

TEMPO DE ESPERA PARA REALIZAÇÃO DE CIRURGIAS

Airton dos Santos Filho (MD)

Luciana Vieira (Ft, PhD)

25 de março de 2022

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). Não há consenso internacional sobre o que representa um tempo de espera excessivo, entretanto a maioria dos países define o período entre 03 (três) e 06 (seis) meses como prazo máximo para a realização de cirurgias consideradas eletivas (Luigi & Hurst, 2005; Oudhoff et al., 2007).

Este prazo pode ser subdividido em 02 (dois) intervalos de tempo. O primeiro se refere ao período em que o paciente é encaminhado pelo médico generalista e aguarda a avaliação do especialista, que geralmente realiza a indicação cirúrgica; e o segundo, compreende a duração da espera pela realização do procedimento em si. Esta última, ou seja, a espera de fato pela realização da cirurgia após a indicação da mesma, geralmente em uma lista, é o que a maioria dos países consideram para fins de avaliação de efetividade (Hadorn et al., 2000).

Os fatores determinantes das listas e tempos de espera envolvem aqueles associados à oferta assistencial, como capacidade instalada (leitos hospitalares, centros cirúrgicos), tecnologia disponível, recursos humanos e orçamentários, formas de pagamento (*fee for service*, *DRG – Diagnosis Related Groups*) e aspectos relacionados à demanda, como fila com entrada única e qualificação / estratégias de priorização. A interação complexa dessas variáveis modulam o fluxo de entrada (“*inflow*”) e saída (“*outflow*”) das listas de espera. O desafio dos gestores torna-se equalizar este processo em um nível ótimo, de forma que os ganhos em saúde e satisfação dos usuários do sistema sejam maximizados diante de um cenário de recursos limitados (Luigi & Hurst, 2005).

A priorização de determinadas cirurgias guiada pela hierarquia de necessidades do paciente é uma das estratégias de qualificação da demanda que buscam reduzir o tempo de espera e garantir a equidade do acesso aos procedimentos (Ballini et al., 2016). As intervenções cirúrgicas geralmente são classificadas em: emergentes, urgentes e não-urgentes. De maneira geral, as cirurgias de emergência devem ser realizadas imediatamente (ou no

máximo dentro de 24 horas), pois implicam em risco de morte iminente caso a intervenção não seja realizada (por exemplo, ruptura de aneurisma de artéria aorta abdominal). Já **para os procedimentos eletivos, não há consenso quanto aos critérios de definição e tempo ótimo para sua realização** (Luigi & Hurst, 2005). A tabela 1 ilustra, por exemplo, os critérios adotados para esta classificação na Austrália:

Categoria 1: Cirurgias urgentes
<ul style="list-style-type: none">• Potencial de deterioração rápida, podendo se tornar uma emergência
<ul style="list-style-type: none">• Tempo de tratamento desejável: admissão no prazo de 30 dias
Categoria 2: Cirurgias semi-urgentes
<ul style="list-style-type: none">• Causa alguma dor, disfunção ou incapacidade• Improvável que se deteriore rapidamente• Improvável que se torne uma emergência
<ul style="list-style-type: none">• Tempo de tratamento desejável: admissão no prazo de 90 dias
Categoria 3: Cirurgias não-urgentes
<ul style="list-style-type: none">• Causa o mínimo ou nenhuma dor, disfunção ou incapacidade• Improvável que se deteriore rapidamente• Improvável que se torne uma emergência
<ul style="list-style-type: none">• Tempo de tratamento desejável: admissão em algum momento no futuro

Tabela 1: Categorias de cirurgias eletivas – Austrália (Curtis et al., 2010).

Revisão sistemática realizada por Rathnayake and Clarke (2021) observou que, com base nas evidências atualmente disponíveis, o gerenciamento dinâmico de filas de espera por cirurgia, sobretudo com a utilização de protocolos e padronização de critérios de prioridade pode reduzir o tempo de espera, dentre outras formas pela diminuição do acúmulo de casos clínicos não-cirúrgicos e redirecionamento dos mesmos (Rathnayake & Clarke, 2021). Apesar da escassez de protocolos (*guidelines*) de priorização e o baixo nível de evidências dos estudos que avaliaram a eficiência dos mesmos (Ballini et al., 2016), existem diretrizes – universais e por especialidade cirúrgica – entretanto, muitas vezes o reordenamento de pacientes que aguardam por cirurgias é feito pelos próprios cirurgiões, com base em critérios clínicos individuais (Rathnayake et al., 2021).

