



**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: ESTUDO DE CASO SOBRE  
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: ESTUDO DE CASO SOBRE  
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: Prof<sup>ª</sup> 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<sup>a</sup>. Dra. Luciane Kopittke

---

Prof<sup>a</sup>. Dra. Alexandra Jochims Kruehl

---

Prof. Dr. Sérgio Antônio Sirena

**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 Prof<sup>a</sup>. 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 Lisboa, 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 dois 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.

## **EPIGRAFE**

“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 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 de 69,8 a 98,4% nos tempos de espera para a realização de diferentes 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. Thus, a queue of patients is formed who need to perform surgical procedures of various types. The organization of this waiting list and the time elapsed between the indication for surgery and the performance of the procedure constitute the problem to be explored. 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. After two 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

<b>Figura 1 - Fluxograma Urologia - Revisão da lista de espera .....</b>	<b>28</b>
<b>Tabela 1 - Quantidade de pessoas em lista em março/2018 e março/2020 .....</b>	<b>30</b>
<b>Tabela 2 - AIH mais antiga.....</b>	<b>30</b>
<b>Tabela 3 - Tempo de espera da AIH mais antiga (em dias) .....</b>	<b>30</b>
<b>Figura 2 - Porcentagem de pacientes na lista de espera por data de ingresso.</b>	<b>31</b>

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO .....</b>	<b>11</b>
<b>1 OBJETIVOS .....</b>	<b>12</b>
1.1 OBJETIVO GERAL .....	12
1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	12
<b>2 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>13</b>
<b>3 REVISÃO DE LITERATURA .....</b>	<b>15</b>
<b>4 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>18</b>
<b>5 ARTIGO .....</b>	<b>20</b>
5.1 RESUMO .....	20
5.2 INTRODUÇÃO.....	22
5.3 REVISÃO DA LITERATURA.....	23
5.4 MÉTODOS .....	25
5.5 INTERVENÇÃO .....	26
5.6 RESULTADOS .....	29
5.7 DISCUSSÃO.....	31
5.8 CONCLUSÃO.....	32
5.9 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	33
<b>6 CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>36</b>
<b>APÊNDICE - APROVAÇÃO PELO COMITÊ DA ÉTICA E PESQUISA .....</b>	<b>37</b>
<b>ANEXO - NORMAS PARA PUBLICAÇÃO NA REVISTA.....</b>	<b>38</b>

## **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**

Descrever e analisar a implantação do processo de gestão da lista de espera do Serviço de Urologia do HNSC.

### **1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1.1.1. Descrever o diagnóstico e os nós críticos identificados como responsáveis pelo tempo de espera prolongado.

1.1.2. Descrever o processo de implantação do plano de ação elaborado pelo NIR do HNSC.

1.1.3. Descrever os resultados encontrados após a intervenção.

## 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 (procedimento ou tratamento que pode ser gerenciado por meio de 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<sup>(1)</sup>.

Embora nem todos os sistemas de saúde 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<sup>(2)</sup>. Desta forma, as listas de espera se tornaram uma maneira de racionalizar recursos escassos e o tempo de espera elevado para cirurgias eletivas é um indicador negativo de qualidade na gestão em saúde<sup>(3)</sup>.

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<sup>(4,5)</sup>. A questão não é como eliminar os tempos de espera, mas como mantê-los em níveis seguros e aceitáveis, balanceando 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 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.

No Brasil, em julho de 2017, havia mais de 800.000 solicitações de cirurgias eletivas no SUS, 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 genitourinário. No Rio Grande do Sul (RS), no mesmo período, a lista de espera era de cerca de quarenta mil procedimentos. Em Porto Alegre, referência para 294 municípios do Estado do RS, a lista de espera era de 4.288 pacientes, sendo o mais antigo de 2012, e a maior demanda da espera era para cirurgia de catarata<sup>(6)</sup>.

Essa realidade também faz parte do Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC), que possui aproximadamente 2000 pacientes aguardando em listas de espera.

Um levantamento realizado pelo Núcleo Interno de Regulação (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, sendo alguns em espera desde 2008. Esta realidade não só era motivo frequente de reclamações por parte dos pacientes, mas também passou a ser alvo de questionamentos judiciais<sup>(7)</sup>. 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<sup>(8,9)</sup>.

