



Ministério da Educação – Brasil  
Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri – UFVJM  
Minas Gerais – Brasil  
Revista Vozes dos Vales: Publicações Acadêmicas  
ISSN: 2238-6424  
QUALIS/CAPES – LATINDEX  
Nº. 22 – Ano XI – 10/2022  
<http://www.ufvjm.edu.br/vozes>

## **Filas de Espera por Cirurgias Eletivas: uma revisão integrativa**

Katheryne Tolentino de Souza  
Enfermeira Mestra em Ensino em Saúde pela Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri de Diamantina– UFVJM - Brasil  
<http://lattes.cnpq.br/8323080304210774>  
E-mail: [katheryne.souza@ufvjm.edu.br](mailto:katheryne.souza@ufvjm.edu.br)

Cleiton Francis Carnielle  
Enfermeiro Doutorando em Ciências da Saúde pela Universidade Estadual de Montes Claros/MG - Brasil. Mestre em Ensino em Saúde pela Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri de Diamantina– UFVJM - Brasil  
<http://lattes.cnpq.br/2899260619886918>  
E-mail: [cleiton.carnielle@ufvjm.edu.br](mailto:cleiton.carnielle@ufvjm.edu.br)

Nome do Autor: Fernanda Marinela Canário Santos  
Enfermeira Mestra em Ensino em Saúde pela UFVJM. MBA Executivo em Saúde pela FGV. Especialista em Auditoria em Saúde pela FIP/MOC - Brasil.  
<https://lattes.cnpq.br/4920649351016983>  
E-mail: [fernanda.canario@ufvjm.edu.br](mailto:fernanda.canario@ufvjm.edu.br)

Isabela Barbosa Cruz  
Enfermeira Mestranda em Ciências da Saúde pela Universidade Estadual de Montes Claros, Brasil.  
<http://lattes.cnpq.br/8940723992528479>  
E-mail: [isabela.cruz8682@soufonorte.com.br](mailto:isabela.cruz8682@soufonorte.com.br)

Roberto Allan Ribeiro Silva  
Doutorando em enfermagem pela Escola de Enfermagem da UFMG. Mestre em  
Ensino em Saúde pela Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri  
de Diamantina– UFVJM – Brasil.

<http://lattes.cnpq.br/8863515027313868>

E-mail: roberto.allan@ufvjm.edu.br

Siderllany Aparecida Vieira Mendes de Brito  
Enfermeira Mestre em Ensino em Saúde pela Universidade Federal dos Vales do  
Jequitinhonha e Mucuri, Brasil.

<http://lattes.cnpq.br/1924329465352607>

E-mail: [siderllany.brito@ufvjm.edu.br](mailto:siderllany.brito@ufvjm.edu.br)

Eurivaldo Nunes Rodrigues  
Gestor Ambiental e Mestre em Estudos Rurais pela Universidade Federal dos Vales  
do Jequitinhonha e Mucuri, Brasil.

<http://lattes.cnpq.br/0533784742907270>

E-mail: eurivaldo.rodrigues@ufvjm.edu.br

**Resumo:** As filas ou listas de espera constituem estratégia para que sistemas e serviços de saúde adequem a demanda a oferta dos procedimentos. Porém, o tempo de espera tem se tornado um problema complexo a ser enfrentado, trazendo consequências como agravamento do quadro e elevação dos custos dos cuidados em saúde. A questão norteadora foi: O que as filas/listas de espera por cirurgias eletivas revelam sobre o acesso aos serviços de saúde em estudos já publicados? A metodologia desta revisão integrativa da literatura deu-se por meio levantamento bibliográfico em bases de dados de periódicos e outros estudos científicos em julho de 2022. Foi adotada a estratégia PICO para buscas, sendo P= procedimentos cirúrgicos eletivos, I = acesso aos serviços de saúde, C = não se aplica, O = fila de espera/ lista de espera, em português e inglês. Foram identificados 113 artigos e depois de aplicados critérios de exclusão, foram incluídos 21 artigos. Os resultados mostraram-se heterogêneos tanto no que diz respeito ao tipo e desenho do estudo quanto à abordagem do tema, os estudos incluídos apresentaram 04 assuntos diferentes como eixo central que foram assim categorizados: (1) filas em sistemas de saúde (2) filas em serviços específicos de saúde (3) Filas e pandemia COVID (4) Propostas e modelos para resolução das filas. Concluiu-se que tempos de espera podem ser aumentados dependendo da especialidade demandada ou de como é feita a gestão das filas, agravado pela falta de consenso dos tempos ideais de espera e critérios de priorização dos casos.

**Palavras-chave:** Filas de espera. Procedimentos cirúrgicos eletivos. Acesso aos serviços de saúde.

## Introdução

As listas ou filas de espera constituem um recurso para organizar o atendimento às demandas dos pacientes que aguardam um mesmo tratamento ou serviço médico cuja demanda é maior que a oferta. (HUBER et al,2008)

Serviços de saúde pertencentes a sistemas de saúde universais, isto é, aqueles que contam com financiamento central e oriundo de impostos gerais, possuem as filas de espera como uma de suas características uma vez que existe a necessidade de gerenciar a dinâmica de capacidade e a demanda (LINDSAY & FEIGENBAUM, apud LEVY, et al., 2021). Elas estão presentes em países europeus como o Reino Unido, a Itália, Grécia e Espanha.

O tempo de espera para realização de cirurgias é um fenômeno complexo e desafiador, tanto em países desenvolvidos quanto em desenvolvimento, podendo variar de meses até anos, o que pode gerar insatisfação de pacientes, piora do prognóstico, perda funcional e custos financeiros elevados para os sistemas públicos de saúde (BARUA et al., 2012; RODRIGUES et al., 2020).

No Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, inexistem avaliações sistemáticas sobre os prazos de espera para internações, consultas ou exames nem sobre o número de pessoas que aguardam nas filas para serem atendidas. (MARINHO, 2009).

