país, de região e, do tipo de especialidade cirúrgica. Dentre das possibilidades de gestão das filas para cirurgias eletivas, encontram-se:<sup>5,7-13</sup> (i) a qualificação da demanda (modelo de entrada única, reestruturação do processo de trabalho, ferramentas para priorização da fila, e gerenciamento da fila conduzida pelo médico de família ou médico generalista, e (ii) o aumento da oferta (pagamento por produtividade, cirurgia-dia ou ambulatorial, ampliação dos serviços de cirurgia com a compra de serviços de terceiros, e ampliação de serviços cirúrgicos próprios/públicos).

As intervenções que buscam eliminar ou minimizar os tempos de espera aumentando a oferta são estruturantes.<sup>7</sup> Os países que resolveram os problemas dos tempos de espera de maneira estável, como França, Bélgica, Alemanha e Suíça, ampliaram os serviços públicos e/ou prestadores privados, pagaram com base nos volumes de cirurgias, ou seja, ampliaram os investimentos financeiros, para resolver de fato o problema.<sup>7</sup>

Sabe-se, todavia, que aumentar o financiamento em saúde pública, nos tempos atuais, passa por intensas disputas políticas na sociedade, com reflexos imediatos nos conflitos distributivos orçamentários e o sucesso de tais objetivos depende, fundamentalmente, de se estar assentado em políticas macroeconômicas desenvolvimentistas, geradoras de crescimento econômico e social.<sup>15</sup> Daí a necessidade de equalizar as intervenções entre oferta e demanda - ideia síntese desse estudo, conforme cada contexto.

### (i) Qualificação da demanda

#### **Modelo de entrada única (MEU)**

O modelo de entrada única é uma estratégia de gerenciamento de tempo de espera usualmente utilizada em companhias aéreas, bancos e restaurantes,

pelo qual os clientes se reúnem em uma única fila para ser encaminhado ao primeiro provedor de serviços disponível.<sup>11</sup>

O MEU é cada vez mais utilizado nos cuidados de saúde e se organizam em três componentes: (i) listas de espera agrupadas/comuns, consolidando as múltiplas listas de espera dispersas nas unidades de saúde, (ii) oferta de serviços cirúrgicos também centralizado em único ponto de fornecimento, e (iii) o monitoramento dos pacientes, por meio do qual as indicações cirúrgicas são avaliadas quanto à adequação e/ou urgência.<sup>11</sup>

O componente inicial do MEU é a concentração de todas as listas de espera por cirurgias eletivas dispersas nos serviços assistenciais. Em seguida, cria-se lista única de provedores de serviços cirúrgicos. O terceiro passo é estabelecer núcleo de monitoramento/regulação de cirurgias eletivas, para garantir o rigor clínico da indicação e a transparência do processo.<sup>11</sup>

Com os três componentes do MEU constituídos, os pacientes acessam os serviços por um único ponto de entrada, podendo ver o provedor assistencial próximo e disponível.<sup>11</sup>

Para melhorar a qualificação da lista de espera, a maioria dos estudos combina os componentes da entrada única com ferramentas para avaliar a indicação e determinar a prioridade cirúrgica.<sup>11</sup>

Os tempos de espera serão medidos de três maneiras: (i) tempo de encaminhamento para consulta com o especialista cirúrgico (TE1), (ii) tempo para realizar os exames pré-operatórios (TE2), e (iii) tempo para internar e realizar a cirurgia indicada (TE3). O tempo de Espera Total (TET) é a soma dos TE1 + TE2 + TE3.<sup>11</sup>

#### **Reestruturação do processo de trabalho**

Essa opção envolve abordagem multifacetada e integrada ao gerenciamento da lista de espera na unidade de saúde,<sup>8,14</sup> compreendendo a auditoria, categorização por quadro clínico e estabelecimento de serviço de acesso às cirurgias eletivas (SACE).

