



**MINISTÉRIO DA SAÚDE
GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO
GERÊNCIA DE ENSINO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM AVALIAÇÃO DE TECNOLOGIAS PARA O SUS
MESTRADO PROFISSIONAL EM AVALIAÇÃO E PRODUÇÃO DE TECNOLOGIAS PARA O SUS**

JULIANA WEIDLICH SOMMER

**GESTÃO DA LISTA DE ESPERA DE PROCEDIMENTOS ELETIVOS DO SERVIÇO
DE UROLOGIA DO HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO PELO
NÚCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO: ESTRATÉGIAS PARA DIMINUIR O
TEMPO DE ESPERA**

PORTO ALEGRE

2020



**MINISTÉRIO DA SAÚDE
GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO
GERÊNCIA DE ENSINO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM AVALIAÇÃO DE TECNOLOGIAS PARA O SUS
MESTRADO PROFISSIONAL EM AVALIAÇÃO E PRODUÇÃO DE TECNOLOGIAS PARA O SUS**

JULIANA WEIDLICH SOMMER

**GESTÃO DA LISTA DE ESPERA DE PROCEDIMENTOS ELETIVOS DO SERVIÇO
DE UROLOGIA DO HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO PELO
NÚCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO: ESTRATÉGIAS PARA DIMINUIR O
TEMPO DE ESPERA**

Dissertação apresentada como requisito parcial
para obtenção do título de Mestre em Avaliação e
Produção de Tecnologias para o SUS no Programa
de Pós-graduação em Avaliação de Tecnologias
para o SUS do Grupo Hospitalar Conceição.

Orientadora: Profª Dra. Estefania Inez Wittke

PORTO ALEGRE

2020



**MINISTÉRIO DA SAÚDE
GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO
GERÊNCIA DE ENSINO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM AVALIAÇÃO DE TECNOLOGIAS PARA O SUS
MESTRADO PROFISSIONAL EM AVALIAÇÃO E PRODUÇÃO DE TECNOLOGIAS PARA O SUS**

Banca Examinadora

Prof^a. Dra Luciane Kopittke

Prof^a. Dra Alexandra Jochims Kruel

Prof. Me. Welfane Cordeiro Junior

ATA DE APROVAÇÃO
(versão final - após defesa)

AGRADECIMENTOS

Ao Grupo Hospitalar Conceição, por incentivar a qualificação do seu corpo funcional e proporcionar oportunidades, como este Programa de Pós-Graduação em Avaliação de Tecnologias para o SUS (PPG-ATSUS);

Aos professores do PPG-ATSUS, que forneceram as bases necessárias para a realização deste trabalho, contribuindo para meu processo de formação profissional;

À Profa. Estefânia Inez Wittke, minha orientadora, por ter aceitado acompanhar-me neste projeto, com quem compartilhei minhas dúvidas, angústias e esclarecimentos a respeito do tema;

À Enfermeira Rosa Ladi, colega do Núcleo Interno de Regulação do Hospital Nossa Senhora da Conceição, responsável pelo monitoramento e registro dos indicadores de lista de espera da instituição;

Aos colegas de mestrado, com quem convivi nestes 2 anos dividindo experiências e ansiedades, e cuja motivação e apoio mútuo foi fundamental para concluir esta etapa;

À minha família, pelo apoio e incentivo ao longo deste período.

EPÍGRAFE

“A verdadeira viagem de descobrimento não consiste em procurar novas paisagens, mas em ter novos olhos.” (Marcel Proust)

RESUMO

A longa espera por assistência médica é motivo de insatisfação para pacientes, população e governos. Embora nem todos os sistemas de saúde pública apresentem problemas de lista de espera, eles são mais frequentemente encontrados em sistemas públicos de saúde. Esta realidade também está presente no Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC), um hospital terciário, com atendimento 100% SUS em diversas especialidades clínicas e cirúrgicas, que faz parte do Grupo Hospitalar Conceição (GHC). O HNSC é um dos principais responsáveis pelo atendimento na especialidade de urologia no município de Porto Alegre e região metropolitana, recebendo um grande número de novos pacientes a cada mês. Eles podem acessar o hospital através de 2 portas de entrada: a emergência e o ambulatório (consultas encaminhadas através das secretarias municipal e estadual de saúde). Destes, vários já vem referenciados para a realização de procedimentos cirúrgicos, e outros, encaminhados para avaliação, acabam, também, com indicação de cirurgia. Sendo assim, forma-se uma fila de espera de pacientes que necessitam realizar procedimentos cirúrgicos de vários tipos, de acordo com a doença que originou o atendimento. A organização desta fila de espera e o tempo decorrido entre a indicação de cirurgia e a realização do procedimento, de fato, constituem o problema a ser explorado. A partir da queixa de alguns pacientes, questionamentos judiciais e constatação do longo tempo de permanência em lista de espera para procedimentos cirúrgicos eletivos na especialidade de urologia, o Núcleo Interno de Regulação (NIR) do HNSC resolveu formar um grupo de trabalho para a identificação das causas e nós críticos envolvidos no processo. A partir da identificação, foi elaborado plano de ação com o objetivo de trabalhar e ajustar cada ponto encontrado. Atuando em cada etapa envolvida, buscamos esclarecer e motivar os envolvidos, ajustar os processos de trabalho e otimizar os recursos disponíveis (humanos, materiais e tecnológicos). Após 2 anos de acompanhamento, foi possível observar uma redução significativa dos tempos de espera para a realização de procedimentos cirúrgicos no serviço de urologia do HNSC. Portanto, conclui-se que a organização dos processos de trabalho e a otimização dos recursos disponíveis podem ser suficientes para modificar os indicadores, sem necessidade de aumento de recursos humanos e tecnológicos. Desta forma, foi possível ajustar os tempos de espera a níveis adequados, evitando o agravamento e complicações das situações pré-existentes.

Palavras-chave: Listas de Espera. Procedimentos Cirúrgicos Eletivos. Política de Saúde. Hospitais Públicos. Avaliação de Custo-efetividade.

ABSTRACT

The long wait for medical assistance is a reason for dissatisfaction for patients, the population and governments. Although not all public health systems have waiting list problems, they are most often found in public health systems. This reality is also present at Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC), a tertiary hospital, with exclusive public health care in several clinical and surgical specialties, member of the Hospital Conceição Group (GHC). The HNSC is one of the main responsible for the health care in the specialty of urology for patients in the city of Porto Alegre and metropolitan region, receiving a large number of new patients every month. They can access the hospital through 2 ways: the hospital emergency and outpatient appointments (sent through the municipal and state health departments). Of these, several have already been referred for surgical procedures, and others, referred for evaluation, also end up with surgery indication. Thus, a queue of patients is formed who need to perform surgical procedures of various types, according to the disease that originated the care. The organization of this waiting list and the time elapsed between the indication for surgery and the performance of the procedure, in fact, constitute the problem to be explored. Based on the complaint of some patients, judicial questioning and confirmation of the long time on the waiting list for elective surgical procedures in the specialty of urology, the Internal Regulation Center (NIR) of the HNSC decided to form a working group for the identification of critical issues involved in the process. Based on these findings, an action plan was developed with the objective of working and adjusting each point. Acting at each point involved, we seek to clarify and motivate those involved, adjust work processes and optimize available resources (human, material and technological). After 2 years of follow-up, it was possible to observe a significant reduction in waiting times for the performance of surgical procedures in the urology department of the HNSC. Thus, it is concluded that the organization of work processes and the optimization of available resources may be sufficient to modify the indicators, without the need to increase human and technological resources. In this way, it was possible to adjust the waiting times to adequate levels, avoiding the aggravation and complications of pre-existing diseases.

Keywords: Waiting Lists. Elective Surgical Procedures. Health Policy. Hospitals Public. Cost-Effectiveness Analysis.

LISTA DE FIGURAS E TABELAS

Figura 1 - Fluxograma Urologia - Revisão da lista de espera	28
Tabela 1 - Quantidade de pessoas em lista em março/2018	28
Tabela 2 - Quantidade de pessoas em lista entre março/2018 e março/2020 ...	30
Tabela 3 - AIH mais antiga.....	31
Tabela 4 - Tempo de espera da AIH mais antiga (em dias)	31
Figura 2 - Porcentagem de pacientes na lista de espera por data de ingresso.	32
Figura 3 - Comparação entre a quantidade de pacientes em lista de espera e a quantidade de procedimentos cirúrgicos realizados	33

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	10
1 OBJETIVOS	11
1.1 OBJETIVO GERAL	11
1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	11
2 INTRODUÇÃO	12
3 REVISÃO DE LITERATURA	15
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	17
ARTIGO	20
CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS	38
APÊNDICE - APROVAÇÃO PELO COMITÊ DA ÉTICA E PESQUISA	40
ANEXO - NORMAS PARA PUBLICAÇÃO NA REVISTA.....	41

APRESENTAÇÃO

Esta dissertação trata-se do Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Avaliação e Produção de Tecnologias para o SUS, através do Programa de Pós-Graduação – Mestrado em Avaliação e Produção de Tecnologias para o SUS do Grupo Hospitalar Conceição.

