



X Encontro Brasileiro de Administração Pública.
ISSN: 2594-5688
secretaria@sbap.org.br
Sociedade Brasileira de Administração Pública

Gestão de listas de espera para internações e cirurgias eletivas em tempos de pandemia no âmbito do Sistema Único de Saúde: relato técnico no Hospital Nossa Senhora da Conceição

Alexandra Jochims Krueel, Amanda De Oliveira, Fernanda Lipert Magnus, Rosa Ladi Lisboa, Thanize Prates Da Rosa

[RELATO TÉCNICO] GT 23 – Experiências na Administração Pública: diálogos entre Acadêmicos e Práticos

X Encontro Brasileiro de Administração Pública, Brasília - DF - 05/06/2023
Sociedade Brasileira de Administração Pública Brasil

Gestão de listas de espera para internações e cirurgias eletivas em tempos de pandemia no âmbito do Sistema Único de Saúde: relato técnico no Hospital Nossa Senhora da Conceição

RESUMO

Um dos maiores problemas de gestão em saúde pública refere-se às listas de espera para atendimentos eletivos. Não se trata de um problema novo. Contudo, foi intensificado pela pandemia por Covid-19, quando muitos sistemas de saúde nacionais decidiram pela suspensão de consultas, exames e procedimentos de caráter eletivo não urgente, como forma de preparar suas estruturas para atender a demanda vindoura e, também, para prevenir novas infecções que poderiam ocorrer pela circulação de pessoas nos ambientes de atenção à saúde. Como consequência, houve aumento nos tamanhos das listas e, ainda pior, nos tempos de espera entre a decisão diagnóstica e a realização dos procedimentos necessários, o que acarreta em piora dos desfechos dos pacientes, como aumento da morbimortalidade. Este Relatório Técnico apresenta as medidas adotadas em um hospital público de grande porte, situado no Rio Grande do Sul, para a gestão de suas listas de espera eletivas, a partir de um projeto piloto iniciado em 2016, sendo aprimorado em período pandêmico, e alcançando resultados positivos.

PALAVRAS-CHAVE: Filas de espera. Tempos de espera. Cirurgias eletivas. Sistema Único de Saúde. SUS.

1. INTRODUÇÃO

A pandemia por Covid-19 teve impacto significativo sobre os serviços e os sistemas de saúde em todo o mundo, principalmente no âmbito público. Diversos aspectos foram afetados, como os econômico-financeiros, os estruturais e processuais. A intensa capacidade de disseminação e letalidade do vírus levou os gestores a adotarem medidas contundentes para a prevenção de contágios e contenção do mesmo.

Assim, logo no início da pandemia por Covid-19, muitos sistemas de saúde nacionais decidiram pela suspensão de consultas, exames e procedimentos de caráter eletivo não urgente, como forma de preparar suas estruturas para atender a demanda vindoura e, também, para prevenir novas infecções que poderiam ocorrer pela circulação de pessoas nos ambientes de atenção à saúde.

É preciso considerar que as estruturas dos serviços de atenção à saúde são limitadas, principalmente pela disponibilidade de leitos, equipamentos e insumos, equipes, e financeira. Assim sendo, medidas restritivas como as adotadas levam à redução da capacidade instalada (inclusive de pessoal), do volume de produção e de eficiência de determinados processos (como aumento de tempos de espera). Como consequência esperada, houve aumento nos tamanhos das listas e, ainda pior, nos tempos de espera entre a decisão diagnóstica e a realização dos procedimentos necessários, o que acarreta em piora dos desfechos dos pacientes, como aumento da morbimortalidade.