Diante desta realidade, o NIR fez um processo de intervenção, com a instituição de um grupo de trabalho para a identificação das causas e nós críticos, elaboração de plano de ação, esclarecimento e motivação de profissionais, ajustes de processos de trabalho e otimização de recursos disponíveis

Este trabalho, construído sob a lógica de um estudo de caso, visa descrever e analisar a implantação do processo de gestão da lista de espera do Serviço de Urologia do HNSC, bem como seus resultados.

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

A longa espera por assistência médica é motivo de insatisfação para pacientes, população e governos. Nas últimas duas décadas, os governos de vários países direcionaram um formidável arsenal de políticas para enfrentar o problema das listas de espera<sup>(7)</sup>.

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 dos pacientes e entre a população em geral, mas também deterioração nas condições de saúde, prolongamento do sofrimento, perda de função e, inclusive, podendo resultar no óbito do paciente. Há também os riscos econômicos, visto que pacientes com quadros clínicos mais graves tendem permanecer mais tempo internados e, com isso, podem precisar de mais recursos, além de estarem mais expostos aos riscos de eventos adversos e infecções hospitalares<sup>(2,8)</sup>.

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<sup>(11)</sup>. 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<sup>(12)</sup>.

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<sup>(13)</sup>. Mais importante que o número de pacientes aguardando uma determinada cirurgia é identificar o tempo transcorrido entre a 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<sup>(14)</sup>. Entretanto, nem sempre esta estratégia é factível. Desta forma, outras alternativas devem ser consideradas: como aumentar a oferta; tornar mais

eficiente a oferta existente; redirecionar pacientes para outras referências da rede municipal; reduzir a demanda e 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 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<sup>(15)</sup>.

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<sup>(15,16,17)</sup>.

Conforme Sarmiento-Junior *et al*, 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<sup>(18)</sup>.

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)<sup>(19)</sup>.

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<sup>(20)</sup>. 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<sup>(19)</sup>.

#### 4 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, may.2005.
- 3 SENNA, Selminha Barbosa Bernardes *et. al.* Gestão da fila de espera para cirurgias eletivas em hospitais do Sistema Único de Saúde. **Braz. J. Surg. Clin. Res.**, Teresina, PI, vol 30, n.2, p. 79-82, mar/mai.2020.
- 4 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.
- 5 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.
- 6 GIAMBERNARDINO FILHO, Donizetti. **A falta de médicos e a atual situação do SUS**. Brasília, DF, 11 jun. 2019. Apresentação em ppt. 81 slides.
- 7 JOTZ, G. P; CORDEIRO-JUNIOR, W.; KRUEL, A. J. **Inovação e tecnologia no enfrentamento da superlotação hospitalar: a experiência do Hospital Nossa Senhora da Conceição – Porto Alegre/RS**. Porto Alegre, Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2018.
- 8 LISBOA, R. L.; KRUEL, A. J.; KHAN, G. S. C. **Gestão de listas de espera para cirurgias eletivas: relato técnico de intervenção em um hospital público de grande porte no sul do Brasil**. In: VII Encontro Brasileiro de Administração Pública. Anais... Brasília/DF: 2020.
- 9 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.
- 10 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 específica. Brasília, DF: Presidência da República, 2012.
- 11 **Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011**. Regula o acesso a informações previsto no inciso XXXIII do art. 5º, no inciso II do § 3º do art. 37 e no § 2º do art. 216 da Constituição Federal; altera a Lei no 8.112, de 11 de dezembro de 1990; revoga a Lei no 11.111, de 5 de maio de 2005, e dispositivos da Lei no 8.159, de 8 de janeiro de 1991 e dá outras providências.

- 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 MASRI, B. A. *et al.* **Priority criteria for hip 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.
- 14 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.
- 15 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.
- 16 RACHLIS, M. M. **Public solutions to health care wait lists**. Ottawa: Canadian Centre for Policy Alternatives, 2005.
- 17 HEALTH COUNCIL OF CANADA. **Wading through wait times**: what do meaningful reductions and guarantees mean? Ottawa: Health Council of Canada, 2007.
- 18 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. **Ver. Bras. Otorrinolaringol.**, São Paulo, v. 71, n. 3, pt. 1, p.256-262, maio/jun. 2005.
- 19 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.
- 20 Revista RADIS: a medida da fila. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, n. 159, dez. 2015.
- 21 CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

## **5 ARTIGO A SER ENVIADO PARA A REVISTA ELETRÔNICA GESTÃO & SAÚDE**

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

Autora: Juliana Weidlich Sommer  
Orientadora: Estefania Inez Wittke

#### **5.1 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.

## 5.2 INTRODUÇÃO

As demandas por serviços hospitalares podem ser classificadas em demandas de caráter emergencial (que se refere à necessidade de atendimento imediato) e eletivo (procedimento ou tratamento que pode ser gerenciado por meio de 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<sup>(1)</sup>.