Deve ser realizada auditoria completa da lista de espera por cada especialidade por contato telefônico ou questionário escrito. O objetivo é atualizar dados e identificar os pacientes que estão verdadeiramente aptos para o procedimento cirúrgico. Esse trabalho é realizado pela equipe de enfermagem.<sup>8,14</sup>



A categorização por quadro clínico compreende a classificação dos casos da lista de espera por cirurgias nas seguintes categorias:<sup>8,14</sup> (i) categoria 1: urgente, requer tratamento em menos de 30 dias, sendo condições que ameaçam a vida ou são susceptíveis de piora com deterioração do quadro clínico, (ii) categoria 2: semiurgente, requer tratamento em menos de 90 dias, e (iii) categoria 3: não urgente, requer tratamento em 180 dias ou mais.

As evidências apontaram que a categoria 1 foi a que mais se beneficiou com esse critério. Por outro lado, não houve evidência de benefício nas Categorias 2 e 3.<sup>8,14</sup>

O SACE tem como objetivo fornecer um sistema simplificado para transferir pacientes internados com cirurgia eletiva definida, de unidades de saúde que não conseguem tratá-los dentro de um prazo clinicamente apropriado, para outros serviços de saúde com a capacidade de oferecer o tratamento em tempo adequado. Em estudos prévios, o SACE foi amplamente apoiado pelos cirurgiões, no entanto, houve dificuldades relativas à transferência de pacientes com complexidade alta e urgente.<sup>8,14</sup>

#### ***Ferramentas com critérios de priorização da demanda***

Um dos principais fatores a favor da elaboração de critérios para priorização de cirurgias eletivas é a transparência. Essa é alcançada por meio da definição de critérios de priorização explícitos, que levem em conta, além das características das doenças, os benefícios esperados pelo tratamento cirúrgico e os aspectos sociais dos pacientes.<sup>2</sup>

O modelo neozelandês de priorização de filas de espera para cirurgia eletiva utiliza critérios éticos, baseados na urgência de necessidade do paciente e nos benefícios potenciais, além de diretrizes específicas desenvolvidas por revisão da literatura e consensos de especialistas. Posteriormente, é utilizada ferramenta para ponderar e somar os critérios.<sup>5</sup>

Critérios genéricos são mais sensíveis e menos específicos, pois avaliam idade e condições socioeconômicas associadas à prática clínica.<sup>5</sup> Em 2015, foi realizada a revisão na literatura com o objetivo de determinar os parâmetros sobre os quais ocorreria a priorização dos pacientes. Ao final, obteve-se lista com 43 indicadores.<sup>2</sup>

#### ***Gerenciamento da fila para cirurgias eletivas pelo médico de saúde da família ou médico generalista na atenção primária***

Essa opção foi baseada no projeto britânico de encaminhamento para cirurgia eletiva, feito pela Atenção Primária (Projeto REFER, que foi realizado em duas fases: (i) a primeira fase foi caracterizar o uso das diretrizes para cirurgias eletivas, por clínicos gerais no Serviço Nacional de Saúde (NHS), (ii) a segunda fase foi demonstrar como as diretrizes cirúrgicas podem ser aperfeiçoadas.<sup>10</sup> O foco da pesquisa foi verificar se as decisões sobre o encaminhamento para o cirurgião e acesso a cuidados especializados, tomadas por médicos generalistas com base nas diretrizes ou protocolos assistenciais, interferem no tempo de espera para a realização de cirurgias eletivas.<sup>10</sup> Verificou-se impacto positivo na diminuição dos tempos de espera, observando-se redução consistente nas filas e, confirmando, também, que o fenômeno é multifatorial, com forte componente local.<sup>10</sup>

#### ***(ii) Aumento da oferta***

##### ***Pagamento por produção***

Nesse caso, amplia-se a oferta pelo pagamento de uma maior quantidade de procedimentos, utilizando a mesma capacidade instalada. Os esforços, em um primeiro momento, devem ser dirigidos no sentido do financiamento temporário para atividades extras. O aumento do financiamento, a curto prazo, incentiva o incremento da produção em situações de impasse nas quais não foi possível abordar as causas estruturantes da lista de espera. No entanto, a demora para a realização de novos procedimentos reaparece logo depois que o financiamento acaba, tornando essa solução, que muitos denominam como “mutirões”, instáveis e, consequentemente, possuem credibilidade questionada.<sup>7</sup>