Em 2021, com a escalada da pandemia, a Associação Médica Australiana (AMA, 2021) declarou que tal realidade aprofundaria os problemas já existentes nos hospitais públicos, tanto em termos de capacidade instalada, como nas formas de operação dos serviços, uma vez que os mesmos não estavam partindo de uma situação de força e nem detinham capacidade de escala para atender a demanda que já estava vindo e ainda estava por vir. Neste sentido, especificamente sobre a realização de cirurgias eletivas não urgentes, Wiseman et al (2020) afirmaram que a espera para a

realização das mesmas já ocorria antes da pandemia. Sob o mesmo entendimento, Gardner e Fraser (2021), por exemplo, ao analisar os efeitos da pandemia sobre o cuidado eletivo no sistema de saúde inglês, demonstraram que as listas e os tempos de espera já eram crescentes antes de 2020, e que teve-se um crescimento ainda maior, tendo-se alcançado recordes tanto no volume de pessoas aguardando como nos tempos de espera. Por sua vez, no Brasil, observou-se uma redução de 41,5% de cirurgias realizadas em 2020, tendo como base o ano anterior, o que equivale a mais de 860 mil cirurgias eletivas não realizadas (SANTOS FILHO et al, 2021).

A espera eletiva tem seu preço, ou ainda, seu custo, tanto para indivíduos como para os governos. Para os governos, referem-se à atenção em saúde (exames, internações planejadas ou não, medicamentos, fisioterapia, consultas, etc) e à produtividade dos cidadãos (atestados, afastamentos, aposentadorias e pensões). Para os indivíduos, referem-se às despesas com profissionais, tratamento e medicações, transporte, modificações na vida, contratação de cuidadores, perda de rendimentos pelo trabalho, e até mesmo desembolso para fazer o procedimento, caso queira sair da lista pública (AMA, 2021).

De fato, o problema das listas e tempos de espera para a realização de cirurgias eletivas não urgentes não é uma novidade, principalmente em sistemas de saúde com financiamento público. O fenômeno tem tamanha importância, que foi reconhecido pela Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico (OECD) como uma das principais preocupações das políticas de saúde da maioria dos países que o compõem (SICILIANI e HURST, 2005). O Brasil, embora não faça parte dos membros da OECD, possui um dos maiores sistemas de saúde com financiamento público do mundo (o Sistema Único de Saúde – SUS), que tem como um de seus pilares a universalização de acesso. Assim sendo, pode-se considerá-lo como importante contexto para análise.

Em sua organização, o SUS conta com alguns hospitais vinculados diretamente ao Ministério da Saúde, dentre os quais está o Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC), no Rio Grande do Sul. Desde 2016, o Núcleo Interno de Regulação (NIR) do HNSC vem atuando diretamente na gestão de listas de espera eletivas. À época, o NIR desenvolveu uma experiência-piloto com a especialidade de Cirurgia Cardíaca, tendo chegado a resultados positivos (LISBÔA et al, 2018). A experiência foi replicada com a especialidade de Urologia, a partir de 2018, tendo também alcançado resultados positivos (LISBÔA et al, 2018; LISBÔA, KRUEL e KHAN, 2020). Tinha-se expectativas de replicação para as demais especialidades a partir de 2020, quando foi deflagrada a pandemia por Covid-19. Assim como outros hospitais ao redor do mundo, o HNSC adotou medidas de restrição e suspensão de atendimentos eletivos não urgentes, e obteve ainda mais acúmulo de pacientes em espera e aumento dos tempos. Contudo, antes da retomada dos

atendimentos eletivos, o HNSC passou a agir de forma mais intensiva para a gestão de suas listas de espera cirúrgicas eletivas e é sobre isto que este documento trata.

Assim sendo, este documento apresenta a atuação do frente ao problema da gestão de suas listas de espera eletivas, antes e durante o período de pandemia por Covid-19, sob a forma de um relatório técnico. Tem-se como objetivo principal apresentar o processo de gestão das listas, resultados alcançados, aprendizados e recomendações.

O relatório divide-se da seguinte forma: inicialmente, apresenta o HNSC e o Núcleo Interno de Regulação (NIR), como unidade responsável pela gestão institucional das listas de espera. A seguir, apresenta o processo iniciado em 2016, sua narrativa e resultados alcançados até o momento. Posteriormente, são apresentados os aprendizados e recomendações.