No Canadá, um sistema de gerenciamento de listas de espera foi desenvolvido para 05 (cinco) áreas: cirurgia geral, ortopedia (substituição de próteses de joelho e quadril), oftalmologia (cirurgia de catarata), ressonância magnética e saúde mental infantojuvenil. Os critérios utilizados para definição de prioridades foram dor, complicações e prejuízo funcional (De Coster et al., 2007; Taylor et al., 2002).

O SPAG (*Surgery Prioritization and Allocation Guide*) – desenvolvido no *Wexham Park Hospital*, vinculado ao *NHS (National Health Service)* no Reino Unido, por um comitê formado por cirurgiões, anestesistas e enfermeiros – também leva em consideração, além das condições de segurança do procedimento e quadro clínico do paciente, aspectos biopsicossociais como grau de prejuízo da independência/autonomia funcional, sofrimento psíquico, dor e dependência de opioides. Com base nesses critérios, foram definidas 03 categorias: U (Urgência), P.2 (Prioridade 2), P.3 (Prioridade 3) e P.4 (Prioridade 4), sendo que as cirurgias do grupo U e P.2 devem ser realizadas dentro de 30 dias, P.3 em até 90 dias e P.4 podendo ultrapassar o prazo de 90 dias (Logishetty et al., 2021).

Na Itália, um sistema de gerenciamento de filas – *SWALIS (Surgical Waiting List Info System)* – foi desenvolvido em 2001, com critérios semelhantes ao modelo australiano (Valente et al., 2009)

URG	Avaliação clínica	MTBT
A1	Evidência de progressão rápida da doença / Atraso afeta o resultado	08 dias
A2	Potencial progressão rápida da doença / Atraso pode afetar o resultado	30 dias
B	Dor grave e/ou disfunção e/ou incapacidade, mas sem progressão rápida da doença que afeta o resultado por atraso	60 dias
C	Dor leve e/ou disfunção e/ou incapacidade, mas sem progressão rápida da doença que afeta o resultado por atraso	180 dias
D	Ausência de dor e/ou disfunção e/ou incapacidade, mas sem progressão rápida da doença que afeta o resultado por atraso	360 dias

Tabela 2: Categorias de priorização de cirurgias na Itália pelo Sistema *SWALIS – Surgical Waiting List Info System*; URG = *Urgency-Related Groups*; MTBT = *Maximum Time Before Treatment* (Valente et al., 2009).

O Chile também criou um sistema de apoio à tomada de decisão com objetivo de qualificar as listas de espera por cirurgias, com base em 12 (doze) critérios: gravidade e progressão da doença ou condição cirúrgica, urgência, julgamento clínico sobre o tempo máximo de espera (de acordo com critérios definidos pela equipe médica), presença de distúrbios do sono, probabilidade de melhora com a cirurgia, probabilidade de desenvolver comorbidades se a cirurgia não for realizada, área afetada, diagnóstico na admissão e durante a espera, outras doenças associadas, escala de dor e necessidade de leitos de UTI (Silva-Aravena et al., 2021).

Mock e colaboradores (2010) propuseram um modelo conceitual de categorização de procedimentos cirúrgicos em níveis de prioridade, definidos a partir de outros critérios além da hierarquia de necessidades do paciente, como impacto da condição cirúrgica na saúde pública, efetividade da intervenção para o tratamento da condição cirúrgica, custo efetividade e viabilidade da realização da cirurgia de forma ampla (Mock et al., 2010). Com base nesses pressupostos, foram formulados 03 (três) níveis de prioridade:

- **Prioridade 1:**

1. Grande impacto na saúde pública e;
2. Cirurgia de alto índice de sucesso no tratamento da condição e;
3. Procedimento cirúrgico (e os serviços/tratamentos auxiliares relacionados) apresenta elevada custo efetividade e viabilidade de execução ampla (baixa complexidade).

- **Prioridade 2:**

1. Médio impacto na saúde pública ou;
2. Cirurgia de moderado índice de sucesso no tratamento da condição ou;
3. Procedimento cirúrgico (e os serviços/tratamentos auxiliares relacionados) apresenta moderada custo efetividade e viabilidade de execução ampla (média complexidade).