O financiamento inclui pagamento por procedimento à equipe de saúde envolvida, pagamento baseado em atividade nos hospitais, e/ou bônus para obter quantidade de procedimentos extras, sem prejuízo das atividades já desempenhadas anteriormente. Para garantir que a nova atividade realmente interfira positivamente na lista de espera, os gestores induzem que a recompensa financeira dependa da produção e redução de tempo de espera. Essa estratégia foi aplicada com sucesso na Inglaterra, Espanha, Austrália, Holanda e Canadá.<sup>7</sup>

O pagamento por produção é uma estratégia comprovada para gerenciamento de tempos de espera, o que pode impedir o aumento da produção é a falta de capacidade instalada para acomodar mais atividades. Nesses casos, também é necessário aumentar a capacidade ou otimizar sua utilização.<sup>7</sup>

As abordagens diretas para a redução do tempo de espera das cirurgias eletivas são complexas, podem exigir investimentos financeiros significativos, e regulação forte para prevenir eventos clínicos adversos, além de esforços incansáveis para disseminar e apoiar as melhores práticas.<sup>7</sup> O pagamento por produção checa a capacidade de financiamento local para suportar o aumento da demanda reprimida. Há também evidência de que o uso da capacidade existente pode ser ampla e continuamente otimizado, porém permanece instável no âmbito da lógica de pagamento por produção.<sup>7</sup>

### ***Cirurgia-dia ou cirurgia ambulatorial***

A cirurgia-dia ou ambulatorial é a admissão de pacientes selecionados para um procedimento cirúrgico planejado, de menor gravidade, cujo tempo de recuperação e alta ocorra no mesmo dia. São situações cirúrgicas bem definidas a partir de protocolos claros e consensuais. É necessário organizar a retaguarda hospitalar, caso ocorram complicações.<sup>8,16,17</sup>

Nos EUA, o conceito é referido como cirurgia ambulatorial e inclui pacientes que podem permanecer até 23 horas no hospital, permitindo a inclusão de uma maior variedade de procedimentos.<sup>16</sup>

No Reino Unido, a estratégia de cirurgia-dia foi lançada em janeiro de 2002, pelo *National Health Service* (NHS). Existem quatro diretrizes essenciais para implementar o serviço de cirurgia – dia:<sup>17</sup> (i) avaliação pré-operatória: essa etapa é fundamental para o sucesso da cirurgia-dia e minimiza o cancelamento de pacientes inadequados no dia do procedimento, sendo que o protocolo de avaliação pré-operatório deve incluir: informações sobre a cirurgia-dia para garantir que o paciente entenda o procedimento a ser realizado e seu provável curso pós-operatório, avaliação do estado clínico do paciente e aptidão para anestesia, e avaliação das circunstâncias do paciente em seu domicílio, sendo necessária a figura de um cuidador que acompanhe o paciente até a plena recuperação;<sup>8,16,17</sup> (ii) definição do tipo de cirurgia: São inúmeros procedimentos eletivos adequados para a cirurgia do dia. O NHS prevê que 75% de todas as cirurgias eletivas possam ser realizadas como cirurgia – dia, no futuro próximo;<sup>8,16,17</sup> (iii) alta hospitalar/ambulatorial;<sup>8,16,17</sup> avaliação da aptidão do paciente para a alta, certificação de que os pacientes e seus cuidadores compreendam restrições à atividade após o procedimento, emissão de informações escritas sobre potenciais efeitos colaterais ou complicações e, a medicação a ser tomada, inclusão de suprimento adequado de analgesia

pós-operatória com informações escritas sobre como usar, agendamento para o acompanhamento ambulatorial, apresentar do número telefônico de emergência, e acompanhamento domiciliar personalizado por uma enfermeira, utilizando protocolo rigoroso de pós-operatório, e (iv) suporte pós-operatório de emergências 24 horas: fornecido a partir da unidade de cirurgia – dia sem depender de cuidados primários. Inclui a utilização de telefones celulares para enfermeiros e médicos, através de compromisso de plantão para cuidados fora de horário.<sup>8,16,17</sup>