1 OBJETIVOS

1.1 OBJETIVO GERAL

O objetivo geral deste estudo é promover a gestão da lista de espera de procedimentos cirúrgicos, com vistas a organizar os processos de trabalho e melhorar o desempenho do fluxo do paciente no hospital, levando em consideração a aplicação de melhores práticas médico-assistenciais, bem como promovendo processos administrativos organizados e eficientes, fundamentais para organizar e reduzir o tempo de espera para realização dos procedimentos cirúrgicos.

1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Dos objetivos específicos, estão relacionados a três esferas distintas:

1.2.1 população: espera-se que a população tenha um atendimento mais ágil e qualificado, com garantia do princípio da equidade, realizando o procedimento cirúrgico proposto dentro dos limites de tempo considerados adequados para cada tipo de patologia.

1.2.2 Serviço de urologia: poderá organizar a assistência de acordo com as reais necessidades dos pacientes, criando protocolos clínicos e fluxos assistenciais que organizem as listas de espera por procedimentos eletivos.

1.2.3 instituição: espera-se um impacto positivo na redução do tempo de permanência em lista de espera e consequente risco de agravamento da patologia, além de melhorar a rotatividade de leitos hospitalares.

2 INTRODUÇÃO

As demandas por serviços hospitalares podem ser classificadas em demandas de caráter emergencial (que se refere à necessidade de atendimento imediato) e eletivo. O cuidado eletivo, portanto, é geralmente definido como aquele destinado às pessoas cujo estado clínico requer um procedimento ou tratamento que pode ser gerenciado por colocação em uma lista de espera. Um dos principais componentes para avaliar o desempenho deste tipo de serviço é o tempo de espera, pois a gestão dos tempos de espera melhora a utilização da capacidade dos serviços hospitalares em relação à demanda por cuidado eletivo⁽¹⁾.

Embora nem todos os sistemas de saúde pública apresentem problemas de lista de espera, eles são mais frequentemente encontrados em sistemas públicos de saúde. Isto acontece porque o sistema de acesso universal ao cuidado, quando combinado ao desejo ou necessidade do governo de controlar gastos, pode significar que a capacidade instalada não comporte a demanda⁽²⁾. Desta forma, as listas de espera se tornaram uma maneira de racionalizar recursos escassos.

Provisionar recursos com base no custo é considerado antiético por aqueles que defendem que o acesso à saúde deve ser baseado somente na necessidade do cuidado, e não na capacidade de poder pagar. A mera existência de uma lista de espera não é, por si só, algo ruim, mas reflete uma decisão, baseada em valores, de como o cuidado pode ser distribuído. Entretanto, o longo tempo de espera causa insatisfação aos pacientes e, em alguns casos, efeitos adversos, como o agravamento da condição de saúde^(3,4). A questão não é como eliminar os tempos de espera, mas como mantê-los em níveis seguros e aceitáveis, enquanto balanceamos este alvo com outras metas da política de saúde, como promover qualidade, equidade e uso racional dos recursos. Por fim, o indigno tempo de espera para cirurgias eletivas é também consequência de problemas de gestão, seja por conta da incapacidade de suprir a demanda, seja pela falta de integração entre as redes de assistência em si. A espera pode ser medida de três maneiras: “tempo de espera” (quanto tempo as pessoas em lista estão aguardando), “tempo esperado” (quanto tempo os pacientes tratados esperaram) e o número de pacientes em lista⁽⁵⁾. Mais importante que o número total de pacientes aguardando uma determinada cirurgia é identificarmos a data de entrada na lista de espera e a data de realização da cirurgia. Este é o principal indicador a ser acompanhado.

Inúmeras são as estratégias usadas para reduzir o tempo de espera, sendo que uma das mais efetivas para melhorar o desempenho é pagar pelo aumento de produtividade⁽⁶⁾. Entretanto, em nossa instituição esta estratégia não é factível. O HNSC é um hospital público, subordinado ao Ministério da Saúde, com orçamento anual fechado. Desta forma, outras alternativas devem ser consideradas:

- Aumentar a oferta
- Tornar mais eficiente a oferta existente
- Redirecionar pacientes para outras referências da rede municipal
- Reduzir a demanda
- Priorizar pacientes com doenças neoplásicas e com maior risco de agravamento ou perda de função do órgão

Há forte justificativa para redesenhar os processos de trabalho a fim de otimizar a capacidade instalada. A literatura sugere que as “ineficiências” – como etapas desnecessárias, atrasos/retardos evitáveis, engarrafamentos, e uso inadequados dos recursos humanos e estruturais – abundam no sistema de saúde, e podem criar longas filas mesmo onde a capacidade é suficiente para atender a demanda⁽⁷⁾.

Soluções em potencial podem incluir organizar listas de espera, ordenar o fluxo da jornada do paciente, consolidar os serviços, separando cirurgias agudas e eletivas, criando fluxos bem definidos, sem etapas desnecessárias, maximizando a atuação no dia-a-dia das equipes assistenciais⁽⁷⁻⁹⁾.

Conforme Sarmiento-Junior, apesar de fazer parte do dia-a-dia do cirurgião que trabalha em serviço público, o problema da fila de espera é muito pouco abordado pela comunidade médica e científica, talvez por parecer tratar-se de uma discussão que não pertence aos meios acadêmicos e, sim, às instâncias governamentais. Todavia é preciso salientar que o acesso equitativo, justo e universal aos serviços de saúde deve ser uma preocupação constante não só do governo como de todos os profissionais envolvidos no atendimento à rede pública. Muito pode ser feito em nível local a respeito das filas de espera⁽¹⁰⁾.

A gestão da lista de espera para procedimentos cirúrgicos eletivos no SUS é um grande desafio para os gestores de saúde, haja vista a disparidade entre a grande demanda e a limitação da oferta dos serviços. Essa realidade também faz parte do HNSC, que possui um elevado número de pacientes aguardando em listas de espera.

Levantamento realizado pelo NIR do HNSC, nos meses de janeiro e fevereiro de 2018, identificou que o serviço de urologia era o responsável pelo maior número de pacientes aguardando por procedimentos cirúrgicos eletivos: cerca de 600 pacientes, com indicação de diferentes tipos de procedimento, alguns em lista de espera desde o ano de 2008. Esta realidade era motivo frequente de reclamações por parte dos pacientes, mas também passou a ser alvo de questionamento judicial a respeito da lista de espera e tempo de realização de cirurgias.

A intervenção proposta é a gestão da lista de espera pelo NIR, com a organização do fluxo do paciente nas várias etapas envolvidas desde a indicação cirúrgica até a realização do procedimento. A comparação será feita mensurando os tempos de espera em lista antes e após a implementação do plano de ação. O desfecho esperado é a redução no tempo de espera para a realização de procedimento cirúrgico eletivo na especialidade de urologia.

3 REVISÃO DE LITERATURA

A longa espera por assistência médica é motivo de insatisfação para pacientes, população e governos. Nas últimas 2 décadas, os governos de vários países direcionaram um formidável arsenal de políticas para enfrentar o problema das listas de espera⁽⁶⁾.

O problema do longo tempo de espera transcende fronteiras, tanto que a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) a reconhece como uma das principais preocupações das políticas de saúde em grande parte dos seus países. De acordo com Siciliani e Hurst, o tempo médio de espera em vários países é de pelo menos três meses, podendo chegar a anos, gerando não apenas insatisfação aos pacientes e entre a população em geral, mas piora/deterioração nas condições de saúde, prolongamento do sofrimento, perda de função e, inclusive, podendo evoluir para o óbito do paciente. Há também os riscos econômicos, visto que pacientes com quadros clínicos mais graves tendem permanecer mais tempo internados e, com isso, precisar de mais recursos, além de estarem mais expostos aos riscos de eventos adversos, como as infecções hospitalares⁽²⁾.

A Constituição Federal Brasileira de 1988 prevê o acesso à informação como um direito fundamental do cidadão, que deve ser assegurado e que foi regulamentado pela Lei 12.527/2011⁽¹¹⁾. Para Zorzal e Rodrigues, a disponibilização transparente da informação é um dos mecanismos que garantem a promoção desses direitos, fortalecem a democracia, ampliam o exercício da cidadania, ajudam a promover o controle social e inibem a corrupção, entre outros⁽¹²⁾.

A transparência na gestão pública é considerada princípio fundamental e uma forma de democratização do acesso às informações públicas. Portanto, qualquer iniciativa que estabeleça formas de transparência e publicização de informações acerca da gestão, resguardadas as ressalvas legais, são consideradas boas práticas de governança. Na saúde pública, para além da prestação de contas previstas legalmente, há pouca prática recorrente de transparência nas ações, ofertas e listas de espera por atendimento pelos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS)⁽¹³⁾.

A revista Radis, em reportagem, aponta que a fila ainda é a maneira mais eficaz e democrática de organizar uma demanda — desde que siga um ordenamento, obedeça a critérios e, no caso da saúde, leve em conta a situação de

risco dos usuários. Do contrário, o fim da fila pode ser apenas o começo do problema⁽¹⁴⁾. Na saúde, estas filas são virtuais e se caracterizam como listas de espera para agendamento de procedimentos, de acordo com a necessidade e requisição do médico assistente para cada paciente, classificadas por algum critério ou protocolo assistencial⁽¹³⁾.