2. O HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO, O NÚCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO E A GESTÃO DE LISTAS DE ESPERA

O Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC) é um hospital público, vinculado ao Ministério da Saúde, situado em Porto Alegre/RS. Trata-se de um hospital de vocação clínica e cirúrgica, de grande porte (846 leitos) e complexidade terciária, que atende exclusivamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS). É uma unidade de referência para a rede de atenção à saúde e linhas de cuidado consideradas prioritárias, evidenciando-se urgências/emergências e oncologia. Possui duas “portas de entrada” principais, ou seja, formas de acesso: a Emergência e o Ambulatório de Especialidades.

À Emergência, ocorrem pacientes por demanda espontânea e por meio das centrais e sistemas de regulação municipal e estadual. Em 2022, a Emergência recebeu, mensalmente, em torno de 2.900 pacientes e gerou em torno de 1.034 internações por mês. Por sua vez, o Ambulatório recebe pacientes egressos de internação no próprio hospital e pacientes encaminhados formalmente via Central de Marcação de Consultas Especializadas (CMCE). Em 2022, o Ambulatório ofertou por mês, em média, 27 mil consultas em mais de vinte especialidades clínicas e cirúrgicas, dentre as quais, eram de 2.175 novos pacientes. Do Ambulatório, são emitidas as solicitações para internações eletivas. Estes volumes de atendimento propiciam um grande problema, comum a tantos hospitais ao redor do mundo: superlotação e, por conseqüência, aumentos de tempos de espera, seja para atendimento no dia, seja para agendamentos de serviços eletivos.

Em 2012, visando cumprir as orientações da Política Nacional de Regulação do SUS (BRASIL, 2008) e da Política Nacional de Atenção Hospitalar (BRASIL, 2013), e o que vinha sendo solicitado no então Programa SOS Emergências, por parte do Ministério da Saúde, o HNSC

implantou seu Núcleo Interno de Regulação (NIR), uma unidade técnico-administrativa. Inicialmente, tratava-se de um ponto estratégico de gestão com o objetivo de qualificar a movimentação de pacientes internados na Emergência, para leitos de retaguarda internos ou externos ao HNSC. Com o tempo, e de forma a otimizar os processos de regulação no hospital, o NIR passou a assumir outras atividades, dentre elas a gestão das listas de espera eletivas, pauta deste documento.

2.1 A gestão de listas de espera eletivas no HNSC

2.1.1 De 2016 a 2019: Projeto piloto e medidas gerais

Em março de 2016, a Coordenação do NIR decidiu realizar uma análise da situação da espera para internações e cirurgias eletivas no HNSC, e designou uma enfermeira para esta liderar esta atividade. Havia ouvidorias com reclamações sobre tempos de espera e pedidos para realização de cirurgias e judicialização de internações eletivas.

Foi realizado um levantamento da quantidade de pacientes em espera, por especialidade, visando conhecer: o volume de pacientes e os tempos de espera, além do *status* regulatório de cada paciente. Evidenciou-se que cada equipe médica mantinha listas de pacientes nos mais diversos formatos (desde folhas avulsas até planilhas eletrônicas), e que não havia sistematização de informações ou de monitoramento, o que acarretava em desconhecimento institucional sobre a realidade efetiva das listas e, portanto, na inviabilidade de gestão adequada das mesmas (LISBOA, KRUEL e KHAN, 2020).

Naquele cenário, iniciou-se um projeto-piloto com a especialidade da Cirurgia Cardíaca, que possuía 159 pacientes aguardando em lista, com tempos de espera de até 4 anos. O projeto envolveu diferentes setores para mapeamento e definição de fluxos. Foram analisados todos os prontuários dos pacientes, para identificação do perfil das solicitações e como estava o atendimento aos mesmos e foram feitas ligações telefônicas a todos os pacientes, visando identificar se ainda estavam aguardando. Foi implantado um ambulatório para avaliação pré-operatória, incluindo avaliação odontológica e exames laboratoriais e de imagem, os quais passaram a ser agendados com prioridade. No primeiro ano de intervenção, a produtividade cirúrgica da equipe cresceu 29,8% em relação ao ano anterior. Em outubro de 2018, estava 46,5% superior à produtividade do ano anterior à intervenção, o tempo médio de permanência dos pacientes internados na especialidade antes da cirurgia reduziu de 7,4 dias para 1,9 dias, e a lista de espera estava com 10 pacientes, com espera máxima de 9 meses (LISBÔA et al, 2018).