Para SANTOS, 2018, essa falta de avaliações sistemáticas pode ser considerada um obstáculo a ser superado no SUS, pois só a partir da identificação dos problemas, e suas causas é possível propor estratégias de enfrentamento para redução de filas de espera por cirurgias eletivas e tecer perspectivas organizacionais para as próximas décadas. Também inexistente no país um modelo uniforme para a gestão das filas para acesso aos procedimentos no Sistema Único de Saúde.

Além disso, o acesso aos serviços de saúde e seus procedimentos ficou ainda mais dificultado em razão da pandemia da COVID-19 e a suspensão de procedimentos cirúrgicos eletivos para preservar os serviços de saúde e evitar o colapso do Sistema Único de Saúde (SUS). “Fica evidente que o aumento da demanda reprimida pelos procedimentos eletivos tenha surgido como efeito colateral, comprometendo ainda mais esse cenário”. (MINAS GERAIS, 2021).

Baseado na relevância do problema e as lacunas de conhecimentos evidenciadas, e a possibilidade de contribuir para o enfrentamento uma melhor condução de políticas de acesso aos serviços de saúde é que o presente estudo traz como objetivo analisar as dificuldades de acesso aos serviços de saúde a partir das filas/listas de espera por procedimentos cirúrgicos eletivos e as propostas de resolução do problema já descritas.

## **Metodologia**

Trata-se de um estudo de revisão integrativa sobre as filas de espera por procedimentos cirúrgicos eletivos através de levantamento bibliográfico realizado em julho de 2022 em bases de dados de periódicos e outros estudos científicos.

Para o presente estudo formulou-se a seguinte questão norteadora: O que as filas/listas de espera por cirurgias eletivas revelam sobre o acesso aos serviços de saúde em estudos já publicados? Como estratégia de busca foi adotada a estratégia PICO, sendo P= procedimentos cirúrgicos eletivos, I = acesso aos serviços de saúde, C = não se aplica, O = fila de espera ou lista de espera.

As buscas bibliográficas nas bases de dados BVS - Biblioteca Virtual em Saúde, Portal CAPES e PUBMED no dia 05/07/2022, publicados nos últimos 05 anos, em português, inglês e espanhol, utilizando em todas as bases de dados os seguintes descritores MESH/DECS, conforme se observa a seguir: (“cirurgias eletivas” OR “procedimentos cirúrgicos eletivos”) AND (“acesso aos serviços de saúde”) AND (“filas de espera” OR “listas de espera”). “Sendo que na PUBMED os termos foram utilizados na língua inglesa como se segue: “Elective Surgical Procedures” OR “Elective Surgical ” AND ( mj:(“Health Services Accessibility” AND “Waiting Lists”) AND (year\_cluster:[2017 TO 2022])

Os critérios de elegibilidade aplicados foram a inclusão de estudos realizados sobre o assunto “filas de espera” ou “listas de espera” para “acesso a serviços de saúde” para realização de “procedimentos cirúrgicos eletivos”, com os descritores selecionados presentes no título, resumo ou no texto, que envolvesse sistemas de saúde ou serviços de saúde específicos. Estudos publicados entre os anos de 2017 e 2022 nos idiomas português, inglês e espanhol, com resumos e textos completos disponíveis para acesso.

Foram identificados 113 artigos, sendo: 73 BVS - MEDLINE (69); LILACS (03); Coleciona SUS (01) através da Biblioteca Virtual em Saúde; 19 artigos na base Portal CAPEM de Periódicos e 21 na base PUBMED. Após leitura de títulos foram resgatados 55 artigos (16 foram descartados por estarem repetidos tanto nas próprias bases de dados ou entre bases de dados diferentes e 02 por não estarem disponíveis na íntegra ).

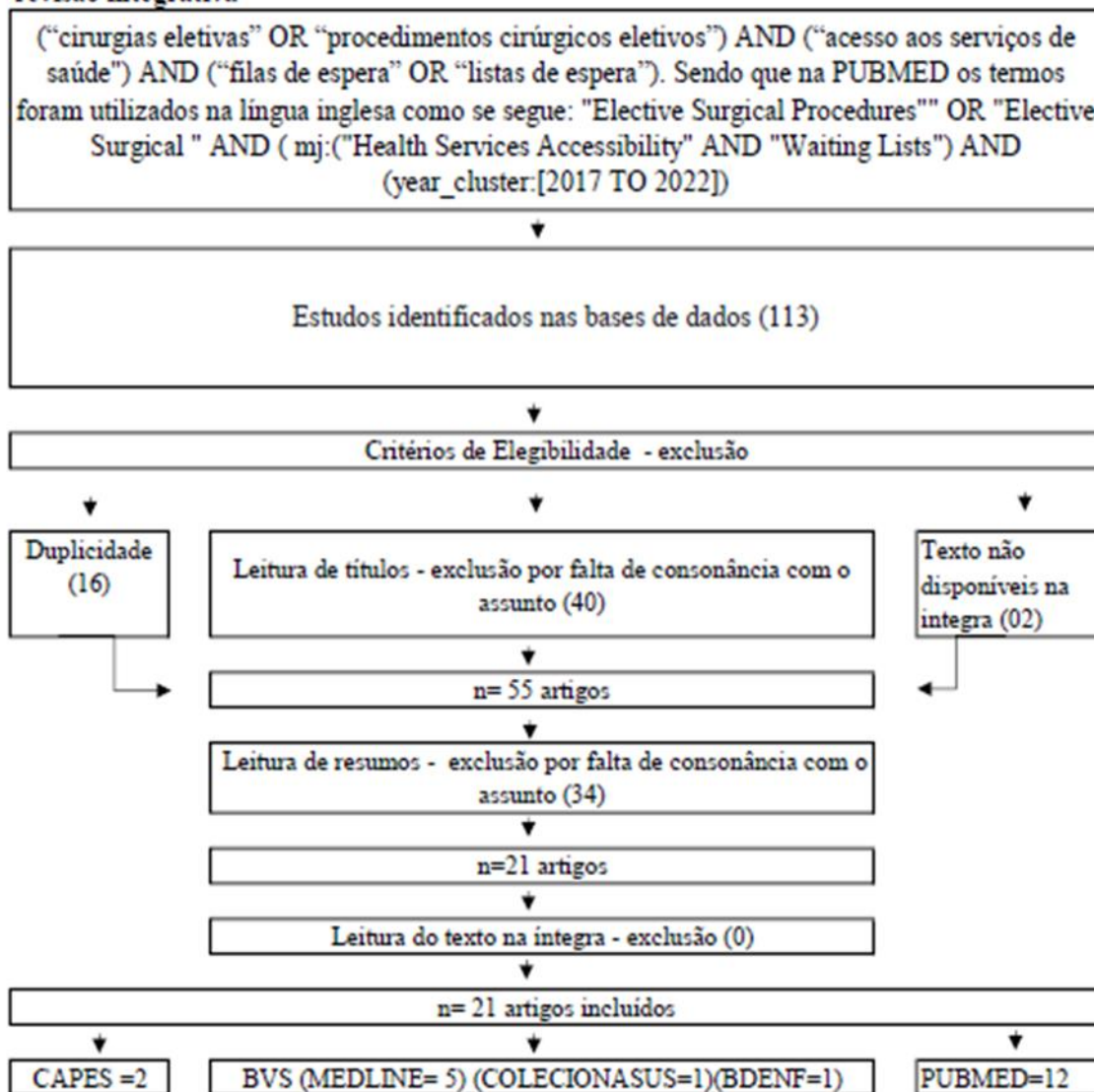
Após a leitura dos resumos foram elencados 21 artigos para serem lidos na íntegra, 34 artigos foram excluídos por não se encontrarem em consonância com os critérios de inclusão. Os 21 artigos lidos na íntegra foram incluídos no estudo.