No Brasil, em julho de 2017, quando o Ministério da Saúde fechou a primeira lista para cirurgias eletivas no SUS, havia mais de 800.000 solicitações, com pacientes aguardando há 12 anos pelo procedimento. As três cirurgias mais demandadas eram as do aparelho digestivo, órgãos anexos e parede abdominal, aparelho da visão e aparelho geniturinário.

No Rio Grande do Sul (RS), no mesmo período, a lista de espera era de cerca de quarenta mil procedimentos.

Em Porto Alegre, cidade que é referência para 294 municípios do Estado do RS, a lista de espera era de 4.288 pacientes (11% do total do Estado), sendo o mais antigo de 2012, e a maior demanda da espera era para cirurgia de catarata⁽¹⁵⁾.

A fila de espera geral do HNSC, em média, possui de 1800 a 1900 pacientes, ou seja, de 42 a 44% da lista do município de Porto Alegre. Em termos legais, o HNSC deve cumprir o que está regulamentado na Lei Orgânica da Saúde e nas políticas de saúde, principalmente a Política Nacional de Regulação do SUS, as diretrizes para a organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do SUS e a Política Nacional de Atenção Hospitalar⁽¹⁶⁻¹⁹⁾.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. LIPPI, Maria Clara *et al.* Gestão de lista de espera como abordagem para planejamento e coordenação de serviços de saúde eletivos. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, Brasília, DF, v.9, n. 1, p.159-177, jan. 2018.
2. SICILIANI, Luigi; HURST, Jeremy. Tackling excessive waiting times for elective surgery: a comparative analysis of policies in 12 OECD countries. **Health Policy**, Amsterdam, v.72, n.2, p. 201-215, may2005.
3. LEVY, A. R. *et al.* Time on wait lists for coronary bypass surgery in British Columbia, Canada, 1991–2000. **BMC Health Serv. Res.**, London, v. 5, n. 1, p.22, Mar. 2005.
4. PACIFICO, M. D.; PEARL, R. A.; GROVER,R. The UK Government two-week rule and its impact on melanoma prognosis: an evidence-based study. **Ann. R. Coll. Surg. Engl.**, London, v. 89, n. 6, p. 609-615, 2007.
5. MASRI, B. A.*et al.* **Priority criteria for ip and knee replacement**: addressing health service wait times. Report II: inventory of initiatives: joint replacement: international approaches to meeting the needs. Vancouver: Krueger & Associates, 2005.
6. KREINDLER, Sara A. Policy strategies to reduce waits for elective care: a synthesis of international evidence. **BR. Med. Bull.**, London, v. 95, p. 7-32, 2010.
7. KREINDLER, S. A. Watching your wait: evidence-informed strategies for reducing health care wait times. **Qual. Manag. Health Care**, United State, v. 17, n. 2, p. 128-135, Apr./Jun. 2008.
8. RACHLIS, M. M. **Public solutions to health care wait lists**. Ottawa: Canadian Centre for Policy Alternatives, 2005.
9. HEALTH COUNCIL OF CANADA. **Wading through wait times**: what do meaningful reductions and guarantees mean? Ottawa: Health Council of Canada, 2007.
10. SARMENTO-JUNIOR,K. M. de A.;TOMITA, S.; KOS, A. O.de A. O problema da fila de espera para cirurgias otorrinolaringológicas em serviços públicos. **Rev. Bras. Otorrinolaringol.**, São Paulo, v. 71, n. 3, pt. 1, p.256-262, maio/jun. 2005.
11. BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, [2020]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 15 set. 2020.

12. ZORZAL, L.; RODRIGUES, G. M. Disclosure e transparência no setor público: uma análise da convergência dos princípios de governança. **Inf. Inf.**, Londrina, v. 20, n. 3, p. 113-146, 2015.
13. AGUIAR, L. O. F.; LIRA, A. C. O. Transparência no Sistema de Único de Saúde: iniciativas e desafios na divulgação eletrônica das listas de espera. **Cad. Ibero-Am. Direito Sanit.**, Brasília, DF, v. 7, n. 2, p. 110-123, abr./jun. 2018.
14. Revista RADIS: a medida da fila. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, n. 159, dez. 2015.
15. GIAMBERNARDINO FILHO, Donizetti. **A falta de médicos e a atual situação do SUS**. Brasília, DF, 11 jun. 2019. Apresentação em ppt. 81 slides. Disponível em: [file:///C:/Users/usuario/Downloads/DOC_PARTICIPANTE_EVT_5819_1560254835446_KComissaoPermanenteCDH20190611EXT048_parte11087_RESULTADO_1560254835446%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/usuario/Downloads/DOC_PARTICIPANTE_EVT_5819_1560254835446_KComissaoPermanenteCDH20190611EXT048_parte11087_RESULTADO_1560254835446%20(1).pdf). Acesso em: 20 ago. 2020.
16. BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 5 set. 2020.
17. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.559, de 1 de agosto de 2008**. Institui a Política Nacional de Regulação do SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559_01_08_2008.html. Acesso em: 5 set. 2020.
18. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso em: 5 set. 2020.
19. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013**. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da rede de Atenção à Saúde (RAS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html. Acesso em: 9 set. 2020.
20. BRASIL. **Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012**. Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início. Brasília, DF: Presidência da República, 2012. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-

2014/2012/lei/l12732.htm#:~:text=Disp%C3%B5e%20sobre%20o%20primeiro%20tratamento,Art. Acesso em: 9 set. 2020.

21. **BRASIL. Lei nº 13.896, de 30 de outubro de 2019.** Altera a Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012, para que os exames relacionados ao diagnóstico de neoplasia maligna sejam realizados no prazo de 30 (trinta) dias, no caso em que especifica. Brasília, DF: Presidência da República, 2012. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/l13896.htm. Acesso em: 9 set. 2020.

ARTIGO

RESUMO

A longa espera por assistência médica é motivo de insatisfação para pacientes, população e governos. Embora nem todas as instituições apresentem problemas de lista de espera, eles são mais frequentemente encontrados em sistemas públicos de saúde. Esta realidade também está presente no Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC), um hospital terciário, com atendimento totalmente público, considerado um dos principais responsáveis pelo atendimento de pacientes na especialidade de urologia no município de Porto Alegre e região metropolitana. Sendo assim, forma-se uma fila de espera de pacientes que necessitam realizar diferentes procedimentos cirúrgicos. A organização desta fila e o tempo decorrido entre a indicação de cirurgia e a realização do procedimento constituem o problema a ser explorado. Desta forma, o Núcleo Interno de Regulação do HNSC resolveu formar um grupo de trabalho para a identificação dos nós críticos envolvidos no processo. A partir deste diagnóstico, foi elaborado um plano de ação com o objetivo de trabalhar e ajustar cada ponto encontrado. Após 2 anos de acompanhamento, foi possível observar uma redução significativa dos tempos de espera para a realização de procedimentos cirúrgicos, mostrando que a organização dos processos de trabalho e a otimização dos recursos disponíveis são suficientes para modificar os indicadores.

Palavras-chave: Listas de Espera. Procedimentos Cirúrgicos Eletivos. Política de Saúde. Hospitais Públicos. Avaliação de Custo-efetividade.

ABSTRACT

The long wait for medical assistance is a reason for dissatisfaction for patients, the population and governments. Although not all institutions have waiting list problems, they are most often found in public health systems. This reality is also present in Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC), a tertiary hospital, with exclusive public healthcare, considered one of the main responsible for the care of patients in the specialty of urology in the city of Porto Alegre and the metropolitan region. Thus, a queue of patients is formed who need to perform different surgical procedures. The organization of this queue and the time elapsed between the indication for surgery and the performance of the procedure constitute the problem to be explored. Thus, the Internal Regulation Center of the HNSC decided to form a working group to identify the critical issues involved in the process. Based on this findings, an action plan was developed with the objective of working and adjusting each point. After 2 years follow-

up, it was possible to observe a significant reduction in waiting times for surgical procedures, showing that the organization of work processes and the optimization of available resources are sufficient to modify the indicators.

Keywords: Waiting Lists. Elective Surgical Procedures. Health Policy. Hospitals Public. Cost-Effectiveness Analysis.

RESUMEN

La larga espera de asistencia médica es motivo de insatisfacción para los pacientes, la población y los gobiernos. Aunque no todas las instituciones tienen problemas de lista de espera, se encuentran con mayor frecuencia en los sistemas de salud pública. Esta realidad también está presente en el Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC), un hospital terciario, con servicio totalmente público, considerado uno de los principales responsables de la atención de pacientes en la especialidad de urología en la ciudad de Porto Alegre y la región metropolitana. Así, se forma una cola de pacientes que necesitan realizar diferentes procedimientos quirúrgicos. La organización de esta cola y el tiempo transcurrido entre la indicación de la cirugía y la realización del procedimiento constituyen el problema a explorar. Así, el Centro de Regulación Interna del HNSC decidió conformar un grupo de trabajo para identificar los nodos críticos involucrados en el proceso. A partir de este diagnóstico se desarrolló un plan de acción con el objetivo de trabajar y ajustar cada punto encontrado. Luego de 2 años de seguimiento, se pudo observar una reducción significativa en los tiempos de espera para los procedimientos quirúrgicos, demostrando que la organización de los procesos de trabajo y la optimización de los recursos disponibles son suficientes para modificar los indicadores.