- **Prioridade 3:**

1. Baixo impacto na saúde pública ou;
2. Cirurgia de baixo índice de sucesso no tratamento da condição ou;
3. Procedimento cirúrgico (e os serviços/tratamentos auxiliares relacionados) apresenta baixa custo efetividade e viabilidade de execução ampla (alta complexidade).

Os autores reforçam que este modelo conceitual de categorização deve ser visto com cautela e que a priorização de cirurgias não deve ser realizada de forma estritamente vertical. Os critérios foram definidos no intuito de promover o amplo acesso da população, maximizar a capacidade assistencial instalada e garantir que condições cirúrgicas prioritárias fossem abordadas. A tabela 3 exemplifica algumas delas:

Prioridade 1
<ul style="list-style-type: none">• Via aérea cirúrgica (obstrução)• Fixação externa de fraturas• Histerectomia por hemorragia pós-parto• Hérnia inguinal• Apendicectomia• Colecistectomia• Obstrução intestinal

Prioridade 2
<ul style="list-style-type: none">• Hematoma intracraniano• Úlcera gástrica perfurada• Cirurgias de tireoide• Câncer de mama• Câncer de intestino• Fenda palatina
Prioridade 3
<ul style="list-style-type: none">• Trauma vascular de grandes vasos• Neoplasia de pulmão• Câncer de pâncreas• Cirurgia cardíaca• Transplante

Tabela 3: Categorias de prioridade de condições e procedimentos cirúrgicos (Mock et al., 2010).

Embora não haja consenso sobre qual o sistema ou modelo ideal de priorização e qualificação de listas de espera por cirurgias, os autores são unânimes quanto à necessidade de se observar os princípios bioéticos fundamentais de não-maleficência, beneficência, justiça, autonomia e equidade, assim como a transparência das ações de gerenciamento das filas. Determinada cirurgia (por exemplo, cirurgia de catarata) pode ser considerada não-urgente ou eletiva, porém isso não quer dizer que ela seja opcional (como uma cirurgia plástica), pois caso ela seja postergada por tempo excessivo, pode causar deterioração da condição de saúde do paciente, violando o princípio da não-maleficência (Jain et al., 2021).

Nesse sentido, em alguns países o paciente tem a garantia legal de que a cirurgia será realizada dentro de um intervalo máximo de tempo, por exemplo, 18 (dezoito) semanas na Inglaterra – NHS (Siciliani et al., 2015). Já a Nova Zelândia, define apenas 03 (três) grupos de pacientes: cirurgia (agendada), certeza de tratamento e tratamento ativo/reavaliação. Apenas pacientes do primeiro e segundo grupo recebem tratamento cirúrgico no prazo máximo de 06 (seis) meses. Aqueles que pertencem ao terceiro grupo, não entram na fila de espera e são reencaminhados para o médico generalista que controla seu estado de saúde, podendo mudar de grupo em caso de deterioração da condição de saúde (Siciliani et al., 2015; Srikumar et al., 2020).

REFERÊNCIAS

Ballini, L., Negro, A., Maltoni, S., & Vignatelli, L. (2016). Interventions to reduce waiting times for elective procedures: a Cochrane review summary. *International Journal of Nursing Studies*, *61*, 260–261. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.06.009>. Acesso em: 22/03/2022.

Barua, B., Rovere, M. C., & Skinner, B. J. (2012). 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: 22/03/2022.

Curtis, A. J., Russell, C. O. H., Stoelwinder, J. U., & McNeil, J. J. (2010). Waiting lists and elective surgery: Ordering the queue. *Medical Journal of Australia*, *192*(4), 217–220. Disponível: <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2010.tb03482.x>. Acesso em: 22/03/2022.

De Coster, C., McMillan, S., Brant, R., McGurran, J., Noseworthy, T., Cave, A., Dawyduk, B., Findlay, T., Hall, W., Hilderman, T., Hurlburt, M., Mazowita, G., Miller, A., & Vaughan, G. (2007). The Western Canada Waiting List Project: Development of a priority referral score for hip and knee arthroplasty. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, *13*(2), 192–197. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2006.00671.x>. Acesso em: 22/03/2022.