Os resultados foram apresentados a partir das variáveis, autor principal e ano da publicação, título, idioma e tipo de estudo para análise e discussão das evidências. Outras análises e discussões ocorreram a partir de 04 categorias de assuntos apresentados nos estudos incluídos neste trabalho sendo elas as “filas/listas de espera em sistemas de saúde”; “filas/listas de espera serviços de específicos de saúde”; “filas/listas de espera agravadas pela pandemia da COVID-19”; Modelos ou propostas de resolução das filas/lista de espera.

## **Resultados**

O processo de identificação e seleção está descrito na figura 1 e resultou na inclusão de 21 artigos. Foram incluídos estudos que descreveram o impacto do problema e que investigaram estratégias de intervenções para a redução do tempo de espera para cirurgias eletivas tanto no âmbito de sistemas nacionais/regionais de saúde quanto em serviços de saúde específicos (hospitais). Pesquisas originais publicadas em periódicos, relatórios técnicos, editoriais e revisões de literatura do setor saúde de governos e setores afins, tanto com dados quantitativos quanto qualitativos foram considerados na inclusão.

**Figura 1- Fluxograma de identificação do processo de seleção dos estudos incluídos na revisão integrativa**



Fonte: Souza, et al. 2023.

O quadro 1 apresenta uma síntese dos estudos selecionados com referência aos autores com o ano de publicação, a base da qual a publicação foi recuperada, o tipo de estudo, o nível de evidência e a categorização realizada pela autora para classificação dos estudos e discussão dos resultados referentes aos conteúdos dos respectivos estudos.



**Quadro 1- Estudos incluídos e as suas principais características**

Estudo	Referência	Base de Dados	Tipo de Estudo	Nível de Evidência	Categorias *
1	GOIAS (Estado). 2022.	BVS-MEDLINE	Revisão Narrativa	4	1
2	CRUZ, S; QUINTAL, C; ANTUNES, P, 2022.	BVS-MEDLINE	Estudo quantitativo/transversal	2C	1
3	COVIDSurg Collaborative. 2022	BVS-MEDLINE	Estudo quantitativo/transversal	2C	3
4	McCALL M, PEEBLES M, SANDIFORD NA. 2021	BVS-MEDLINE	Estudo quantitativo/transversal	2C	2
5	COSTA, E, et al., 2021	BVS-MEDLINE	Estudo quantitativo/qualitativo/ transversal	2C	2
6	LEE, , et al., 2021	BVS-MEDLINE	Estudo quantitativo/transversal	2C	1
7	GARCIA-ROJO E, et al., 2021	BVS-MEDLINE	Estudo quantitativo/transversal	2C	3
8	LISBÔA , Rosa et al., 2021	Portal CAPES	Relato de experiência	5	1
9	RIBEIRO, G X, et al., 2018	Portal CAPES	Estudo descritivo/transversal	2C	4
10	LÓPEZ-CANO, M. et al. 2021	PUBMED	Estudo quantitativo/transversal	2C	2
11	SUTHERLAND JM, et al. 2019	PUBMED	Estudo quantitativo/transversal	2C	1
12	CLARKE, et al., 2020	PUBMED	Estudo quantitativo/transversal	2C	1
13	SEGALL, TAKATA e URBACH . 2020	PUBMED	Estudo quantitativo/transversal	2C	1
14	RIGANTI , SICILIANI , FIORIO. 2017	PUBMED	Estudo quantitativo/transversal	2C	1
15	VALENTE et al., 2021	PUBMED	Estudo de coorte	2B	4
16	CIMA , ALMEIDA , 2021	PUBMED	Estudo quantitativo/transversal	2C	1
17	LANDI, IVALDI , TESTI 2018	PUBMED	Estudo quantitativo/transversal	2C	1
18	DÉRY J,et al., 2019	PUBMED	Revisão Sistemática	3A	4
19	RATHNAYAKE, CLARKE M, JAYASINGHE. 2021.	PUBMED	Revisão Sistemática	3A	4
20	MORAN V, et al., 2021	PUBMED	Estudo quantitativo/transversal	2C	4
21	DÉRYJ, et al., 2022	PUBMED	Revisão Sistemática	3A	4

\* categorização realizada pela autora conforme assunto abordado (1) filas em sistemas de saúde (2) filas em serviços específicos de saúde (3) Filas e pandemia COVID (4) Propostas e modelos para resolução das filas

Fonte: Souza, et al., 2023.