Descriptores: Listas de Espera. Procedimientos Quirúrgicos Electivos. Política de Salud. Hospitales Públicos. Evaluación de Costo-Efectividad.

INTRODUÇÃO

As demandas por serviços hospitalares podem ser classificadas em demandas de caráter emergencial (que se refere à necessidade de atendimento imediato) e eletivo. O cuidado eletivo, portanto, é geralmente definido como aquele destinado às pessoas cujo estado clínico requer um procedimento ou tratamento que pode ser gerenciado por colocação em uma lista de espera. Um dos principais componentes para avaliar o desempenho deste tipo de serviço é o tempo de espera, pois a gestão dos tempos de espera melhora a utilização da capacidade dos serviços hospitalares em relação à demanda por cuidado eletivo⁽¹⁾.

Embora nem todos os sistemas de saúde pública apresentem problemas de lista de espera, eles são mais frequentemente encontrados em sistemas públicos de saúde. Isto acontece porque o sistema de acesso universal ao cuidado, quando combinado ao desejo ou necessidade do governo de controlar gastos, pode significar que a capacidade instalada não comporte a demanda⁽²⁾. Desta forma, as listas de espera se tornaram uma maneira de racionalizar recursos escassos.

Provisionar recursos com base no custo é considerado antiético por aqueles que defendem que o acesso à saúde deve ser baseado somente na necessidade do cuidado, e não da capacidade de poder pagar. A mera existência de uma lista de espera não é, por si só, algo ruim, mas reflete uma decisão, baseada em valores, de como o cuidado pode ser distribuído. Entretanto, o longo tempo de espera causa insatisfação aos pacientes e, em alguns casos, efeitos adversos, como o agravamento da condição de saúde^(3,4). A questão não é como eliminar os tempos de espera, mas como mantê-los em níveis seguros e aceitáveis, enquanto balanceamos este alvo com outras metas da política de saúde, como promover qualidade, equidade e uso racional dos recursos. Por fim, o indigno tempo de espera para cirurgias eletivas é também consequência de problemas de gestão, seja por conta da incapacidade de suprir a demanda, seja pela falta de integração entre as redes de assistência em si. A espera pode ser medida de três maneiras: “tempo de espera” (quanto tempo as pessoas em lista estão aguardando), “tempo esperado” (quanto tempo os pacientes tratados esperaram) e o número de pacientes em lista⁽⁵⁾. Mais importante que o número total de pacientes aguardando uma determinada cirurgia é identificarmos a data de entrada na lista de espera e a data de realização da cirurgia. Este é o principal indicador a ser acompanhado.

Inúmeras são as estratégias usadas para reduzir o tempo de espera, sendo que uma das mais efetivas para melhorar o desempenho é pagar pelo aumento de produtividade⁽⁶⁾. Entretanto, em nossa instituição esta estratégia não é factível. O HNSC é um hospital público, subordinado ao Ministério da Saúde, com orçamento anual fechado. Desta forma, outras alternativas devem ser consideradas:

- Aumentar a oferta
- Tornar mais eficiente a oferta existente
- Redirecionar pacientes para outras referências da rede municipal
- Reduzir a demanda
- Priorizar pacientes com doenças neoplásicas e com maior risco de agravamento ou perda de função do órgão

Há forte justificativa para redesenhar os processos de trabalho a fim de otimizar a capacidade instalada. A literatura sugere que as “ineficiências” – como etapas desnecessárias, atrasos/retardos evitáveis, engarrafamentos, e uso inadequados dos recursos humanos e estruturais – abundam no sistema de saúde, e podem criar longas filas mesmo onde a capacidade é suficiente para atender a demanda⁽⁷⁾.

Soluções em potencial podem incluir organizar listas de espera, ordenar o fluxo da jornada do paciente, consolidar os serviços, separando cirurgias agudas e eletivas, criando fluxos bem definidos, sem etapas desnecessárias, maximizando a atuação no dia-a-dia das equipes assistenciais⁽⁷⁻⁹⁾.

Conforme Sarmiento-Junior, apesar de fazer parte do dia-a-dia do cirurgião que trabalha em serviço público, o problema da fila de espera é muito pouco abordado pela comunidade médica e científica, talvez por parecer tratar-se de uma discussão que não pertence aos meios acadêmicos e, sim, às instâncias governamentais. Todavia, é preciso salientar que o acesso equitativo, justo e universal aos serviços de saúde deve ser uma preocupação constante não só do governo como de todos os profissionais envolvidos no atendimento à rede pública. Muito pode ser feito em nível local a respeito das filas de espera⁽¹⁰⁾.

A gestão da lista de espera para procedimentos cirúrgicos eletivos no SUS é um grande desafio para os gestores de saúde, haja vista a disparidade entre a grande demanda e a limitação da oferta dos serviços. Essa realidade também faz parte do HNSC, que possui um elevado número de pacientes aguardando em listas de espera.

Levantamento realizado pelo NIR do HNSC, nos meses de janeiro e fevereiro de 2018, identificou que o serviço de urologia era o responsável pelo maior número de pacientes aguardando por procedimentos cirúrgicos eletivos: cerca de 600 pacientes, com indicação de diferentes tipos de procedimento, alguns em lista de espera desde o ano de 2008. Esta realidade era motivo frequente de reclamações por parte dos pacientes, mas também passou a ser alvo de questionamento judicial a respeito da lista de espera e tempo de realização de cirurgias.

O objetivo geral deste estudo é promover a gestão da lista de espera de procedimentos cirúrgicos, com vistas a organizar os processos de trabalho e melhorar o desempenho do fluxo do paciente no hospital, levando em consideração a aplicação de melhores práticas médico-assistenciais, bem como promovendo processos administrativos organizados e eficientes, fundamentais para organizar e reduzir o tempo de espera para realização dos procedimentos cirúrgicos.

A intervenção proposta é a gestão da lista de espera pelo NIR, com a organização do fluxo do paciente nas várias etapas envolvidas desde a indicação cirúrgica até a realização do procedimento. A comparação será feita mensurando os tempos de espera em lista antes e após a implementação do plano de ação. O desfecho esperado é a redução no tempo de espera para a realização de procedimento cirúrgico eletivo na especialidade de urologia.

REVISÃO DA LITERATURA

A longa espera por assistência médica é motivo de insatisfação para pacientes, população e governos. Nas últimas 2 décadas, os governos de vários países direcionaram um formidável arsenal de políticas para enfrentar o problema das listas de espera⁽⁶⁾.

O problema do longo tempo de espera transcende fronteiras, tanto que a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) a reconhece como uma das principais preocupações das políticas de saúde em grande parte dos seus países. De acordo com Siciliani e Hurst, o tempo médio de espera em vários países é de pelo menos três meses, podendo chegar a anos, gerando não apenas insatisfação aos pacientes e entre a população em geral, mas piora/deterioração nas condições de saúde, prolongamento do sofrimento, perda de função e, inclusive, podendo evoluir para o óbito do paciente. Há também os riscos econômicos, visto que pacientes com quadros clínicos mais graves tendem permanecer mais tempo internados e, com isso, precisar de mais recursos, além de estarem mais expostos aos riscos de eventos adversos, como as infecções hospitalares⁽²⁾.

A Constituição Federal Brasileira de 1988 prevê o acesso à informação como um direito fundamental do cidadão, que deve ser assegurado e que foi regulamentado pela Lei 12.527/2011⁽¹¹⁾. Para Zorzal e Rodrigues, a disponibilização transparente da informação é um dos mecanismos que garantem a promoção desses direitos, fortalecem a democracia, ampliam o exercício da cidadania, ajudam a promover o controle social e inibem a corrupção, entre outros⁽¹²⁾.

A transparência na gestão pública é considerada princípio fundamental e uma forma de democratização do acesso às informações públicas, portanto qualquer iniciativa que estabeleça formas de transparência e publicização de informações acerca da gestão, resguardadas as ressalvas legais, são consideradas boas práticas de governança. Na saúde pública, para além da prestação de contas previstas legalmente, há pouca prática recorrente de transparência nas ações, ofertas e listas de espera por atendimento pelos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS)⁽¹³⁾.

A revista Radis, em reportagem, aponta que a fila ainda é a maneira mais eficaz e democrática de organizar uma demanda — desde que siga um ordenamento, obedeça a critérios e, no caso da saúde, leve em conta a situação de risco dos usuários. Do contrário, o fim da fila pode ser apenas o começo do problema⁽¹⁴⁾. Na saúde, estas filas são virtuais e se caracterizam como listas de espera para agendamento de procedimentos, de acordo com a necessidade e requisição do médico assistente para cada paciente, classificadas por algum critério ou protocolo assistencial⁽¹³⁾.