Embora nem todos os sistemas de saúde 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<sup>(2)</sup>. Desta forma, as listas de espera se tornaram uma maneira de racionalizar recursos escassos e o tempo de espera elevado para cirurgias eletivas é um indicador negativo de qualidade na gestão em saúde<sup>(3)</sup>.

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<sup>(4,5)</sup>. A questão não é como eliminar os tempos de espera, mas como mantê-los em níveis seguros e aceitáveis, balanceando 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 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.

No Brasil, em julho de 2017, havia mais de 800.000 solicitações de cirurgias eletivas no SUS, 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 genitourinário. No Rio Grande do Sul (RS), no mesmo período, a lista de

espera era de cerca de quarenta mil procedimentos. Em Porto Alegre, referência para 294 municípios do Estado do RS, a lista de espera era de 4.288 pacientes, sendo o mais antigo de 2012, e a maior demanda da espera era para cirurgia de catarata<sup>(6)</sup>.

Essa realidade também faz parte do Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC), que possui aproximadamente 2000 pacientes aguardando em listas de espera.

Um levantamento realizado pelo Núcleo Interno de Regulação (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, sendo alguns em espera desde 2008. Esta realidade não só era motivo frequente de reclamações por parte dos pacientes, mas também passou a ser alvo de questionamentos judiciais<sup>(7)</sup>. 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<sup>(8,9)</sup>.

Diante desta realidade, o NIR fez um processo de intervenção, com a instituição de um grupo de trabalho para a identificação das causas e nós críticos, elaboração de plano de ação, esclarecimento e motivação de profissionais, ajustes de processos de trabalho e otimização de recursos disponíveis

Este trabalho, construído sob a lógica de um estudo de caso, visa descrever e analisar a implantação do processo de gestão da lista de espera do Serviço de Urologia do HNSC, bem como seus resultados.

### **5.3 REVISÃO DA LITERATURA**

A longa espera por assistência médica é motivo de insatisfação para pacientes, população e governos. Nas últimas duas décadas, os governos de vários países direcionaram um formidável arsenal de políticas para enfrentar o problema das listas de espera<sup>(7)</sup>.

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 dos pacientes e entre a população em geral, mas também deterioração nas condições de saúde, prolongamento do sofrimento, perda de função e, inclusive, podendo resultar no óbito do paciente. Há também os riscos

econômicos, visto que pacientes com quadros clínicos mais graves tendem permanecer mais tempo internados e, com isso, podem precisar de mais recursos, além de estarem mais expostos aos riscos de eventos adversos e infecções hospitalares<sup>(2,8)</sup>.

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<sup>(11)</sup>. 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<sup>(12)</sup>.

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<sup>(13)</sup>. Mais importante que o número de pacientes aguardando uma determinada cirurgia é identificar o tempo transcorrido entre a 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<sup>(14)</sup>. Entretanto, nem sempre esta estratégia é factível. Desta forma, outras alternativas devem ser consideradas: como aumentar a oferta; tornar mais eficiente a oferta existente; redirecionar pacientes para outras referências da rede municipal; reduzir a demanda e 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 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<sup>(15)</sup>.

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<sup>(15,16,17)</sup>.

Conforme Sarmiento-Junior *et al*, 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<sup>(18)</sup>.

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)<sup>(19)</sup>.

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<sup>(20)</sup>. 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<sup>(19)</sup>.

#### **5.4 MÉTODOS**

A pergunta que norteou a realização deste estudo foi: “Quais os fatores responsáveis pelo longo tempo de espera para a realização de cirurgias eletivas no serviço de urologia do HNSC?”. A partir deste questionamento, o NIR mapeou todo o trajeto do paciente, desde a chegada ao ambulatório até a realização do procedimento cirúrgico, identificando os fatores potencialmente responsáveis pelo elevado tempo de espera para a realização das cirurgias. A partir deste diagnóstico inicial, foi proposta uma intervenção, que consistiu na elaboração de um plano de ação de caráter multidisciplinar, com vistas a intervir nos principais fatores diagnosticados como responsáveis pelo tempo de espera prolongado em lista.