## Discussão

Os estudos selecionados mostraram que as filas/listas de espera por procedimentos eletivos é uma realidade presente em diversas regiões do mundo. Em se tratando de cirurgias eletivas essas filas/listas de espera dão uma dimensão das barreiras existentes no acesso aos serviços de saúde.

Devido ao fato dos estudos se apresentarem heterogêneos tanto no que diz respeito ao tipo e desenho do estudo quanto à abordagem do tema, os 21 estudos selecionados apresentaram 04 assuntos diferentes como eixo central e estes foram categorizados da seguinte forma:

A primeira categoria englobou os 09 estudos que abordaram as filas/listas de espera presentes em sistemas de saúde nacional/regionais. Neste primeiro grupo foram incluídos os estudos: GOIÁS (Estado). 2022 se trata de uma revisão narrativa em que os autores fazem uma comparação entre protocolos de priorização de casos de necessidade de procedimentos cirúrgicos e compara também os tempos de espera em diferentes países ( Canadá, Itália e Chile) e demonstra a falta de consenso com o que seriam considerados tempos de espera ideais para cada situação. Outro estudo foi o de CRUZ; QUINTAL; ANTUNES, 2022 que apresenta uma avaliação do sistema de saúde de Portugal no que diz respeito a gestão das filas/listas a partir de tempos máximos de respostas garantidas (TMGR) com distribuição de vouchers para assegurar a prestação do serviço requerido dentro de um período de tempo, previamente definido de acordo com o que é considerado clinicamente aceitável em cada tipo de caso. Porém em 2018 após as mudanças nos TMGR com a redução administrativa dos tempos médios de espera a taxa de recusa dos vouchers aumentou e está acima de 55%. A probabilidade de recusa foi maior para indivíduos com 55 anos (OR=1,136; IC= 1,041 -1,095) ou mais para cirurgias com internação (OR = 2,498; IC = 2,343 - 2,663) comparada com ambulatorial (OR = 2,498; IC = 2,343 - 2,663) e para a ortopedia comparada com a cirurgia geral (OR = 1,123; IC = 1,037 - 1,217). Os resultados contribuem para que os tempos de espera continuem a ser uma preocupação para o sistema de saúde do país.

Já o estudo de LEE et al., 2021 realizou uma série de análises para identificar padrões comuns em relatórios de tempo de espera e lista de espera entre



jurisdições da OCDE amostradas, que identificou que existem padrões distintos de medição e relatório de estatísticas de tempo de espera e lista de espera comuns a várias jurisdições internacionais, que podem formar a base para uma maior padronização internacional no relatório dessas estatísticas vitais, a fim de garantir comparações mais semelhantes ao avaliar o tempo de espera e as estratégias de redução da lista de espera em todos os sistemas nacionais.

SUTHERLAND et al. 2019 avaliou a associação entre nível sócio econômico e o tempo de espera para cirurgia geral eletiva em adultos no Canadá, mas não se encontrou relação entre a situação socioeconômica e tempo de espera por cirurgias eletivas, mas, apesar disso, pessoas mais desfavorecidas socioeconomicamente relataram pior condição de saúde quando alocados na fila. Em estudo semelhante desenvolvido na Itália (LANDI S, IVALDI E, TESTI, 2018), encontrou resultados heterogêneos para diferentes tipos de serviço. Indivíduos com menor escolaridade e recursos econômicos têm maior risco de enfrentar tempos de espera excessivos para consultas de diagnóstico e especialista. Para cirurgia eletiva, as desigualdades socioeconômicas estão presentes, mas parecem ser menores. Um pouco depois CIMA e ALMEIDA, 2021 revelou o impacto dos cancelamentos nas listas de espera por cirurgias eletivas (taxa de 14% de cancelamento) no Sistema de Saúde Português a partir de uma base de dados composta por todos os pacientes que entraram em lista de espera nacional entre 2011 e 2015 (cerca de 3 milhões). Resultado significativo pois uma vez ignorados esses cancelamentos, tende-se a influenciar as estimativas, nomeadamente para diferenças de gênero (que são superestimadas sem cancelamentos) e para o efeito da idade (que é subestimado). E, o estudo de MORAN et al., 2021 desenvolvido em Luxemburgo, revelou que as filas de espera foram consideradas a maior barreira para necessidades de saúde não atendidas.

Na segunda categoria foram incluídos 03 estudos que tratavam de filas de espera em serviços de saúde específicos. McCALL, PEEBLES, SANDIFORD, 2021 que investigou os motivos de cancelamentos de cirurgias ortopédicas eletivas em um hospital na Nova Zelândia, em particular as artroplastias de quadril e joelho e o impacto desses cancelamentos no tempo de espera. Revelou-se que do total de cirurgias canceladas em um dado período, 37% correspondiam a artroplastias de quadril e/ou joelho e que 71% dos cancelamentos destas ocorreu por causas

relacionadas ao hospital como indisponibilidade de leitos ou capacidade do centro cirúrgico por exemplo. O tempo médio de espera de eventuais cirurgias eletivas girou em torno de 56,20 dias, já as artroplastias esperaram em média 76,10 dias. Considerando que as causas dos cancelamentos são evitáveis, ocorreram tempos de espera significativos que contribuíram para a diminuição da qualidade de vida dessas pessoas.