No Brasil, em julho de 2017, quando o Ministério da Saúde fechou a primeira lista para cirurgias eletivas no SUS, havia mais de 800.000 solicitações, com pacientes aguardando há 12 anos pelo procedimento. As três cirurgias mais demandadas eram as do aparelho digestivo, órgãos anexos e parede abdominal, aparelho da visão e aparelho geniturinário.

No Rio Grande do Sul (RS), no mesmo período, a lista de espera era de cerca de quarenta mil procedimentos.

Em Porto Alegre, cidade que é referência para 294 municípios do Estado do RS, a lista de espera era de 4.288 pacientes (11% do total do Estado), sendo o mais antigo de 2012, e a maior demanda da espera era para cirurgia de catarata⁽¹⁵⁾.

A fila de espera geral do HNSC, em média, possui de 1800 a 1900 pacientes, ou seja, de 42 a 44% da lista do município de Porto Alegre. Em termos legais, o HNSC deve cumprir o que está regulamentado na Lei Orgânica da Saúde e nas políticas de saúde, principalmente a Política Nacional de Regulação do SUS, as diretrizes para a organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do SUS e a Política Nacional de Atenção Hospitalar⁽¹⁶⁻¹⁸⁾.

MÉTODOS

A pesquisa foi realizada no HNSC, que integra o GHC. Trata-se de um estudo transversal, com uma avaliação quantitativa e analítica. A população estudada foram os pacientes que estavam na lista de espera aguardando procedimentos cirúrgicos eletivos no serviço de urologia do HNSC, considerando o período de 1º de março de 2018 a 31 de março de 2020. Os dados foram coletados de maneira retrospectiva, através da revisão e análise do banco de dados registrados no NIR a partir do prontuário eletrônico da instituição. O material utilizado consiste numa ficha para cada paciente incluído, com as informações sobre a data da emissão da autorização de internação hospitalar (AIH), o tempo de espera para o procedimento cirúrgico, o tipo de patologia apresentada, e qual a cirurgia proposta. Critérios de inclusão: foram incluídos todos os pacientes com indicação de procedimento cirúrgico eletivo através de emissão de AIH, a partir de atendimento no ambulatório do serviço de

urologia do HNSC. Critérios de exclusão: a. pacientes que realizaram o procedimento em outra instituição, b. pacientes que desistiram de realizar o procedimento proposto, c. pacientes que evoluíram para óbito enquanto aguardavam o procedimento. O projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em pesquisa do GHC, sendo aprovado.

RESULTADOS

A partir da identificação do problema, iniciamos o mapeamento dos potenciais fatores (nós críticos) que levavam ao resultado do longo tempo de espera em fila para a realização da cirurgia:

- Ausência de uma lista de espera unificada e organizada por tipologia de procedimentos. O serviço de urologia é composto de várias equipes, formadas por um preceptor e residentes, cada uma com o seu ambulatório. As listas eram organizadas por equipe, de maneira manual, sem critérios objetivos de prioridade, seja por tipo de patologia ou pela data de entrada na lista, a qual nem sempre era obedecida. O planejamento de cirurgias também era feito de maneira fragmentada, ao gosto de cada equipe.
- Ausência de informatização e gestão da lista de espera: a AIH era emitida de forma manual, sem integração ao prontuário eletrônico ou com a lista de espera. Ambas eram de conhecimento exclusivo de cada equipe, não estavam vinculadas ao prontuário eletrônico e não eram de conhecimento do NIR ou Central de Leitos. A falta de organização é sempre um forte aliado da injustiça. A simples manutenção de um registro formal e transparente das listas de espera já coíbe, sobremaneira, a adulteração imprópria.
- Exames pré-operatórios: os exames pré-operatórios eram solicitados e realizados logo após a inclusão na lista. Como os procedimentos demoravam meses e até anos para acontecer, acabavam por ficarem desatualizados no momento da internação. Desta forma, o paciente internava e necessitava repetir os exames, gerando custo adicional e aumento no tempo de internação.
- Avaliação pré-operatória: pacientes com outras comorbidades ou candidato a cirurgias de grande porte com necessidade de avaliação por especialista, a mesma era realizada durante a internação para o procedimento, acarretando aumento significativo do tempo de internação, considerando que, frequentemente, era necessária a realização de algum exame adicional.
- Disponibilidade de bloco cirúrgico: cada equipe tinha seu respectivo horário de bloco cirúrgico. Caso não fosse usado (por motivo de férias, licença-congresso, afastamento por

motivo de saúde), o mesmo ficava ocioso, não havia o aproveitamento do horário por outra equipe.

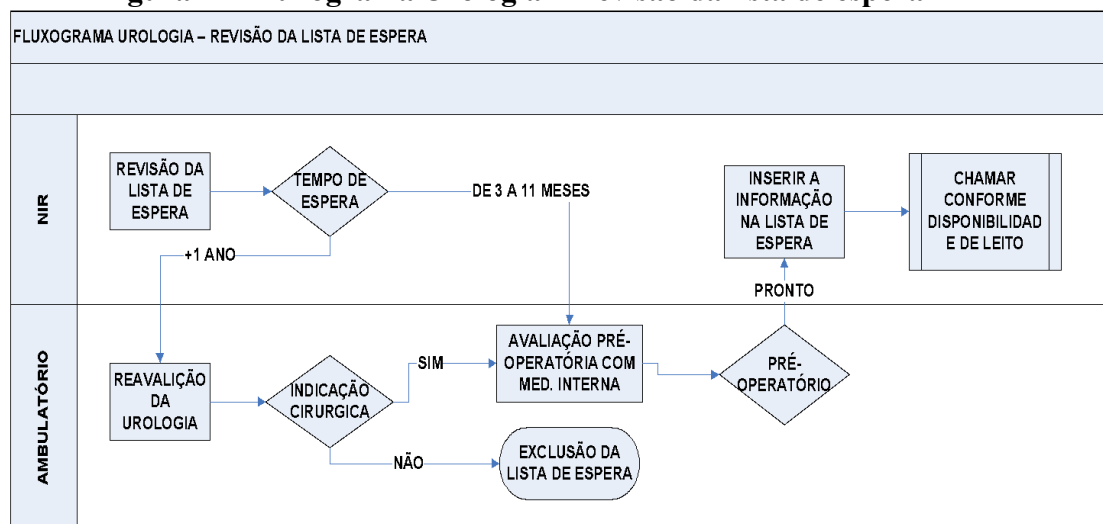
- Necessidade de contemplar as demandas do programa de residência médica, com procedimentos obrigatórios nas diferentes áreas.
- Problema da falta de materiais/equipamentos, devido à demora na manutenção de equipamentos únicos, impossibilitando seu uso durante o período de manutenção ou conserto.

A partir da identificação dos problemas e abordagem dos atores envolvidos, o NIR elaborou um plano de ação, com o objetivo de reorganizar todo o processo, visando torná-lo mais célere e produtivo, envolvendo as diferentes etapas do fluxo percorrido pelo paciente na instituição:

- Reuniões de sensibilização das equipes: inicialmente com os membros da equipe de urologia, para apresentação da situação problema e sensibilização para mudanças e o enfrentamento do problema. Posteriormente, foram feitas reuniões com os demais setores envolvidos no processo: a equipe administrativa do ambulatório, o laboratório, o centro de diagnóstico por imagem, o serviço de métodos gráficos e a gerência de informática.
- Codificação de acordo com cada tipo de patologia e procedimento indicado:
 - Código 1: procedimentos diversos de pacientes oncológicos;
 - Código 2: procedimentos diversos de pacientes não oncológicos (prostatectomia suprapúbica, uretrotomia, nefrectomia, orquectomia, cistectomia, uretrotomia interna, nefrolitotomia);
 - Código 3: procedimentos diversos de pequeno porte (varicocele, vasectomia, postectomia, neostomiade epidídimo, plástica de pênis);
 - Código 4: tratamento cirúrgico de incontinência urinária;
 - Código 5: biópsia de próstata (diagnóstica) e drenagem de abscesso prostático.
- Informatização da autorização para internação hospitalar (AIH) e da lista de espera: a AIH passou a ser emitida através do prontuário eletrônico, incluindo o paciente automaticamente na lista de espera, já categorizada de acordo com os códigos previamente acordados, formando uma lista única para todo o serviço, garantindo o princípio da equidade. Da mesma forma, o paciente era retirado da lista automaticamente ao internar para a realização do procedimento cirúrgico proposto.
- Revisão das listas de espera: o NIR realizou a revisão de todos os pacientes que aguardavam algum tipo de procedimento na especialidade, realizando contato

telefônico com todos os pacientes, identificando o tipo de procedimento, se ainda aguardavam ou se já haviam feito em outra instituição. Foram excluídos da lista os pacientes com óbito informado, aqueles que já haviam realizado o procedimento em outra instituição e aqueles que desistiram de realizar o procedimento (fluxograma 1).