Para esta análise, como 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.

A intervenção foi analisada por meio de um estudo de caso único de natureza descritiva, sob abordagem mista. Para garantir maior rigor ao estudo, foi feita triangulação de dados Creswell<sup>(21)</sup>.

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, da análise de relatórios e apresentações elaborados pelo NIR, reunindo 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.

A análise dos dados qualitativos foi feita pela própria narrativa do caso, conforme preconiza Creswell<sup>(21)</sup>. Os dados quantitativos foram analisados através de estatística descritiva simples.

O projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em pesquisa do GHC, sendo aprovado sob o número 4.245.465.

## **5.5 INTERVENÇÃO**

### **5.5.1 Situação inicial/diagnóstico**

Inicialmente, foi realizado o mapeamento do fluxo do paciente na instituição, foram encontrados os seguintes fatores (nós críticos) relacionados ao longo tempo de espera para a realização de procedimentos cirúrgicos:

- Ausência de uma lista de espera unificada e organizada por tipologia de procedimentos. O serviço de urologia é composto de várias equipes, cada uma formada por um preceptor e residentes. As listas eram organizadas por equipe, de maneira manual, sem critérios objetivos de prioridade. O planejamento de cirurgias também era feito de maneira fragmentada, conforme 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. Assim, era de conhecimento exclusivo de cada equipe, e a informação não chegava ao NIR, que gerencia a provisão dos leitos.
- Exames pré-operatórios: os exames pré-operatórios eram solicitados e realizados logo após a inclusão do paciente na lista de espera. Como os procedimentos demoravam muito tempo para acontecer, acabavam ficando desatualizados. Desta forma, quando o paciente internava, era preciso repetir os exames, gerando custo adicional e aumento no tempo de internação.

- Avaliação pré-operatória: em pacientes com outras comorbidades ou candidatos a cirurgias de grande porte com necessidade de avaliação por especialista, a avaliação pré-operatória era realizada durante a internação para o procedimento, acarretando aumento 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, o mesmo ficava ocioso.
- 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.

### **5.5.2 Ações desenvolvidas/plano de ação**

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 efetivo, envolvendo as diferentes etapas do fluxo percorrido pelo paciente na instituição:

Reuniões com 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: Ambulatório, Laboratório, Centro de Diagnóstico por Imagem, Serviço de Métodos Gráficos e Gerência de Informática.

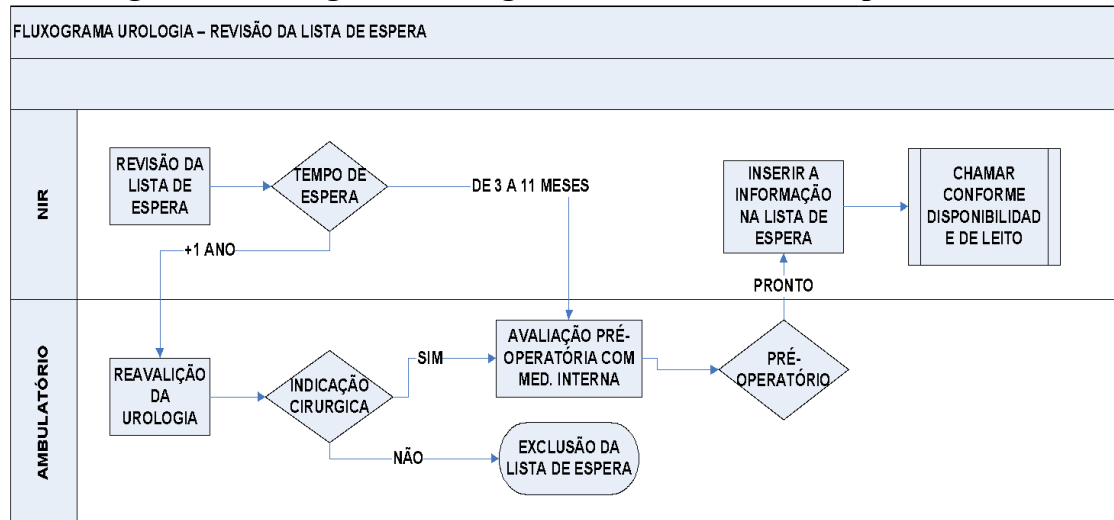
Codificação de acordo com cada tipo de patologia e procedimento indicado. Considerando que a especialidade de urologia abrange um grande número de procedimentos cirúrgicos nos vários órgãos que compõem o trato genitourinário, foi necessário agrupar os procedimentos em diferentes categorias, levando em consideração a técnica cirúrgica envolvida, porte da cirurgia, o órgão acometido, a necessidade de recursos tecnológicos específicos e a relação com diagnóstico de neoplasia.