Hadorn, D. C., Noseworthy, T., Barer, M. L., Black, C., Donnelly, L., Levy, I., Lewis, S., McGurran, J., Taylor, M. C., Thomson, D., & Young, B. (2000). Setting priorities for waiting lists: Defining our terms. *Cmaj*, *163*(7), 857–860. Disponível em: <https://www.cmaj.ca/content/163/7/857>. Acesso em: 22/03/2022.

Jain, A., Dai, T., Myers, C. G., Jain, P. & Aggarwal, S. (2021). Prioritising surgical cases deferred by the COVID-19 pandemic: an ethics- inspired algorithmic framework for health leaders. *BMJ Leader* *5*(2), 124-126. Disponível: <https://bmjleader.bmj.com/content/5/2/124>. Acesso em: 22/03/2022.

Logishetty, K., Edwards, T. C., Subbiah Ponniah, H., Ahmed, M., Liddle, A. D., Cobb, J., & Clark, C. (2021). How to prioritize patients and redesign care to safely resume planned surgery during the COVID-19 pandemic. *Bone & Joint Open*, *2*(2), 134–140. Disponível em: <https://doi.org/10.1302/2633-1462.22.bjo-2020-0200.r1>. Acesso em: 22/03/2022.

Luigi, S., & Hurst, J. (2005). Explaining Waiting-time Variations for Elective Surgery Across OECD Countries. *OECD Economic Studies*, *2004*(1), 95–123. Disponível em: https://doi.org/10.1787/eco_studies-v2004-art5-en. Acesso em: 22/03/2022.

Mock, C., Cherian, M., Juillard, C., Donkor, P., Bickler, S., Jamison, D., & McQueen, K. (2010). Developing priorities for addressing surgical conditions globally: Furthering the link between surgery and public health policy. *World Journal of Surgery*, *34*(3), 381–385. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00268-009-0263-4>. Acesso em: 22/03/2022.

Oudhoff, J. P., Timmermans, D. R. M., Rietberg, M., Knol, D. L., & Van Der Wal, G. (2007). The acceptability of waiting times for elective general surgery and the appropriateness of prioritising patients. *BMC Health Services Research*, 7, 1–12. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/1472-6963-7-32>. Acesso em: 22/03/2022.

Rathnayake, D., & Clarke, M. (2021). The effectiveness of different patient referral systems to shorten waiting times for elective surgeries: systematic review. *BMC Health Services Research*, 21(1), 155. Disponível: <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06140-w>. Acesso em: 22/03/2022.

Rathnayake, D., Clarke, M., & Jayasinghe, V. (2021). Patient prioritisation methods to shorten waiting times for elective surgery: A systematic review of how to improve access to surgery. *PLoS ONE*, 16(8 August), 1–19. Disponível: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0256578>. Acesso em: 22/03/2022.

Rodrigues, I. B. P., 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: 22/03/2022.

Siciliani, L., Moran, V., & Borowitz, M. (2015). What Works? Waiting Time Policies in the Health Sector. *Eurohealth OBSERVER Eurohealth Incorporating Euro Observer*, 21(4), 14–17. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/332975>. Acesso em: 22/03/2022.

Silva-Aravena, F., Álvarez-Miranda, E., Astudillo, C. A., González-Martínez, L., & Ledezma, J. G. (2021). Patients' prioritization on surgical waiting lists: A decision support system. *Mathematics*, 9(10). Disponível em: <https://doi.org/10.3390/math9101097>. Acesso em: 22/03/2022.

Srikumar, G., Eglinton, T., & MacCormick, A. D. (2020). Development of the General surgery prioritisation tool implemented in New Zealand in 2018. *Health Policy*, 124(10), 1043–1049. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2020.07.018>. Acesso em: 22/03/2022.

Taylor, M. C., Hadorn, D. C., Noseworthy, T., Barer, M. L., Black, C., Donnelly, L., Levy, I., Lewis, S., McGurran, J., Sheps, S., Thompson, L., Thomson, D., & Young, B. (2002). Developing priority criteria for general surgery: Results from the Western Canada Waiting List Project. *Canadian Journal of Surgery*, 45(5), 351–357. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3684637/>. Acesso em: 22/03/2022.

Valente, R., Testi, A., Tanfani, E., Fato, M., Porro, I., Santo, M., Santori, G., Torre, G., & Ansaldo, G. (2009). A model to prioritize access to elective surgery on the basis of clinical urgency and waiting time. *BMC Health Services Research*, 9, 1–15. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/1472-6963-9-1>. Acesso em: 22/03/2022.