Figura 1 – Fluxograma Urologia – Revisão da lista de espera



Fonte: Grupo Hospitalar Conceição. NIR, 2020

No dia 1º de março de 2018, quando iniciou a revisão da lista, não era possível afirmar com certeza o número exato de pacientes aguardando, pois muitas listas estavam fora do sistema. Após concluir a revisão, restaram 579 pacientes, divididos em 5 categorias (tabela 1).

Tabela 1 – Quantidade de pessoas em lista em março/2018

Quantidade de pessoas em lista	mar/18
Código 01- Procedimentos oncológicos	72
Código 02- Procedimentos não oncológicos	362
Código 03- Procedimentos pequeno porte	103
Código 04- Tratamento cirúrgico incontinência urinária	17
Código 05- Biópsia de próstata	25
TOTAL	579

Fonte: Grupo Hospitalar Conceição. Prontuário eletrônico, 2018.

As demandas cirúrgicas mais frequentes foram:

- 1º lugar: ressecção endoscópica de próstata – 69 AIHs

- 1º lugar: nefrolitotomia percutânea – 69 AIHs
- 2º lugar: prostatectomiasuprapúbica – 54 AIHs
- 3º lugar: ureterolitotomia – 45 AIHs

Ainda em relação à revisão da lista, também ficou estabelecido que o paciente que recusasse por três vezes o chamado para a internação seria retirado da lista de espera. Estabeleceu-se que seriam três chamadas em dias diferentes. Após a terceira negativa, paciente seria informado e excluído da lista de espera.

- Gestão da lista de espera pelo NIR: uma vez emitida a AIH, o paciente era encaminhado ao NIR, que checava todos os dados (dados cadastrais – especialmente telefone para contato futuro e se o paciente foi categorizado da maneira correta de acordo com os códigos da especialidade). O NIR também ficou responsável por fazer o monitoramento sistemático das listas e realizar a chamada semanal dos pacientes para internação.
- Consultoria NIR: criação da consultoria do serviço ao NIR, para os casos com indicação de internação prévia ao procedimento cirúrgico (como necessidade de antibioticoterapia ou descontinuar a anticoagulação, por exemplo), ou para solicitação de priorização, quando o especialista identifica necessidade de antecipar o procedimento, encaminha consultoria ao NIR justificando a solicitação.
- Criação de fluxos preferenciais, com identificação de referências locais, em cada área envolvida: para facilitar a comunicação e garantir a continuidade do processo, foram pactuados fluxos preferenciais com o laboratório (para a realização de exames laboratoriais), com o centro de diagnóstico por imagem (para a realização de exames radiológicos e ecográficos), e com o serviço de métodos gráficos (para a realização de eletrocardiograma, teste ergométrico, etc).
- Ambulatório: a equipe do ambulatório passou a ter uma pessoa de referência para a orientação dos pacientes, principalmente no que diz respeito à realização de exames e encaminhamentos internos. Foi criado um ambulatório específico de avaliação pré-operatória, onde eram chamados os próximos pacientes da lista nos 5 códigos, com encaminhamentos dos exames e avaliação com especialista, se necessário. Desta forma, sempre havia um *pool* de pacientes avaliadas e prontas para serem chamadas para o procedimento, evitando a ociosidade, no caso de algum dos chamados estar com algum impedimento.

- Avaliação pré-operatória: os pacientes incluídos neste projeto passaram a realizar os exames necessários de maneira prioritária e coordenada, com resultados disponíveis em tempo hábil para serem reavaliados no ambulatório. Deste modo, evitou-se a realização de exames durante a internação do paciente na maior parte dos casos, reduzindo o tempo de internação e aumentando o giro de leitos. Também foi estabelecido fluxo preferencial para os pacientes com necessidade de avaliação pré-anestésica.
- Otimização do uso das salas no bloco cirúrgico: a utilização dos turnos disponíveis no bloco cirúrgico passou a ser feita de modo a organizar cirurgias de diferentes tipos e tempos de duração, de acordo com o horário disponível. Havendo horário ocioso no turno de determinada equipe, o mesmo era oferecido à outra equipe. Da mesma forma, nos períodos de férias ou licença do responsável pelo turno, o horário era disponibilizado para uso de outra equipe. O NIR passou a organizar mutirões para os procedimentos de maior demanda.

Na 2ª quinzena de maio/2018, já identificamos dados significativos referentes ao Código 1, como a redução do tempo de espera dos pacientes que aguardavam procedimento, de 249 dias para 180 dias. Em março/2019, o tempo de espera já havia reduzido para 106 dias e, em março/2020, atingimos a marca de 42 dias da AIH mais antiga, ou seja, em 24 meses, obtivemos uma variação de -82,5% em relação ao tempo de espera ao início do projeto. Este resultado é de extrema relevância, considerando que os códigos 1 e 5 envolvem o tratamento e diagnóstico das doenças neoplásicas, respectivamente, as quais tem prognóstico e resultado diretamente relacionados com a rapidez da intervenção (tabela 2). Além disso, é importante destacar a Lei 12.732/12, que estabelece prazo de 60 dias para o início do tratamento dos pacientes com neoplasia maligna comprovada, e a Lei 13.896 (complementar a Lei 12.732/12), que determina que os exames relacionados ao diagnóstico de câncer sejam realizados no prazo de 30 dias.

Tabela 2 – Quantidade de pessoas em lista entre março/2018 e março/2020

Quantidade de pessoas em lista entre março/2018 e março/2020	mar/18	mar/19	mar/20	Variação % entre março/2018 e março/2020
Código 01 – Procedimentos oncológicos	72	25	20	-72,2
Código 02 – Procedimentos não oncológicos	362	309	167	-53,9
Código 03 – Procedimentos pequeno porte	103	77	50	-51,5

Código 04 – Trat. cirúrgico de incontinência urinária	17	4	1	-94,1
Código 05 – Biópsia de próstata	25	16	6	-76
TOTAL	579	431	244	-57,9

Fonte: Grupo Hospitalar Conceição. Prontuário eletrônico, 2020.

À medida que o plano de ação foi sendo executado, foi possível observar uma redução significativa no intervalo de tempo da AIH mais antiga. Em março de 2018, as AIH's mais antigas variavam de 9 anos a 8 meses. Já em março/2020, as AIH's mais antigas datavam de 17 meses a 1 mês (tabela 3).

Tabela 3 – AIH mais antiga

AIH mais antiga	mar/18	mar/19	mar/20
Código 01 – Procedimentos oncológicos	jul/17	nov/18	jan/20
Código 02 – Procedimentos não oncológicos	mai/13	jun/16	set/18
Código 03 – Procedimentos pequeno porte	ago/12	dez/15	jul/18
Código 04 – Trat. cirúrgico de incontinência urinária	ago/08	jul/17	jan/20
Código 05 – Biópsia de próstata	set/14	ago/18	out/19

Fonte: Grupo Hospitalar Conceição. Prontuário eletrônico, 2020.

Ao analisarmos os tempos de espera em dias nestes 24 meses, identificamos uma redução global no tempo de espera, de 82,5% para procedimentos oncológicos, 69,8% para procedimentos não oncológicos, 70,8% para procedimentos de pequeno porte, 98,4% para correção de incontinência urinária e 89,6% para as biópsias de próstata (tabela 4).

Tabela 4 – Tempo de espera da AIH mais antiga (dias)

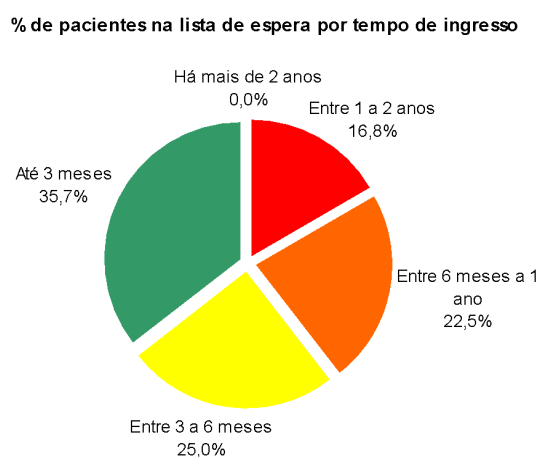
Tempo de espera da AIH mais antiga - em dias	mar/18	mar/19	mar/20	Variação % entre março/2018 e março/2020
Código 01 – Procedimentos oncológicos	240	106	42	-82,5
Código 02 – Procedimentos não oncológicos	1790	1002	540	-69,8
Código 03 – Procedimentos pequeno porte	2065	1238	604	-70,8
Código 04 – Trat. cirúrgico de incontinência urinária	3525	603	58	-98,4

Código 05 – Biópsia de próstata	1275	190	133	-89,6
---------------------------------	------	-----	-----	-------

Fonte: Grupo Hospitalar Conceição. Prontuário eletrônico, 2020.

Considerando a totalidade de pacientes aguardando procedimento cirúrgico eletivo, independentemente do tipo de patologia, 60,7% dos pacientes estão aguardando até seis meses, sendo 35,7% destes aguardando há 3 meses. Ainda assim, temos 22,5% dos pacientes aguardando entre 6 meses e 1 ano, e 16,8% dos pacientes aguardando entre 1 e 2 anos (figura 2).