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. O paciente passou a ser 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, 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: Código 01- Procedimentos oncológicos; Código 02- Procedimentos não oncológicos; Código 03- Procedimentos pequeno porte; Código 04- Tratamento cirúrgico incontinência urinária e Código 05- Biópsia de próstata.

As demandas cirúrgicas mais frequentes foram: ressecção endoscópica de próstata e nefrolitotomia percutânea (69 AIH's cada); prostatectomia suprapúbica (54 AIH's) e ureterolitotomia (45 AIH's).

Também ficou estabelecido que o paciente que recusasse por três vezes o chamado para a internação, em dias diferentes, seria informado e retirado da lista de espera.

Gestão da lista de espera pelo NIR: uma vez emitida a AIH, o paciente era encaminhado ao NIR, que checava os dados cadastrais 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 de pacientes para internação.

Criação da consultoria do serviço ao NIR, para os casos com indicação de internação prévia ao procedimento cirúrgico ou para solicitação de priorização, quando o especialista identifica necessidade de antecipar o procedimento.

Criação de fluxos preferenciais, para facilitar a comunicação e garantir a continuidade do processo, com o Laboratório, com o Centro de Diagnóstico por Imagem e com o Serviço de Métodos Gráficos.

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 pacientes chamados ter algum impedimento. 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.

## 5.6 RESULTADOS

Após 24 meses de acompanhamento, foram identificados os seguintes resultados: existência de uma equipe e de profissionais responsáveis pelo processo (NIR), responsável pela continuidade, monitorização e 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 e melhoria da comunicação entre equipes e NIR, através do prontuário eletrônico e por meio de reuniões e apresentação de resultados, discussão de dificuldades encontradas e busca por melhorias; 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.

Ao longo dos 24 meses avaliados, observamos uma redução gradual e progressiva do número de pacientes aguardando por procedimentos cirúrgicos em todos os códigos, tendo

como resultado mais expressivo a redução de 94,1% no número de pacientes aguardando pelo código 04 (Tabela 1).

**Tabela 1 – Quantidade de pessoas em lista entre março/2018 e março/2020**

<b>Quantidade de pessoas em lista entre março/2018 e março/2020</b>	<b>mar/18</b>	<b>mar/19</b>	<b>mar/20</b>	<b>Variação % entre março/2018 e março/2020</b>
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 incontinência urinária	17	4	1	-94,1
Código 05 – Biópsia de próstata	25	16	6	-76
<b>TOTAL</b>	<b>579</b>	<b>431</b>	<b>244</b>	<b>-57,9</b>

Fonte: Grupo Hospitalar Conceição. Prontuário eletrônico, 2020.

À medida que o plano de ação foi sendo executado, foi possível observar uma redução significativa 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 2).

**Tabela 2 – AIH mais antiga**

<b>AIH mais antiga</b>	<b>mar/18</b>	<b>mar/19</b>	<b>mar/20</b>
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 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 3).