Nesse mesmo sentido COSTA, E, et al., 2021 em estudo exploratório e descritivo buscou-se avaliar a percepção dos pacientes sobre o cancelamento de cirurgia e estimar a frequência de suspensão cirúrgica de 2016 a 2018 verificou-se que, de janeiro de 2016 a dezembro de 2018, programaram-se 18432 procedimentos, com 5707 (31%) suspensos. Entre as especialidades, a neurologia, com 41% (2018), e a urologia, com 38% (2016), apresentaram maiores porcentagens de cancelamento. Obteve-se como motivo mais evidenciado o prolongamento da cirurgia anterior, alcançando 46% (2016-2017) e 41% (2018), seguido por motivos relacionados ao paciente (12% a 15%). Observou-se a percepção dos pacientes que demonstraram insatisfação diante dos transtornos como o deslocamento ao hospital na esperança de ser realizada a cirurgia, na modificação de sua rotina de vida, no trabalho prejudicado, e sobre as dificuldades e demandas diante da lista de espera das instituições públicas de saúde.

E, o estudo de LÓPEZ-CANO et al. 2021 teve como objetivo avaliar as listas de espera para correção de hérnia da parede abdominal (hérnia incisional ventral vs. inguinal) para definir critérios de priorização explícitos em um hospital de Barcelona na Espanha. Os resultados apontaram o tempo médio (DP) na lista de espera foi de 5,5 (3,2) meses (intervalo 1-14). Hérnia complexa esteve presente em 34,8% dos pacientes. A QVRS foi moderadamente ruim em pacientes com hérnia incisional/ventral (score médio de HerQL 66,1), enquanto foi moderadamente bom em pacientes com hérnia inguinal (score médio de hérnia COMI 3,40). O uso de analgésicos foi maior em pacientes com hérnia incisional/ventral em comparação com aqueles com hérnia inguinal (1,48 [0,54] vs. 1,31 [0,51], P = 0,021). Piores valores de mFI foram associados com hérnia inguinal em comparação com hérnia incisional/ventral (0,21 [0,14] vs. 0,12 [0,11]; P = 0,010).

Na terceira categoria a que trata das filas e a pandemia da COVID 19, foram incluídos dois estudos sendo GARCIA-ROJO E, et al., 2021, que avaliou o impacto

da pandemia da COVID 19 nas listas de espera das cirurgias urológicas em um hospital de Madri na Espanha. Os resultados demonstraram que os pacientes da prioridade um (1) que normalmente precisariam de alguma cirurgia em 30 dias, ficaram na lista de espera por um tempo médio de 60,5 dias, que é mais que o dobro do tempo máximo recomendado. Estes são principalmente pacientes com litíase ureteral (25,6%), câncer de bexiga de alto risco ou músculo invasivo (20,9%) e câncer de bexiga de alto risco (13,9%). Os tempos de espera para os dois grupos prioritários 2 e 3 ficaram ligeiramente acima (91,9 versus 90 dias) e abaixo (117,6 versus 170 dias) do tempo máximo recomendado, e não do tempo de análise, respectivamente. Esse resultado pode explicar os tempos de espera recomendados mais longos do que no grupo 1. O tempo médio de espera em 1º de maio de 2020 foi maior que o tempo médio de espera em 2019 para cistectomia radical, URS, cirurgia de incontinência urinária, PCNL, CRIR e RTUV, com estatisticamente diferenças significativas entre os três primeiros. Concluiu-se que a suspensão das cirurgias eletivas como medida de contingenciamento devido a pandemia da COVID 19 teve um impacto significativo nas listas de espera de cirurgias urológicas, principalmente para os pacientes do grupo de prioridade 1. Outro estudo desse grupo, COVIDSurg Collaborative.2022 estimou o número de cirurgias eletivas que seriam realizadas na Inglaterra nos meses de dezembro de 2021 a fevereiro de 2022, com base em diferentes níveis de internações por COVID-19. Foi calculado o déficit no número de cirurgias eletivas projetadas para os esse período em relação aos meses equivalentes a pré-pandemia em 2019 através de um modelo para prever as taxas de atividade de cirurgia eletiva com base no número de pacientes internados com COVID-19 no hospital. Se o número de pacientes internados com COVID-19 na Inglaterra permanecesse no nível observado nas primeiras duas semanas de outubro de 2021, quando, em média, 5.003 pacientes estavam recebendo tratamento para COVID-19, projetou-se que 51.204 (95% CI 44 219–58 343) procedimentos cirúrgicos eletivos ocorreriam por semana. Se o número médio de pacientes internados com COVID-19 aumentasse para 10.000, 47.348 (39.206–56.641) procedimentos cirúrgicos eletivos ocorreriam por semana. Se o número de pacientes internados com COVID-19 aumentasse para os níveis observados na primeira onda COVID-19 (em abril de 2020, havia uma média de 16.090 pacientes internados com COVID-19 na Inglaterra a qualquer momento), procedimentos

cirúrgicos eletivos diminuiria para 43.225 (33.859–54.633) por semana. Esses dados sugerem que, se o número de pacientes internados com COVID-19 atingisse os níveis observados em abril de 2020, em vez de continuar nos níveis observados em outubro de 2021, 100.273 procedimentos cirúrgicos eletivos a menos ocorreriam nos três meses - 15,3% de redução.

Na quarta categoria foram incluídos os estudos que abordaram as propostas de modelos de priorização para resolução das filas. RIBEIRO et al., 2018 realizou a mensuração do tempo médio de espera entre a primeira consulta com o médico cirurgião e a realização de cirurgias eletivas antes e após a implantação do projeto de utilização da ferramenta computacional Google Docs em um complexo regulador da saúde do estado de São Paulo. A partir dos resultados, foi possível verificar a redução do tempo médio de espera por eletivas em 30,4% e ganho produtivo no processo de análise de cirurgias eletivas no hospital do estudo.