Figura 2 – Porcentagem de pacientes na lista de espera por data de ingresso



Fonte: Grupo Hospitalar Conceição. Prontuário Eletrônico, 2020.

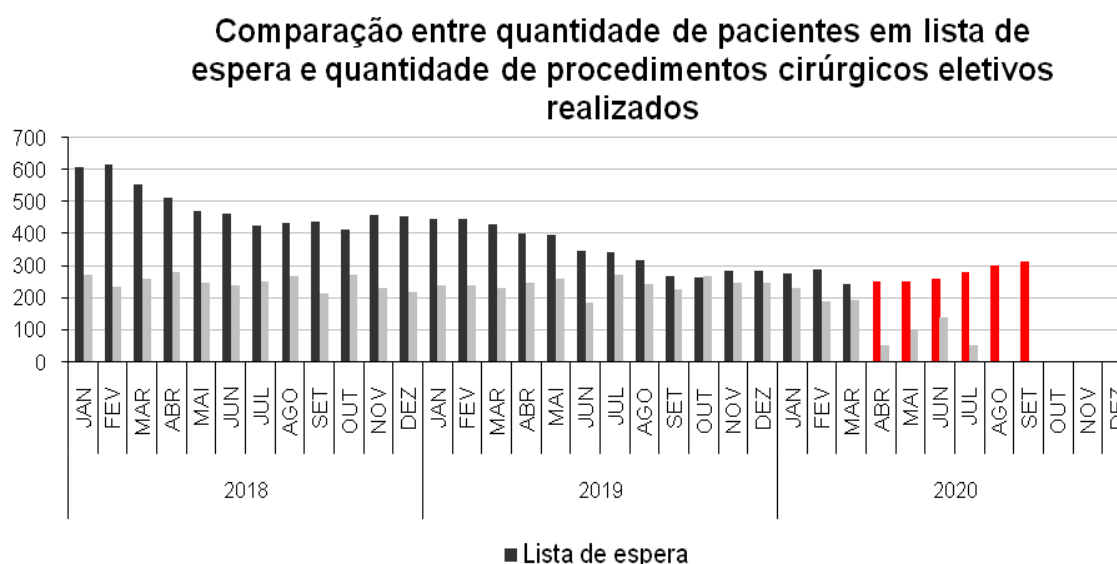
De maneira geral, pode-se afirmar que a iniciativa, alcançou os seguintes resultados, até o momento:

- Existência de uma equipe e de profissionais “donos” do processo (NIR), que tem a responsabilidade de mantê-lo em continuidade e em busca de melhores resultados;
- Padronização de critérios de priorização de pacientes, conforme gravidade e complexidade do caso clínico, gerando maior segurança aos pacientes e equipe;
- Formalização das listas de espera em uma só ferramenta, vinculada ao prontuário eletrônico do paciente;
- Formalização da comunicação entre equipes e NIR, através do prontuário eletrônico, no que se refere às priorizações de pacientes, visando garantir segurança, legitimidade e transparência às demandas;
- Melhoria da comunicação e da relação entre o NIR e equipes, por meio de reuniões e apresentação de resultados, aspectos solucionados e a resolver e busca por melhorias;

- Redução da suspensão de cirurgias no dia por falta de leito de UTI;
- Redução da ociosidade de turnos no bloco cirúrgico;
- Redução do tempo de espera e do número de pacientes aguardando em lista;
- Redução do tempo de internação hospitalar anterior à cirurgia eletiva, reduzindo o risco de infecções hospitalares e eventos adversos;
- Maior transparência na relação entre o hospital e o Gestor Municipal de Saúde;
- Maior confiabilidade no processo.

E o resultado global destas ações e intervenções pode ser resumido através da figura 3, onde observamos o progressivo alinhamento entre a demanda de pacientes aguardando cirurgia e o número de procedimentos realizados.

Figura 3 – Comparação entre a quantidade de pacientes em lista de espera e a quantidade de procedimentos cirúrgicos realizados



Fonte: Grupo Hospitalar Conceição. Prontuário eletrônico, 2020.

DISCUSSÃO

O tema das listas e tempos de espera para cirurgias eletivas vem sendo relatado internacionalmente como alvo de políticas de saúde desde meados dos anos 1990, a ponto de a OCDE tratar do mesmo como uma prioridade. Contudo, no Brasil, embora o assunto seja um fenômeno importante para o sistema de saúde, pode-se afirmar que não foi encontrado um arsenal literário consistente, o que corrobora a afirmação de Lippi *et al*, de que a literatura brasileira sobre o tema é escassa⁽¹⁾. Diante da escassez de literatura e de legislação que poderiam ser norteadoras para o HNSC, foi necessário que o NIR desenvolvesse seu próprio modelo de ações e de gerenciamento de suas listas de espera, que agregasse aspectos como

sensibilização e comprometimento de pessoas e equipes, mudanças de processos e mesmo de sistemas de informação, além de formas de monitoramento e avaliação do desempenho desta iniciativa. Ainda, de forma que não conflitasse com o modelo de gestão institucional. Desta forma, esta iniciativa demonstra um caráter inovador e pioneiro do projeto implementado.

A falta de comunicação interna e fragmentação das etapas do processo de trabalho entre os setores envolvidos são aspectos relevantes a serem discutidos. A falta de comunicação é um problema frequentemente abordado em empresas, mas também está presente no hospital. Durante a trajetória do paciente na instituição, desde a consulta médica até a realização do procedimento cirúrgico, várias etapas devem ser cumpridas, envolvendo setores diferentes. Embora cada setor realizasse sua parte no processo, cada etapa acontecia em um tempo diferente, por vezes inadequado, resultando em antecipação ou atraso na realização de exames, por exemplo. A importância da avaliação pré-operatória, que deve estar ajustada a previsão de realização da cirurgia, evitando que o paciente seja encaminhado pelo médico para a realização dos exames e avaliações, sem que haja perspectiva para a realização do procedimento. Ao contrário, quando não realizada a tempo, acaba por ser feita após a internação do paciente, resultando em aumento do tempo de internação desnecessário se o fluxo estivesse alinhado. Sendo assim, um dos principais desafios foi mostrar aos diferentes serviços envolvidos a importância de haver sincronia entre as ações de cada um, para que todas as etapas sejam cumpridas no tempo e na ordem adequada até que o paciente esteja apto para ser chamado para a realização do procedimento.

Desafio: Embora longe do ideal, atualmente não há nenhum paciente aguardando há mais de 2 anos. (figura 2). Apesar da melhora evidente dos indicadores e redução considerável dos tempos de espera, ainda temos 16,8% dos pacientes aguardando há mais de um ano (entre 1 e 2 anos). Portanto, além de buscar manter o padrão alcançado, devemos concentrar esforços tendo como meta reduzir ainda mais o tempo de espera entre a indicação cirúrgica e a realização do procedimento, especialmente dos pacientes há mais de seis meses aguardando. É importante salientar que este processo deve ser contínuo, pois a lista de espera tem um caráter dinâmico, com pacientes entrando e saindo da lista diariamente. Outro ponto a ser destacado é que deve haver um responsável pelo processo, neste caso o NIR, o qual fará o monitoramento do processo de maneira sistemática, identificando eventuais falhas ou necessidade de ajuste do plano de ação. A importância de sensibilizar e mobilizar os diferentes profissionais envolvidos no fluxo do paciente, trabalhando de forma sincronizada para garantir a eficiência do processo. E, não menos importante, deve haver o respaldo da alta gestão da instituição para legitimar as ações implementadas.

Como podemos ver, numa estrutura complexa e de grande porte, é fundamental que haja comunicação e sincronia entre os atores envolvidos, onde todos conheçam o processo de trabalho em sua totalidade e qual o resultado final desejado, e enxerguem a importância da etapa do processo que lhe diz respeito.

CONCLUSÃO

Analisando os indicadores ao longo de 24 meses, de acordo com os objetivos propostos, podemos afirmar que estão sendo alcançados. O NIR passou a ser o responsável pela gestão da lista de espera e, em conjunto com a equipe médica e com a colaboração dos demais setores envolvidos no processo, foi possível organizar e unificar a lista de espera, interligada ao prontuário eletrônico do GHC, qualificar o fluxo do paciente dentro da instituição, reduzir o tempo de espera para o procedimento cirúrgico em todos os códigos e melhorar o giro de leitos. Sendo assim, é possível afirmar que a gestão da lista de espera, associada à organização do fluxo do paciente cirúrgico eletivo dentro da instituição constituem estratégias efetivas para a diminuição dos tempos de espera por procedimento cirúrgico eletivo.

Em virtude da pandemia de Covid-19, medidas rígidas de confinamento, isolamento social e redução da circulação de pessoas foram impostas na cidade de Porto Alegre e no estado do Rio Grande do Sul, a partir da 2ª quinzena de março de 2020, determinando cancelamento de consultas e procedimentos cirúrgicos eletivos e, conseqüentemente, piora nos indicadores observados até o momento.

Como se pode observar, as ações narradas são simples, porém constituíram um processo detalhado e trabalhoso, que depende do envolvimento de várias pessoas de diferentes setores. A comunicação efetiva possibilita a integração dos serviços e, conseqüentemente, melhora o atendimento ao paciente. Por isso, devem-se reunir esforços para manter vínculos e boa relação com as equipes médicas e demais serviços.