**Tabela 3 – Tempo de espera da AIH mais antiga (dias)**

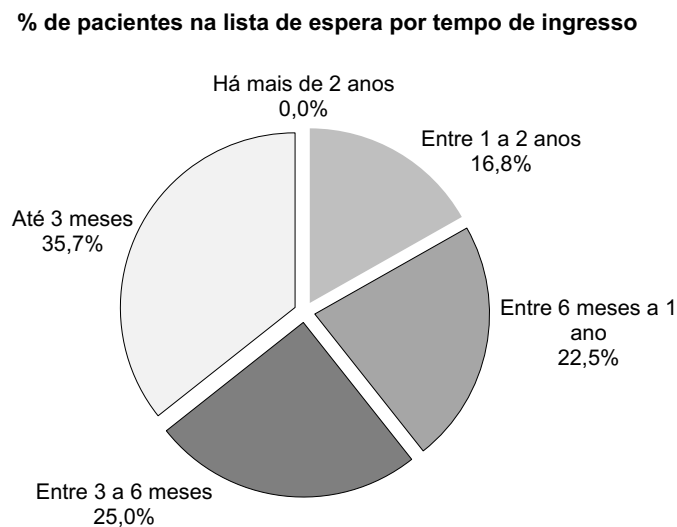
<b>Tempo de espera da AIH mais antiga - em dias</b>	<b>mar/18</b>	<b>mar/19</b>	<b>mar/20</b>	<b>Variação % entre março/2018 e março/2020</b>
Código 01 – Procedimentos oncológicos	240	106	42	-82,5
Código 02 – Procedimentos não oncológicos	1790	1002	540	-69,8

Código 03 – Procedimentos pequeno porte	2065	1238	604	<b>-70,8</b>
Código 04 – Trat. cirúrgico incontinência urinária	3525	603	58	<b>-98,4</b>
Código 05 – Biópsia de próstata	1275	190	133	<b>-89,6</b>

Fonte: Grupo Hospitalar Conceição. Prontuário eletrônico, 2020.

Além disso, 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, restam 22,5% dos pacientes aguardando entre 6 meses e 1 ano, e 16,8% dos pacientes aguardando entre 1 e 2 anos, o que nos permite afirmar que ainda há bastante trabalho a ser feito.

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



Fonte: Grupo Hospitalar Conceição. Prontuário eletrônico, 2020.

## 5.7 DISCUSSÃO

O tema das listas e tempos de espera para cirurgias eletivas vem sendo relatado internacionalmente como alvo de políticas de saúde desde os anos 90. No Brasil, embora o assunto seja importante para o sistema de saúde, reforça-se a afirmação de Lippi *et al*, de que a literatura brasileira sobre o tema é escassa<sup>(1)</sup>. Diante da escassez de literatura e de legislação que poderiam ser norteadoras para o HNSC, o NIR desenvolveu seu próprio modelo de gerenciamento de suas listas de espera, de forma a não conflitar com o modelo de gestão institucional.

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, resultando em antecipação ou atrasos.

Na fase inicial da intervenção, a maior dificuldade encontrada foi convencer os integrantes da equipe de urologia que a organização da lista não representava uma interferência na autonomia e na tomada de decisão médica.

A importância da avaliação pré-operatória foi evidenciada, deve estar ajustada à previsão de realização da cirurgia, evitando que o paciente seja encaminhado pelo médico para a realização dos exames e avaliações, sem perspectiva para a realização do procedimento. 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 fossem cumpridas no tempo e na ordem adequada até que o paciente estivesse apto para ser chamado para a realização do procedimento.

Embora longe do ideal, ao cabo de dois anos não havia mais nenhum paciente aguardando há mais de dois anos (Figura 2). Apesar da melhora evidente dos tempos de espera, ainda há 16,8% dos pacientes aguardando há mais de um ano. Portanto, além de buscar manter o resultado alcançado, é necessário concentrar esforços para reduzir ainda mais o de tempo de espera entre a indicação cirúrgica e a realização do procedimento.

Outro ponto a ser destacado é que deve haver uma pessoa ou serviço responsável pelo processo, o qual fará o monitoramento de maneira sistemática, identificando eventuais falhas ou necessidade de ajuste do plano de ação. E, não menos importante, deve haver o respaldo da alta gestão da instituição para legitimar todo o processo.

## **5.8 CONCLUSÃO**

Analisando os indicadores ao longo de 24 meses, de acordo com os objetivos propostos, podemos afirmar que foram alcançados plenamente. A descrição e análise da implantação do processo de gestão da lista de espera do Serviço de Urologia do HNSC aconteceu através da descrição do diagnóstico e dos nós críticos identificados como responsáveis pelo tempo de espera prolongado, do processo de implementação do plano de ação elaborado pelo NIR do HNSC e dos resultados encontrados após a intervenção.

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.