Entre as cirurgias eletivas que podem ser realizadas por meio desse sistema, podem ser citadas as seguintes: reparação da hérnia laparoscópica, simpatectomia toracoscópica, excisão da glândula submandibular, tireoidectomia parcial, parotidectomia superficial, alguns procedimentos cirúrgicos para mama com depuração axilar, uretrotomia, incisão do pescoço, da bexiga, prostatectomia a laser, ressecção transcervical do endométrio, cirurgia das pálpebras, meniscectomia artroscópica, descompressão artroscópica do ombro, mastectomia subcutânea, rinoplastia, cirurgia dentoalveolar, timpanoplastia e cirurgias oftalmológicas.<sup>8,16,17</sup>

Há crescente importância da cirurgia-dia na ampliação do acesso e na redução de cancelamentos de cirurgias eletivas. Seus benefícios repercutem nos pacientes, nas equipes de profissionais de saúde, e, especialmente, fortalecem a atenção primária à saúde e o sistema de saúde como um todo.<sup>8</sup>

Segundo experiências do NHS, a utilização de unidades de cirurgia-dia demonstrou diminuição substancial nos cancelamentos de procedimentos cirúrgicos, consequentemente aumentando a quantidade de tratamentos. Ademais, a maioria dos pacientes prefere se recuperar em seus domicílios.<sup>17</sup>

### ***Ampliação dos serviços cirúrgicos com a compra de serviços privados***

A terceirização de serviços é uma opção que envolve a ampliação de capacidade instalada com a compra de serviços do setor privado.<sup>7</sup> Nesse aspecto, uma síntese de evidências realizada previamente mostrou que o aumento da capacidade com a contratação de serviços do setor privado ajuda a reduzir as expectativas subjetivas dos pacientes, porém sem reduzir significativamente o tempo de espera de cirurgias eletivas. Ademais, os provedores privados têm os seus próprios critérios e tendem a escolher o tipo de serviços que podem ser executados de forma mais lucrativa.<sup>7</sup>



Contratos rigorosos e monitoramento cuidadoso são instrumentos essenciais para garantir que a empresa privada atenda aos padrões de oferta e de qualidade exigidos para o sistema público.<sup>7</sup>

### ***Ampliação dos serviços cirúrgicos próprios/públicos***

A ampliação de serviços cirúrgicos próprios/públicos envolve tomada de decisão estratégica dos investimentos orçamentários, com direcionamento de recursos para o aumento da capacidade instalada do setor público, em especial, nos pontos sistêmicos com maior estrangulamento.<sup>7</sup>

A ampliação de serviços públicos de saúde é uma solução definitiva, capaz de gerar estabilidade assistencial<sup>7</sup>. Comparações internacionais sugerem uma associação significativa e permanente do aumento da capacidade instalada pública (aumento de leitos hospitalares, contratação de equipes de saúde específicas e compras de equipamentos e insumos) com redução do tempo de espera para procedimentos cirúrgicos. Essa estratégia foi empregada com sucesso no Canadá, na Dinamarca e na Inglaterra.<sup>7</sup>

## **CONCLUSÃO**

Das oito revisões sistemáticas apresentadas, a que obteve melhor qualificação pelo critério AMSTAR (11/11) foi a de Ballini e cols.<sup>9</sup>, publicada pela Colaboração Cochrane em 2015, considerada a instituição padrão ouro em estudos de Revisão Sistemática. O desenho dos estudos primários foi definido como critério de inclusão, os quais somente foram admitidos os ensaios clínicos randomizados, estudos controlados antes e depois, e estudos de séries temporais interrompidas. Segundo a Colaboração Cochrane, seriam os três desenhos metodológicos capazes de demonstrar o nível de efetividade da intervenção, com implicações na consistência da evidência.

A RS realizada por Ballini e cols. encontrou oito estudos primários – três foram ensaios clínicos randomizados e cinco foram estudos de séries temporais interrompidas, sendo avaliadas: 135 clínicas de atenção primária, sete hospitais e uma clínica de paciente dia9. Mesmo assim, as evidências encontradas tiveram grau de recomendação baixa ou muito baixa, pelo critério GRADE e, as intervenções que se revelaram promissoras foram relacionadas com a ampliação do acesso aos serviços eletivos, estruturados e garanti-

dos por meio do agendamento aberto ou reserva direta na lista de espera.<sup>18</sup>

Cabe ressaltar que foram estabelecidos parâmetros de efetividade também relacionados com o tipo de procedimento eletivo, a capacidade instalada para sua realização, assim como a definição prévia de tempos de espera considerados urgentes (menor que 30 dias), semiurgentes (menor que 90 dias) e, não urgentes (menor que 360 dias). Houve redução significativa no tempo de espera dos procedimentos considerados semiurgentes.