VALENTE, et al., 2021 relata a adoção piloto de um novo modelo (SWALIS-2020) para priorizar cirurgias eletivas durante a pandemia de COVID-19. Este foi um estudo de coorte piloto de viabilidade de 6 semanas (março a maio de 2020) testando um caminho multidisciplinar, inter-hospitalar, centralizado e auxiliado por software, atendendo todas as principais cirurgias eletivas e de urgência de especialidades na área metropolitana de Gênova, com 840.000 habitantes. O caminho é baseado na triagem de encaminhamentos centralizada e multidisciplinar por equipe, priorizada ainda pelo modelo SWALIS-2020. Após uma fase de viabilidade de 2 semanas (55 pacientes), 240 encaminhamentos foram priorizados ao longo de 4 semanas sem eventos críticos importantes relacionados à via (razão M: F 73 : 167; idade média (dp) 68,7 (14,0) anos). As listas de espera foram monitoradas e os casos totalmente alocados com base na demanda priorizada para os serviços. A pontuação média (dp) do SWALIS-2020 na admissão foi de 88,7 (45,2) na semana 1, depois persistentemente acima de 100% (eficiência), em uma variação controlada (equidade), com uma diferença entre A3 e A1 (153,29 (103,52) versus 97,24 (107,93) respectivamente;  $P < 0,001$ ) e A3 versus A2 (153,29 (103,52) versus 88,05 (77,51);  $P < 0,001$ ). Um total de 222 pacientes acabou sendo operado, sem complicações relacionadas à via ou altas atrasadas/falhas.

DÉRY J, et al., 2019 em uma revisão sistemática sobre ferramentas de priorização de pacientes (PPT's) e sua eficácia em serviços de saúde não

emergenciais através da descrição das características dos PPT's, como formato, descrição, população, cenário, propósito, critérios e desenvolvedor; identificação de suas propriedades metrológicas, como confiabilidade e validade; e apontamento de suas medidas de efeito ou resultado (por exemplo, diminuição dos tempos de espera) em serviços não emergenciais. Como em ambientes eletivos a probabilidade de lidar com situações críticas ou risco de vida é quase inexistente, acaba por não haver concordância entre os avaliadores sobre os critérios de prioridade para esses casos, que muitas vezes não recebem cuidados em tempo hábil por serem considerados menos urgentes/importantes do que outros. Além disso, as decisões podem precisar considerar uma série de fatores com vários graus de importância para as principais partes interessadas (organizações de saúde, profissionais e pacientes e suas famílias). Fatores que incluem dor, perda de função, risco de deterioração, impacto de uma incapacidade no trabalho ou papéis sociais, status socioeconômico do paciente, dependência de outros e impactos econômicos deveriam ser considerados. Porém, como muitos desses fatores podem ser difíceis de avaliar, a priorização do paciente acaba se tornando uma tarefa complexa. Os PPT's podem assumir diferentes formas, incluindo métodos menos formalizados usando um sistema de classificação de dois a quatro níveis ("alta prioridade" e "baixa prioridade") ou ferramentas mais formais, que geralmente são sistemas de pontuação de prioridade que atribuem uma pontuação às necessidades de cada paciente. Existem alguns sistemas que priorizam informalmente com base no julgamento clínico, sem usar uma ferramenta escrita explícita. Em um estudo recente realizado em departamentos de fisioterapia ambulatorial, as partes interessadas observaram que os critérios usados para priorizar os pacientes eram muitas vezes vagos e expressavam a necessidade de critérios mais explícitos e objetivos. As ferramentas internas de priorização foram desenvolvidas principalmente por meio de consultas e discussões com as partes interessadas no programa. Em contrapartida, vários estudos apresentam uma abordagem iterativa aplicada em diferentes contextos para desenvolver critérios de prioridade com base em revisão de literatura e consultas a especialistas.

Os mesmos autores (DÉRY J, et al., 2022) em outra revisão sistemática sobre ferramentas de priorização de pacientes em serviços de saúde não emergenciais em que foram incluídos 48 estudos listando 34 ferramentas diferentes de priorização de

pacientes. Revelou-se que a maioria deles é projetada para gerenciar o acesso a cirurgias eletivas em ambientes hospitalares. Dois terços dos instrumentos foram investigados com base na confiabilidade ou validade. Foram encontrados resultados inconclusivos sobre o impacto dos PPT's no tempo de espera dos pacientes. As vantagens associadas ao uso de PPT foram encontradas principalmente em relação à aceitabilidade das ferramentas pelos médicos e maior transparência e equidade para os pacientes. Apesar do grande número de PPT's estudados, a implementação na prática clínica parece ser um desafio em aberto,

RATHNAYAKE, CLARKE M, JAYASINGHE, 2021 em uma revisão sistemática encontraram 17 estudos que preencheram seus critérios de inclusão. Três estudos testaram abordagens genéricas usando sistemas comuns de priorização para todas as cirurgias eletivas em comum. Os demais estudos avaliaram abordagens específicas de priorização para reordenar a lista de espera para uma determinada especialidade cirúrgica. E revelou que, as evidências levantadas sugerem que estratégias que apoiam os métodos de priorização sugeridos podem alcançar acesso mais rápido para os pacientes em lista de espera que mais necessitam do atendimento cirúrgico. Ter ferramentas de priorização específicas padronizadas para cada especialidade é mais provável de ser eficaz para a equidade horizontal ao reordenar a fila de pacientes que aguardam uma lista de cirurgia específica, mas é improvável que tenha impacto na equidade vertical em diferentes tipos de cirurgia ou condição. Além das avaliações clínicas, incorporar parâmetros socioeconômicos e considerações morais dos pacientes nos sistemas de pontuação de priorização é mais eficaz e mais provável para evitar a discriminação associada ao sistema em certas especialidades cirúrgicas.

## **Conclusão**

A presente revisão de literatura revela que em diversas partes do mundo as filas de espera estão presentes tanto em sistemas de saúde, quanto em serviços de saúde específicos, demonstrando a existência de barreiras ao acesso das pessoas ao atendimento das suas necessidades de saúde e também do problema de gerenciamento dos sistemas/serviços de saúde. Tempos de espera podem ser aumentados dependendo da especialidade demandada ou da forma com que ocorre a gestão das filas. Isso se torna mais complexo diante de procedimentos cirúrgicos



eletivos pela falta de consenso sobre tempos ideais de espera e de critérios de priorização dos casos, uma vez que quase nunca os casos estão associados a risco de morte e quase sempre não são considerados como prioritários. Além disso, acrescenta-se a esse cenário a ocorrência da pandemia da COVID 19 e todas as consequências que envolvem esse contexto, que resultaram em agravamento das filas, com situações em que algumas cirurgias mais do que dobraram o tempo de espera em comparação a situação considerada ideal. Observou-se também que existe uma vasta literatura abordando protocolos de priorização de casos na tentativa de amenizar o problema das filas de espera, alguns com uma abordagem mais genérica com critérios mais vagos e outros mais estruturados, porém mais específicos utilizados em ambientes hospitalares, que no máximo alcançam uma reorganização na fila. Além da falta de padronização dos critérios, também existe o desafio da implementação de tais protocolos na rotina dos serviços/sistemas de saúde.