De acordo com os resultados alcançados, concluímos que é possível replicar esta iniciativa a outras especialidades da nossa instituição, mas também a todas as instituições de saúde que possuem listas de espera de pacientes eletivos. Para que esta iniciativa tenha sucesso, ou seja, alcance bons resultados, é preciso, necessariamente, que alguns aspectos sejam respeitados: antes de tudo, é preciso ter um “dono” ou “gestor” do processo, alguém que se aproprie do mesmo, que o conduza e aja como um elo. No HNSC, este processo é de responsabilidade do NIR e, dentro do NIR, há um profissional designado para ser seu gestor.

O segundo aspecto é que a alta gestão garanta seu apoio à iniciativa e dê autonomia ao NIR e ao gestor do processo para sua condução, visto que é algo que desacomoda as equipes, padroniza ações e, portanto, retira o poder de algumas pessoas e gera resistências. O terceiro aspecto é ter a necessidade do paciente como foco da iniciativa, sensibilizando os profissionais assistenciais e administrativos, para que desenvolvam empatia em relação aos pacientes e ao tempo de espera por uma intervenção. O quarto aspecto é garantir *feedback* constante às equipes: apresentar informações consistentes sobre desempenho/evolução e situações a serem resolvidas, e estabelecer novas metas (factíveis) e responsabilidades mútuas.

Enfim, salienta-se que não é um trabalho encerrado, mas sim contínuo e de caráter permanente, pois a dinâmica das filas de espera para procedimentos cirúrgicos eletivos é algo que não termina.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lippi MC, Flexa R, Silva GV. Gestão de lista de espera como abordagem para planejamento e coordenação de serviços de saúde eletivos. *Rev Gestão & Saúde* (Brasília). 2018;(1):159-77.
2. Siciliani L, Hurst J. Tackling excessive waiting times for elective surgery: a comparative analysis of policies in 12 OECD countries. *Health Policy*. 2005;72(2):201-15.
3. Levy AR, Sobolev BG, Hayden R, Kielv M, Fitzgerald JM, Schechter MT. Time on wait lists for coronary bypass surgery in British Columbia, Canada, 1991–2000. *BMC Health Serv Res*. 2005;5(1):22.
4. Pacifico MD, Pearl RA, Grover R. The UK Government two-week rule and its impact on melanoma prognosis: an evidence-based study. *Ann R Coll Surg Engl*. 2007;89(6):609-15.
5. Masri BA, Cochrane N, Dunbar MJ. Priority criteria for ip and knee replacement: addressing health service wait times. Report II: inventory of initiatives: joint replacement: international approaches to meeting the needs. Vancouver: Krueger & Associates; 2005.
6. Kreindler SA. Policy strategies to reduce waits for elective care: a synthesis of international evidence. *BR Med Bull*. 2010;95:7-32.
7. Kreindler SA. Watching your wait: evidence-informed strategies for reducing health care wait times. *Qual Manag Health Care*. 2008;17(2): 128-35.

8. Rachlis MM. Public solutions to health care wait lists. Ottawa: Canadian Centre for Policy Alternatives; 2005.
9. Health Council of Canada. Wading through wait times: what do meaningful reductions and guarantees mean? Ottawa: Health Council of Canada; 2007.
10. Sarmiento-Junior KMA, Tomita S, Kos AOA. O problema da fila de espera para cirurgias otorrinolaringológicas em serviços públicos. Rev Bras Otorrinolaringol. 2005;71(3 Pt 1):256-62.
11. Brasil. Constituição, 1988. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 [Internet]. 2020. [citado 2020 set. 15]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm.
12. Zorzal L, Rodrigues GM. Dsiclosure e transparência no setor público: uma análise da convergência dos princípios de governança. Inf Inf. 2015;20(3):113-46.
13. Aguiar LOF, Lira ACO. Transparência no Sistema de Único de Saúde: iniciativas e desafios na divulgação eletrônica das listas de espera. Cad Ibero-Am Direito Sanit. 2018;7(2):110-23.
14. Revista RADIS: a medida da fila. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 159, dez. 2015.
15. Giambernardino Filho D. A falta de médicos e a atual situação do SUS [Internet]. 2019 jun. 11. Apresentação em ppt. 81 slides. [citado 2020 ago. 20]. Disponível em: [file:///C:/Users/usuario/Downloads/DOC_PARTICIPANTE_EVT_5819_1560254835446_KComissaoPermanenteCDH20190611EXT048_parte11087_RESULTADO_1560254835446%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/usuario/Downloads/DOC_PARTICIPANTE_EVT_5819_1560254835446_KComissaoPermanenteCDH20190611EXT048_parte11087_RESULTADO_1560254835446%20(1).pdf).
16. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. [Internet]. [citado 2020 set. 5]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.559, de 1 de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do SUS. [Internet]. [citado 2020 set. 5]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559_01_08_2008.html.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). [Internet]. [citado 2020 set. 5]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html.

CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Analizando os indicadores ao longo de 24 meses, de acordo com os objetivos propostos, podemos afirmar que estão sendo alcançados. O NIR passou a ser o responsável pela gestão da lista de espera e, em conjunto com a equipe médica e com a colaboração dos demais setores envolvidos no processo, foi possível organizar e unificar a lista de espera, interligada ao prontuário eletrônico do GHC, qualificar o fluxo do paciente dentro da instituição, reduzir o tempo de espera para o procedimento cirúrgico em todos os códigos e melhorar o giro de leitos. Sendo assim, é possível afirmar que a gestão da lista de espera, associada à organização do fluxo do paciente cirúrgico eletivo dentro da instituição constituem estratégias efetivas para a diminuição dos tempos de espera por procedimento cirúrgico eletivo.

Em virtude da pandemia de Covid-19, medidas rígidas de confinamento, isolamento social e redução da circulação de pessoas foram impostas na cidade de Porto Alegre e no estado do Rio Grande do Sul, a partir da 2ª quinzena de março de 2020, determinando cancelamento de consultas e procedimentos cirúrgicos eletivos e, conseqüentemente, piora nos indicadores observados até o momento.

Como se pode observar, as ações narradas são simples, porém constituíram um processo detalhado e trabalhoso, que depende do envolvimento de várias pessoas de diferentes setores. A comunicação efetiva possibilita a integração dos serviços e, conseqüentemente, melhora o atendimento ao paciente. Por isso, devem-se reunir esforços para manter vínculos e boa relação com as equipes médicas e demais serviços.

Para que esta iniciativa tenha sucesso, ou seja, alcance bons resultados, é preciso, necessariamente, que alguns aspectos sejam respeitados: antes de tudo, é preciso ter um “dono” ou “gestor” do processo, alguém que se aproprie do mesmo, que o conduza e aja como um elo. No HNSC, este processo é de responsabilidade do NIR e, dentro do NIR, há um profissional designado para ser seu gestor. O segundo aspecto é que a alta gestão garanta seu apoio à iniciativa e dê autonomia ao NIR e ao gestor do processo para sua condução, visto que é algo que desacomoda as equipes, padroniza ações e, portanto, retira o poder de algumas pessoas e gera resistências. O terceiro aspecto é ter a necessidade do paciente como foco da iniciativa, sensibilizando os profissionais assistenciais e administrativos, para que desenvolvam empatia com relação aos pacientes e ao

tempo de espera por uma intervenção. O quarto aspecto é garantir *feedback* constante às equipes: apresentar informações consistentes sobre desempenho/evolução e situações a serem resolvidas, e estabelecer novas metas (factíveis) e responsabilidades mútuas.

Enfim, salienta-se que não é um trabalho encerrado, mas sim contínuo e de caráter permanente, pois a dinâmica das filas de espera para procedimentos cirúrgicos eletivos é algo que não termina.

De acordo com os resultados alcançados, observamos a relevância social do projeto, garantindo a equidade de acesso, a transparência do processo para com a população e o gestor municipal e, principalmente, com a redução dos tempos de espera evitamos o agravamento da doença. Além disso, constitui uma ferramenta de baixo custo, passível de ser replicada em outras instituições públicas de saúde do nosso país, que compartilham do mesmo problema.

O impacto acadêmico do projeto é a contribuição da experiência bem sucedida de um dos maiores hospitais da região sul do país numa área em que a literatura é escassa, apesar da prevalência do problema.

Internamente, a divulgação do projeto vai ocorrer através da apresentação do projeto e seus resultados para todas as especialidades médicas do HNSC e, num segundo momento, através do treinamento individualizado de cada equipe. Posteriormente, planejamos a divulgação para os outros 3 hospitais que compõem o GHC. Para além das fronteiras do GHC, planejamos disseminar nossa experiência através da publicação de artigo científico em revista de alcance nacional, bem como apresentação do projeto em eventos de gestão hospitalar e saúde pública.

APÊNDICE PROVAÇÃO PELO COMITÊ DA ÉTICA E PESQUISA

ANEXO - NORMAS PARA PUBLICAÇÃO NA REVISTA