A falta de pesquisas anteriores acerca do assunto foi uma das limitações encontradas. Embora haja farta literatura sobre listas de espera, poucos trabalhos abordam a gestão da mesma. Outra limitação encontrada foi a falta de informações confiáveis sobre a demanda prévia ao estudo, devido à inexistência de uma lista organizada, o que impossibilitou a comparação retrospectiva alguns indicadores. A resistência das equipes médicas do Serviço de Urologia em aderir ao projeto, em especial pelo sentimento de perda de autonomia sobre os pacientes, constituiu uma dificuldade inicial, a qual foi superada através da interação permanente com a equipe de NIR e a partir da visualização de resultados iniciais promissores.

Novos estudos podem ser realizados replicando a experiência deste processo em outros serviços da instituição.

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.

## 5.9 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, may.2005.
- 3 SENNA, Selminha Barbosa Bernardes *et. al.* Gestão da fila de espera para cirurgias eletivas em hospitais do Sistema Único de Saúde. **Braz. J. Surg. Clin. Res.**, Teresina, PI, vol 30, n.2, p. 79-82, mar/mai.2020.
- 4 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.
- 5 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.

- 6 GIAMBERNARDINO FILHO, Donizetti. **A falta de médicos e a atual situação do SUS**. Brasília, DF, 11 jun. 2019. Apresentação em ppt. 81 slides.
- 7 JOTZ, G. P; CORDEIRO-JUNIOR, W.; KRUEL, A. J. **Inovação e tecnologia no enfrentamento da superlotação hospitalar: a experiência do Hospital Nossa Senhora da Conceição – Porto Alegre/RS**. Porto Alegre, Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2018.
- 8 LISBOA, R. L.; KRUEL, A. J.; KHAN, G. S. C. **Gestão de listas de espera para cirurgias eletivas: relato técnico de intervenção em um hospital público de grande porte no sul do Brasil**. In: VII Encontro Brasileiro de Administração Pública. Anais... Brasília/DF: 2020.
- 9 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.
- 10 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.
- 11 **Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011**. Regula o acesso a informações previsto no inciso XXXIII do art. 5º, no inciso II do § 3º do art. 37 e no § 2º do art. 216 da Constituição Federal; altera a Lei no 8.112, de 11 de dezembro de 1990; revoga a Lei no 11.111, de 5 de maio de 2005, e dispositivos da Lei no 8.159, de 8 de janeiro de 1991 e dá outras providências.
- 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 MASRI, B. A. *et al.* **Priority criteria for hip 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.
- 14 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.
- 15 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.
- 16 RACHLIS, M. M. **Public solutions to health care wait lists**. Ottawa: Canadian Centre for Policy Alternatives, 2005.
- 17 HEALTH COUNCIL OF CANADA. **Wading through wait times: what do meaningful reductions and guarantees mean?** Ottawa: Health Council of Canada, 2007.

- 18 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. **Ver. Bras. Otorrinolaringol.**, São Paulo, v. 71, n. 3, pt. 1, p.256-262, maio/jun. 2005.
- 19 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.
- 20 Revista RADIS: a medida da fila. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, n. 159, dez. 2015.
- 21 CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto.** 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

## 6 CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Analisando os indicadores ao longo de 24 meses, de acordo com os objetivos propostos, podemos afirmar que foram alcançados plenamente. A descrição e análise da implantação do processo de gestão da lista de espera do Serviço de Urologia do HNSC aconteceu através da descrição do diagnóstico e dos nós críticos identificados como responsáveis pelo tempo de espera prolongado, do processo de implementação do plano de ação elaborado pelo NIR do HNSC e dos resultados encontrados após a intervenção.

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.

A falta de pesquisas anteriores acerca do assunto foi uma das limitações encontradas. Embora haja farta literatura sobre listas de espera, poucos trabalhos abordam a gestão da mesma. Outra limitação encontrada foi a falta de informações confiáveis sobre a demanda prévia ao estudo, devido à inexistência de uma lista organizada, o que impossibilitou a comparação retrospectiva alguns indicadores. A resistência das equipes médicas do Serviço de Urologia em aderir ao projeto, em especial pelo sentimento de perda de autonomia sobre os pacientes, constituiu uma dificuldade inicial, a qual foi superada através da interação permanente com a equipe de NIR e a partir da visualização de resultados iniciais promissores.

Novos estudos podem ser realizados replicando a experiência deste processo em outros serviços da instituição.

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.

**APÊNDICE APROVAÇÃO PELO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA**

**ANEXO - NORMAS PARA PUBLICAÇÃO NA REVISTA**