Percebe-se a quase inexistência na literatura científica de estudos que abordam as filas de cirurgias eletivas no Sistema Único de Saúde do Brasil (SUS) ou de outros países em desenvolvimento, e que os estudos disponíveis estão mais localizados em países da Europa e no Canadá, que são países mais desenvolvidos. Talvez por este motivo os estudos considerados nesta revisão não tenham revelado associação entre as condições socioeconômicas e o tempo de espera em fila para cirurgias eletivas. Mas, mesmo nesses locais foi identificado que no momento da entrada na fila de espera as pessoas com condições socioeconômicas mais desfavoráveis apresentaram um quadro de saúde mais comprometido. Sugere-se que novos estudos sejam desenvolvidos para contribuir com a criação de novas propostas de políticas que favoreçam o acesso aos serviços de saúde, impulsionados pelos esforços internacionais de padronização dos critérios como os que foram considerados neste estudo, desenvolvidos nas jurisdições da OCDE ou de outras iniciativas. Considerar aspectos clínicos, epidemiológicos, socioeconômicos e de fluxos assistenciais na criação de protocolos de priorização talvez sejam essenciais para propostas mais eficazes para intervenção na gestão das filas de espera tanto para cirurgias eletivas quanto para os demais procedimentos nos sistemas e serviços de saúde.

## Referências

A HUBER M, STANCIOLE A, WAHLBECK K, TAMSMA N, TORRES F, JELFS E, BREMNER J. Quality in and Equality of Access to Healthcare Services. Directorate-General for Employment, Social Affairs and Equal Opportunities. Luxembourg: European Communities; 2008. Disponível em: <https://www.euro.centre.org/downloads/detail/882>. Acesso em: 12 fev. 2022.

LINDSAY C.M. FEIGENBAUM B. Rationing by waiting lists. *Am Econ Rev.* 1984; 74: 404-417 apud LEVY N, SELWYN DA, LOBO DN. Turning 'waiting lists' for elective surgery into 'preparation lists'. *BJA.* 2021;126(1):1-5. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.bja.2020.08.021>. Acesso em: 20 set. 2021.

LEVY N, SELWYN DA, LOBO DN. Turning 'waiting lists' for elective surgery into 'preparation lists'. *BJA.* 2021;126(1):1-5. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.bja.2020.08.021>. Acesso em: 20 jul. 2022.

BARUA, B., ROVERE, M. C., e SKINNER, B. J. Waiting Your Turn: Wait Times for Health Care in Canada 2010 Report. *SSRN Electronic Journal.* Disponível em: <https://doi.org/10.2139/ssrn.1783079>. Acesso em: 22 mar. 2022.

RODRIGUES, I. B., BITTENCOURT, R. J., ALONSO, R. S., SILVA, C. C. G. da, & GÖTTEMS, L. B. D. (2020). Gestão Da Fila De Cirurgias Eletivas Em Hospital Público Do Distrito Federal, Brasil: Critérios Clínicos Versus Tempo De Espera. *Brasília Médica,* 57, 30-37. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/rbm.org.br/pdf/v57a05.pdf>. Acesso em: 22 de mar. 2022.

MARINHO, A. A economia das filas no sistema único de saúde (SUS) brasileiro, Texto para Discussão, No. 1390 Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), Brasília, 2009.

Disponível em: [https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/1595/1/TD\\_1390.pdf](https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/1595/1/TD_1390.pdf). Acesso em: 20 jan. 2022.

SANTOS, Sérgio Antunes. Avaliação e monitoramento da estratégia para ampliação do acesso aos procedimentos cirúrgicos eletivos na Região Ampliada de Saúde Jequitinhonha, MG. Dissertação Mestrado Profissional - Programa de Pós Graduação Saúde Sociedade e Ambiente, UFVJM, Diamantina, 2018

MINAS GERAIS. Memorando-Circular nº 17/2021/SES/SUBREG-SR-DREA. Secretaria de Estado de Saúde. Subsecretaria de Regulação. Diretoria de Regulação do Acesso Eletivo e Ambulatorial. Belo Horizonte, 2021. Processo "SEI" de n.º 1320.01.0050106/2021-92 documento SEI nº 31326871

Goiás (Estado). Secretaria de Estado da Saúde; Subsecretaria de Saúde; Gerência de Informações Estratégicas em Saúde; Conecta-SUS Goiânia; SES-GO; 25 mar. 2022. 1-7 p.

Cruz, Salomé; Quintal, Carlota; Antunes, Patrícia [Risk Factors Associated with the Refusal of Surgery Vouchers: The Case of Central Portugal]. / Fatores de Risco Associados à Recusa de Notas de Transferência e Vales Cirurgia: O Caso da Região Centro em Portugal. *Acta Med Port*;35(3): 201-208, 2022 Mar 02.

COVIDSurg Collaborative. Projecting COVID-19 disruption to elective surgery. *Lancet*. 2022 Jan 15;399(10321):233-234. doi: 10.1016/S0140-6736(21)02836-1. Epub 2021 Dec 16. PMID: 34922640; PMCID: PMC8676422.

McCall M, Peebles M, Sandiford NA. Cancellation of elective orthopaedic procedures is not a benign practice and is often preventable. *N Z Med J*. 2021 Nov 26;134(1546):70-78. PMID: 34855735.