A partir de 2017, concomitantemente ao projeto-piloto da Cirurgia Cardíaca, começaram a ser adotadas medidas que afetariam todas as equipes, para melhor gestão das listas de espera:

reuniões de sensibilização e orientações com equipes de especialidades; estabelecimento de codificações (para classificar as prioridades de procedimentos); automatização do registro do paciente na lista de espera, quando da emissão de autorização para internação hospitalar (AIH) no prontuário eletrônico do paciente (PEP); automatização da saída do paciente da lista quando a internação do mesmo para aquele procedimento fosse efetivada; adoção da ferramenta “consultoria eletrônica”, dentro do PEP, como meio oficial para que as equipes médicas solicitassem ao NIR a priorização de pacientes, reserva de leito ou retirada de pacientes da lista, mediante justificativa plausível (como mudança de conduta médica ou desistência do paciente, por exemplo); processo de análise de possíveis altas de pacientes da UTI, com antecedência de 24 horas a procedimentos que demandassem esse perfil de leitos, visando evitar a suspensão de cirurgias por falta de leitos. (LISBÔA et al, 2018; LISBOA, KRUEL e KHAN, 2020).

Além disso, o Bloco Cirúrgico separou os fluxos de pacientes eletivos e de pacientes de urgência, inclusive com salas separadas por perfil de atendimento; estabeleceu metas de ocupação mínima de salas cirúrgicas eletivas; e implantou o “Banco de Turnos”, que visava identificar previamente a vacância de salas e ofertá-las a outras especialidades, para evitar ociosidade de salas (KRUEL; RIBEIRO e ANSCHAU, 2019). E ainda, em dezembro de 2018, a Diretoria emitiu uma Instrução Normativa definindo papéis e atribuições das equipes e do NIR quanto à gestão das listas de espera, e reforçando as medidas adotadas.

Em abril de 2018, o NIR iniciou um projeto de intervenção com a equipe de Urologia, que detinha a maior lista de espera: 579 pacientes, com esperas de até 10 anos. Além das medidas adotadas com a Cirurgia Cardíaca e as de cunho mais amplo, a Urologia também passou a realizar consultas de reavaliação de casos e mutirões ambulatoriais para atendimento pré-operatório. Em dois anos de intervenção, houve: quedas de 50,4% no tamanho da lista; de 71,2% no tempo de espera e de 34,3% no tempo médio de internação; e houve aumento de 24,9% nas horas de uso de salas cirúrgicas eletivas e de 15,9% na realização de cirurgias eletivas (LISBOA, KRUEL e KHAN, 2020).

2.2 De 2019 a 2021: Monitoramento e comunicação

Em abril de 2019, o NIR recebeu uma administradora hospitalar na equipe, com o objetivo de implantar o monitoramento sistemático dos seus processos e resultados, incluindo o processo de gestão das listas de espera. Até então, os indicadores eram mensurados pontualmente, conforme demanda interna ou externa ao NIR e conforme a especialidade em foco no momento.

Inicialmente, foram definidos como indicadores: a) número de pacientes em lista de espera (total, por especialidade e por código de priorização); b) quantidade de pacientes em lista, conforme

o ano de emissão da AIH; c) tempo de espera do paciente mais antigo da lista. O monitoramento passou a ser realizado preferencialmente na primeira semana de cada mês. A realidade de abril/2019 era de 1.926 pacientes em espera, sendo que 39,7% deles tinham ingressado na lista em anos anteriores e 60,3% no ano vigente. O paciente mais antigo aguardava há 6 anos e meio, para tratamento cirúrgico de varizes.