Percebe-se, portanto, que a capacidade de generalização dos resultados encontrados na presente Overview de Revisões Sistemáticas é baixa, porém a capacidade de utilizá-la de acordo com a especificidade loco-regional é alta, desde que avaliadas algumas possibilidades, entre as quais: novos financiamentos, logística e recursos materiais, perfil assistencial dos serviços, expertise e suficiência de profissionais de saúde, e a capacidade de governança do sistema de saúde.

## **REFERÊNCIAS**

1. Taniguchi FP. Modelos de Serviços em Atenção Cirúrgica. São Paulo: Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa; 2015.
2. Buus MO. Modelo de sistema de conhecimento para gestão de listas de espera para cirurgias no Sistema Único de Saúde [tese]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2015.
3. Carvalho TC, Gianini RJ. Equidade no tempo de espera para determinadas cirurgias eletivas segundo o tipo de hospital em Sorocaba, SP. Rev Bras Epidemiol. 2008;11(3):473-83.
4. 900 mil pedidos à espera de cirurgias. Jornal Medicina. Out 2017;272; p. 10-12.
5. McCormick AD, Collett WG, Parry BR. Prioritizing patients for elective surgery: a systematic review. ANZ J Surg. 2003;73(8):633-42.
6. Noseworthy TW, McGurran JJ. Western Canada Waiting List Project From Chaos to Order: Making Sense of Waiting Lists in Canada. Final Report. Edmonton: Health Transition Fund (Health Canada); 2001.
7. Kreindler SA. Policy strategies to reduce waits for elective care: a synthesis of international evidence. Br Med Bull. 2010;95:7-32.

8. Abdulkareem IH. The surgical waiting time initiative: A review of the Nigerian situation. *Niger Med J*. 2014;55(6):443-51.
9. Ballini L, Negro A, Maltoni S, Vignatelli L, Flodgren G, Simera I, Holmes J, Grilli R. Interventions to reduce waiting times for elective procedures. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;(2):CD005610.
10. Clarke A, Musila N, van der Meulen J. The REFER Project – Realistic Effective Facilitation of Elective Referral for Elective Surgical Assessment (REFER). London: NCCSDO; 2009.
11. Damani Z, Conner-Spady B, Nash T, Stelfox HT, Noseworthy TW, Marshall DA. What is the influence of singleentry models on access to elective surgical procedures? A systematic review. *BMJ Open*. 2017;7(2):e012225.
12. Rahimia SA, Dexter BF, Guc X. Prioritizations of individual surgeons' patients waiting for elective procedures: A systematic review and future directions. *Perioper Care Oper Room Manag*. 2018;10:14-7.
13. Visvanathan V. Interventions to reduce waiting times for elective procedures: a Cochrane review summary. *Int J Nurs Stud*. 2016;61:260-1.
14. Briggs RJ, Smith KM, Dejager EM, Callahan JT, Abernethy JA, Dunn EJ, Hunter-Smith DJ. The active management of surgical waiting lists: a urological surgery case study. *Australian Health Review*. 2011; 35(4):399-403.
15. Global Burden of Disease Health Financing Collaborator Network. Evolution and patterns of global health financing 1995-2014: development assistance for health, and government, prepaid private, and out-of-pocket health spending in 184 countries. *Lancet*. 2017; 389(10083):1981-2004.
16. Abdulkareem IH. Day case surgery in Nigeria. *Niger J Clin Pract*. 2011 14(4):383-9.
17. Department of Health. Day Surgery: Operational guide. Waiting, booking and choice. London: Department of Health: 2002.
18. Guyatt GH, Oxman AD, Vist GE, Kunz R, Falck-Ytter Y, Alonso-Coello P et al. GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendation. *BJM*. 2008;336(7650):924-6.