Costa, Eder Dourado Martins da; Jacob, Kerolayne Christine; Silva, Lais Bezerra da; Gomes, Iago Vieira; Serrano, Solange Queiroga Suspensão de cirurgias eletivas em hospital público de pernambuco: visão crítica do paciente *Rev. enferm. UFPE on line*;15(2): [1-16], jul. 2021

Lee, Mandy ; Martin-Carroll, Margaret ; von Mollendorff, Wendy ; Condon, Claire ; Kavanagh, Matthew ; Thomas, Estevão . Common patterns in the public reporting of waiting time and waiting list information: Findings from a sample of OECD jurisdictions. *Health Policy*;125(8): 1002-1012, 2021 08.

García-Rojo, E; Manfredi, C; Santos-Pérez-de-la-Blanca, R; Tejido-Sánchez, Á; García-Gómez, B; Aliaga-Benítez, M; Romero-Otero, J; Rodríguez-Antolín, [Impact of COVID-19 outbreak on urology surgical waiting lists and waiting lists prioritization strategies in the Post-COVID-19 era]. / Impacto del brote de COVID-19 en las listas de espera de cirugía urológica y estrategias de priorización en la era post-COVID-19. *Actas Urol Esp (Engl Ed)*;45(3): 207-214, 2021 04.

Ribeiro, Gabriela Xavier, Márcia Cristina Zago Novaretti, Mario Ivo Serinolli, and Renan Marani Garcia. "USO DA FERRAMENTA COMPUTACIONAL GOOGLE DOCS COMO ESTRATÉGIA PARA REDUZIR O TEMPO DE ESPERA PARA CIRURGIAS ELETIVOS EM UM MUNICÍPIO DO ESTADO DE SÃO PAULO/USO DA FERRAMENTA COMPUTACIONAL GOOGLE DOCS COMO ESTRATEGIA PARA REDUCAO DO TEMPO DE ESPERA POR CIRURGIAS ELETIVAS EM UM MUNICIPIO DO ESTADO DE SÃO PAULO." *Revista Inovação, Projectos E Tecnologias* 6.1 (2018): 124. Web.

Sutherland JM, Kurzawa Z, Karimuddin A, Duncan K, Liu G, Crump T. Wait lists and adult general surgery: is there a socioeconomic dimension in Canada? *BMC Health Serv Res*. 2019 Mar 13;19(1):161. doi: 10.1186/s12913-019-3981-9. PMID: 30866903; PMCID: PMC6416854.

Clarke J, Murray A, Markar SR, Barahona M, Kinross J; PanSurg Collaborative. New geographic model of care to manage the post-COVID-19 elective surgery aftershock in England: a retrospective observational study. *BMJ Open*. 2020 Oct 31;10(10):e042392. doi: 10.1136/bmjopen-2020-042392. PMID: 33130573; PMCID: PMC7783383.

Segall RE, Takata JL, Urbach DR. Wait-time reporting systems for elective surgery in Canada: a content analysis of provincial and territorial initiatives. *CMAJ Open*. 2020 Dec 10;8(4):E844-E851. doi: 10.9778/cmajo.20200033. PMID: 33303570; PMCID: PMC7867034.

Riganti A, Siciliani L, Fiorio CV. The effect of waiting times on demand and supply for elective surgery: Evidence from Italy. *Health Econ*. 2017 Sep;26 Suppl 2:92-105. doi: 10.1002/hec.3545. PMID: 28940920.

Cima J, Almeida Á. The impact of cancellations in waiting times analysis: evidence from scheduled surgeries in the Portuguese NHS. *Eur J Health Econ*. 2022 Feb;23(1):95-104. doi: 10.1007/s10198-021-01354-5. Epub 2021 Jul 25. PMID: 34304324; PMCID: PMC8310557.

Landi S, Ivaldi E, Testi A. Socioeconomic status and waiting times for health services: An international literature review and evidence from the Italian National Health System. *Health Policy*. 2018 Apr;122(4):334-351. doi: 10.1016/j.healthpol.2018.01.003. Epub 2018 Jan 12. PMID: 29373188.

Déry J, Ruiz A, Routhier F, Gagnon MP, Côté A, Ait-Kadi D, Bélanger V, Deslauriers S, Lamontagne ME. Patient prioritization tools and their effectiveness in non-emergency healthcare services: a systematic review protocol. *Syst Rev*. 2019 Mar 30;8(1):78. doi: 10.1186/s13643-019-0992-x. PMID: 30927927; PMCID: PMC6441215.

Rathnayake D, Clarke M, Jayasinghe V. Patient prioritisation methods to shorten waiting times for elective surgery: A systematic review of how to improve access to surgery. *PLoS One*. 2021 Aug 30;16(8):e0256578. doi: 10.1371/journal.pone.0256578. PMID: 34460854; PMCID: PMC8404982.

Moran V, Suhrcke M, Ruiz-Castell M, Barré J, Huiart L. Investigating unmet need for healthcare using the European Health Interview Survey: a cross-sectional survey study of Luxembourg. *BMJ Open*. 2021 Aug 3;11(8):e048860. doi: 10.1136/bmjopen-2021-048860. PMID: 34344682; PMCID: PMC8336210.

Déry J, Ruiz A, Routhier F, Bélanger V, Côté A, Ait-Kadi D, Gagnon MP, Deslauriers S, Lopes Pecora AT, Redondo E, Allaire AS, Lamontagne ME. A systematic review of patient prioritization tools in non-emergency healthcare services. *Syst Rev*. 2020 Oct 6;9(1):227. doi: 10.1186/s13643-020-01482-8. PMID: 33023666; PMCID: PMC7541289.

Processo de Avaliação por Pares: (*Blind Review* - Análise do Texto Anônimo)

Revista Científica Vozes dos Vales - UFVJM - Minas Gerais - Brasil

[www.ufvjm.edu.br/vozes](http://www.ufvjm.edu.br/vozes)

QUALIS/CAPES - LATINDEX: 22524

ISSN: 2238-6424