Com as informações sendo sistematizadas periodicamente, foi possível evidenciar a evolução de cada equipe, e fornecer melhor embasamento para a análise e planejamento diante de situações que requeriam ações mais objetivas. As informações passaram a ser utilizadas nas reuniões com as equipes, e foi iniciado o envio de relatórios às equipes de especialidades e à instância superior do NIR, informando sobre as discrepâncias encontradas e recomendando providências.

A intenção não era apenas informativa, mas também de estender a todas as equipes as ações desenvolvidas com a Cirurgia Cardíaca e com a Urologia, tendo embasamento em informações. Contudo, a pandemia por Covid-19 chegou ao HNSC, e com isso, a suspensão de internações e cirurgias eletivas não urgentes e as não oncológicas. O monitoramento, no entanto, foi mantido de forma sistemática, para se poder analisar os reflexos da pandemia e das decisões restritivas em relação às listas de espera.

2.3 A partir de 2021: reflexos da pandemia por Covid-19

Em fevereiro de 2020, o primeiro caso de infecção pelo novo coronavírus chegou ao HNSC, e no mês seguinte, a Organização Mundial da Saúde (OMS) oficializou o *status* de pandemia. No HNSC, foram adotadas medidas restritivas de circulação de pessoas para prevenir contágios e para preparar a estrutura para atendimento aos pacientes com Covid-19. Neste sentido, o Ambulatório de Especialidades e o Bloco Cirúrgico suspenderam os atendimentos eletivos não urgentes e não oncológicos, em abril. À época, tinha-se 2.005 pacientes em lista de espera, sendo que 59,8% deles tinham ingressado na lista em anos anteriores e 40,2% no ano vigente. A paciente mais antiga aguardava há 6 anos e 4 meses, para a realização de uma plástica mamária.

No segundo semestre de 2020, iniciou-se um processo de abertura gradual de ambos, mas, no final do ano, houve recrudescimento da pandemia (no Brasil, era a “segunda onda”, ainda mais intensa e grave do que antes), e os serviços foram novamente restringidos até abril de 2021.

Em abril de 2021, decidiu-se pela retomada das consultas e cirurgias eletivas em todas as especialidades médicas no HNSC. No NIR, havia preocupação quanto ao risco de intensificar o problema já existente antes da pandemia, ou seja, acumular ainda mais pacientes na lista e aumentar ainda mais os tempos de espera para realização das cirurgias. A lista de espera chegou a 2.130

pacientes em abril/2021, com a paciente mais antiga da lista aguardando há 7 anos e 4 meses para uma plástica mamária.

Além da questão das listas de espera eletivas, a reabertura de serviços eletivos teria reflexo importante sobre a necessidade de leitos de enfermarias e de tratamento intensivo, bem como de solicitações de avaliações para interconsultas (quando uma especialidade pede que outra avalie seu paciente para melhor condução de cada caso) e de priorizações para internação. Era preciso estabelecer medidas para qualificar o processo, visando evitar agravamento da situação e melhorar os resultados para os pacientes.

Assim sendo, foi implantada a Equipe de Gestão e Monitoramento, formada pela Coordenadora do NIR, a administradora hospitalar e a enfermeira já atuantes no processo de lista de espera, uma auxiliar administrativa e uma estagiária de nível superior em Gestão Hospitalar. Destaque-se que não houve contratação de novos empregados, mas sim remanejamento dos mesmos para este macroprocesso. A única contratação foi da estagiária. A Equipe passou a responder pelo monitoramento de todos os processos do NIR, inclusive o de gestão das listas de espera. Esta equipe envolve-se também com outras medidas, a saber: qualificação de indicadores, desenvolvimento de material informativo, projetos e relatórios de gestão; codificação de prioridades e revisão constante de prontuários; revisão administrativa das listas; suporte para a realização de mutirões pré-operatórios e cirúrgicos; análise e proposição de melhorias para os sistemas de informação institucionais; inativações de autorizações para internação hospitalar (AIHs); reuniões com equipes e outras esferas de gestão; orientação de profissionais; planejamento de intervenções; contatos diretos com pacientes para chamamentos e orientações.

Foram retomadas as reuniões com as equipes médicas, incluindo residentes e preceptores, visando: sensibilização, fornecimento de informações articuladas, orientações e pactuação de ações. Também foram estabelecidas parcerias com outros serviços (Ambulatório de Especialidades, Serviços Auxiliares para Diagnóstico e Tratamento/SADTs, Bloco Cirúrgico, Gerência de Informática) para otimizar os agendamentos de consultas para revisão clínica dos pacientes, avaliação pré-operatória, autorizações para os procedimentos e obtenção de informações.

A Equipe de Gestão e Monitoramento também buscou reforço no suporte institucional. Neste sentido, solicitou uma Auditoria Interna, que foi realizada entre 2021 e 2022 e que gerou recomendações à própria equipe, a outras equipes e à Diretoria. Também buscou apoio junto aos níveis de gestão superiores, e obteve-se retorno tanto do nível gerencial como de Diretoria. Em outubro de 2021, a Equipe construiu junto à Diretoria e em atenção às recomendações da Auditoria Interna uma nova Instrução Normativa, que reforçou as responsabilidades das equipes de

especialidades e do NIR sobre a gestão das listas de espera, detalhou critérios para priorização de pacientes e inativações de AIHs e fortaleceu o papel do NIR neste macroprocesso.

Definiu-se que qualquer agendamento cirúrgico deveria ter autorização prévia do NIR, para evitar “furos” de fila inadequados. Foram realizados mutirões ambulatoriais para revisão dos pacientes e definição de condutas; foram destinados leitos específicos para a internação de “pacientes antigos” na lista, visando dar suporte à Sala de Recuperação pós anestésica (pertencente ao Bloco Cirúrgico) e, com isso, permitir melhor giro de leitos e evitar suspensões cirúrgicas por falta de leitos; foram realizadas melhorias no sistema institucional de informações e criados *dashboards* pela própria equipe do NIR, para agilizar decisões entre NIR e equipes de especialidades; o NIR passou a adotar uma postura proativa no uso da ferramenta de consultoria eletrônica (ferramenta do prontuário eletrônico que possibilita a comunicação entre equipes para tomadas de decisão quanto ao cuidado de cada paciente); foram capacitadas as equipes de enfermagem e administrativa quanto às estratégias para respostas às consultorias eletrônicas e autorizações para agendamentos cirúrgicos; as listas passaram a ser revisadas semanalmente, mensalmente e por demanda; adotou-se a busca ativa de pacientes antigos, para que não fossem “esquecidos”. Também foram criados informativos para que as equipes pudessem “se enxergar”, por meio de dados integrados do Ambulatório, Internação, Cirurgias e Listas de Espera.

3. RESULTADOS ALCANÇADOS ATÉ O MOMENTO

A efetividade das ações de gestão de listas de espera é analisada por indicadores de quantidade de pacientes na lista e de tempos de espera, os quais são apresentados de forma evolutiva e comparativa, utilizando-se medidas de tendência central e percentuais.

O HNSC atualmente trabalha com os seguintes indicadores: a) quantidade de pacientes em lista de espera; b) quantidade e percentual de pacientes por intervalos de tempo de permanência na lista (até 3 meses, de 3 a 6 meses, de 6 meses a 1ano, de um a 2 anos, mais de dois anos); c) quantidade e percentual de pacientes por ano de emissão da Autorização para Internação Hospitalar (AIH); d) média e mediana de dias de permanência na lista, considerando o período entre a data de ingresso na lista e a data do monitoramento de dados. Além destes, os dados são comparados com a produção cirúrgica eletiva, e sempre se demonstra desde quando o paciente mais antigo está na lista.

Ressalta-se que os indicadores referem-se à lista como um todo, a cada especialidade e aos procedimentos mais demandados de cada especialidade. A seguir, demonstram-se os resultados da intervenção sobre a lista completa. Os dados têm como base os meses de abril/2020 (pandemia por Covid-19 e início das restrições de atendimentos eletivos não urgentes e não oncológicos no

HNSC), abril/2021 (quando a lista atingiu seu ápice, quando os serviços eletivos foram retomados e quando iniciou-se a intervenção atualmente em curso) e março/2023 (dados atuais).

Quadro 1: evolução da lista de espera, abril/2019, abril/2020 e março/2021

Fonte: Sistema de informações institucional

		Abril de 2020	Abril de 2021	Março de 2023
Evento justificador para a escolha da data		Pandemia e restrição dos atendimentos eletivos	Retomada dos atendimentos eletivos e nova intervenção	Dados atuais (27/03/2023)
Nº de pacientes em lista de espera		2.005	2.130	1.441
Nº de pacientes conforme o ano de emissão da AIH	Anos anteriores	1.198 (59,8%)	1712 (80,4%)	747 (51,8%)
	Ano vigente	807 (40,2%)	418 (19,6%)	694 (48,2%)
Paciente mais antigo	Ingresso na lista	dez/13	dez/13	fev/19
	Tempo na lista	6 anos e 4 meses	7 anos e 4 meses	4 anos e 1 mês
Pacientes aguardando por intervalos de tempo	Por até 6 meses	1.187 pacientes (59,2%)	687 pacientes (32,2%)	957 pacientes (66,4%)
	Mais de 6 meses	818 pacientes (40,8%)	1.443 pacientes (67,8%)	484 pacientes (33,6%)
Tempos médios de espera	Média	não monitorado	431 dias	216 dias
	Mediana	não monitorado	421 dias	94 dias

Ao observar estes indicadores, comparando-se os dados de abril/2021 em relação ao ano anterior, é possível compreender que o primeiro ano da pandemia trouxe reflexos negativos para a espera eletiva. Houve um acúmulo de 125 pessoas em lista de espera, ainda que discreto percentualmente (cerca de 6%), e mesmo com o Ambulatório de Especialidades com acesso restrito. Em termos de tempo, o ideal é que a espera seja a menor possível. Contudo, comparando-se os dados de 2020 e 2021 percebe-se que houve acúmulo de pessoas com AIHs emitidas em anos anteriores e também aumento absoluto e relativo de pacientes aguardando por mais de 6 meses (de 40,8% para 67,8%).

Por outro lado, ao comparar-se os dados de março/2023 com abril/2021, percebe-se em praticamente dois anos da nova intervenção, não apenas houve redução de pacientes em lista (689 pacientes, equivalente a cerca de 32,4%), mas também uma nova mudança no perfil de tempos de espera. Atualmente, 66,4% dos pacientes está na lista por até seis meses, em comparação com 32,2% de abril/2021, os tempos médios de espera também reduziram (média de 431 para 216 dias; mediana de 421 para 94 dias) e o paciente mais antigo, embora ainda com longa espera, está há bem menos tempo do que os anteriores (ressalte-se que isto não é motivo para orgulho, e que há muita margem para busca de resultados melhores). Em relação a 2020, os resultados de 2023 também mostram-se melhores, e isso se deve ao processo cada vez mais alinhado.

4. APRENDIZADOS E RECOMENDAÇÕES

O processo de gestão de listas de espera pode ser comparado ao que popularmente se chama de “trabalho de formiguinha” e, portanto, sequer estar sempre sob o foco, sob observação e sob intervenção. No HNSC, o processo foi iniciado formalmente em 2016, como um piloto em duas especialidades, e ao se atingir bons resultados, pensou-se em replicar para as demais especialidades, de forma progressiva. Contudo, com os efeitos da pandemia, ao retomar-se o processo, foi preciso agir de forma mais intensiva, de forma a alcançar todas as especialidades e a ter resultados sustentados com o passar do tempo.

Diante do que vem sendo vivenciado, seguem nossos aprendizados e recomendações:

O volume de pessoas em espera, por si só, não configura um problema, se a relação entre demanda por atendimento e a capacidade de oferta dos serviços for equilibrada. O grande problema está nos tempos de espera: quanto maior o tempo de espera, mais aumentam as possibilidades de piora de quadro clínico e, por consequência, de tempos de internação e de riscos de eventos adversos, inclusive óbitos. Assim, o foco principal sempre deve ser em resolver a necessidade de saúde do paciente, com a maior brevidade possível. Ou seja, todos os esforços devem ser concentrados em agilizar o processo;

É preciso ter um “dono ou gestor do processo”, mas não uma só pessoa, e sim uma equipe multidisciplinar, preferencialmente o NIR, visto que possui forte relação com as demais áreas. A equipe deve atuar intensivamente em aspectos assistenciais, administrativos e de monitoramento. Deve observar caso a caso, tendo foco nos pacientes “mais antigos” da lista, para evitar que sejam perdidos no processo e deve ter bom relacionamento entre o gestor do processo e as equipes de especialidades e equipes de apoio, de forma a estabelecer-se parcerias resolutivas;

A alta gestão organizacional, bem como áreas estratégicas (Auditoria Interna, Ouvidoria, Comunicação Institucional, Jurídico, Governança, Tecnologia da Informação,...) devem garantir suporte e autonomia ao gestor do processo;

É preciso sensibilizar e capacitar todos os profissionais que trabalharão, direta ou indiretamente, no processo. É preciso envolver os pacientes e seus familiares no processo de cuidado à saúde. Há muitas situações de dificuldade de contato; de absenteísmo às consultas e procedimentos; de procedimentos realizados externamente sem terem sido comunicados. Estes são os maiores desafios da gestão das listas;

É preciso estudar continuamente, buscando boas práticas e recomendações da literatura;

Evidenciou-se que o processo é replicável, respeitadas as necessárias adequações conforme as características de cada hospital;

Por fim, este é um trabalho que nunca acaba, assim como sua importância nunca se encerra.

REFERÊNCIAS

AMA Research and Reform Unit. **Public Hospitals: cycle of crisis**. Brisbane, 2021. Disponível em: <https://www.ama.com.au/sites/default/files/2022-03/Public%20hospitals%20-%20cycle%20of%20crisis.pdf>

BRASIL. Portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html

BRASIL. Portaria nº 1.559, de 1º de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do SUS. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559_01_08_2008.html

KRUEL, A.J.; RIBEIRO, R.N.; ANSCHAU, F. Aplicação do *Lean Healthcare* em hospitais públicos: o caso do Centro Cirúrgico de um hospital no Sul do Brasil. VI Encontro Brasileiro de Administração Pública. Salvador, 2019. **Anais...** Disponível em: <https://ebap.online/ebap/index.php/ebap/viepap/paper/viewFile/574/171>

LISBÔA, R.L. et al. O desafio do gerenciamento das listas de espera eletivas: os casos da Urologia e a Cirurgia Cardíaca. In.: JOTZ, G.P. et al (orgs.). **Inovação e tecnologia no enfrentamento da superlotação hospitalar**: a experiência do Hospital Nossa Senhora da Conceição. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2018, p.136-150. Disponível em: <https://ensinoepesquisa.ghc.com.br/demaispublicacoes/inovacao2018.pdf>

LISBÔA, 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. VII Encontro Brasileiro de Administração Pública. Brasília, 2020. **Anais...** Disponível em: <https://ebap.online/ebap/index.php/VII/viiepap/paper/viewFile/868/329>

SANTOS FILHO, A. dos; et al. COVID-19: demanda reprimida de cirurgias eletivas. 26 de outubro de 2021. Secretaria Estadual de Saúde de Goiás. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/11/1344060/covid-19-demanda-reprimida-de-cirurgias-eletivas.pdf>

SICILIANI, L.; HURST, J. Tackling excessive waiting times for elective surgery: a comparative analysis of policies in 12 OECD countries. **Health Policy**, v.72, n.2, mai2005, pp.201-2015. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851004001617?via%3Dihub>

WISEMAN, S.M.; et al. Surgical wait list management in Canada during a pandemic: many challenges ahead. **Can J Surg/J can chir**, 2020, 63(3). Disponível em: <http://canjsurg.ca/wp-content/uploads/2020/05/63-3-E226.pdf>