



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
INSTITUTO DE ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA

LARA VITÓRIA LARA DA SILVA D'ALMEIDA

FILAS PARA CIRURGIAS ELETIVAS NO SUS:
uma breve reflexão sobre os seus desafios

Rio de Janeiro

2023

LARA VITÓRIA LARA DA SILVA D'ALMEIDA

FILAS PARA CIRURGIAS ELETIVAS NO SUS:

uma breve reflexão sobre os seus desafios

Monografia apresentada ao Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Paulo Eduardo Xavier de Mendonça

Coorientadora: Ma. Mônica Testa Morangueira

Rio de Janeiro

2023

FOLHA DE APROVAÇÃO

LARA VITÓRIA LARA DA SILVA D'ALMEIDA

FILAS PARA CIRURGIAS ELETIVAS NO SUS:

uma breve reflexão sobre os seus desafios

Monografia apresentada ao Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Saúde Coletiva.

Aprovada em: 17 de novembro de 2023.

Prof. Dr. Paulo Eduardo Xavier de Mendonça (Orientador)

IESC/UFRJ

Prof^ª. Dra. Maria de Lourdes Tavares Cavalcanti

IESC/UFRJ

Prof^ª. Dra. Ligia Bahia

IESC/UFRJ

Dedico este trabalho a quem luta e constrói
diariamente um SUS universal, integral e
equitativo.

AGRADECIMENTOS

A minha formação foi feita (e está sendo) há várias mãos, trocas, espaços, instituições e afetos. Nessa trajetória formativa, fiz amizades e pude trabalhar com pessoas que admiro. À todos que contribuíram e fazem parte desse caminho, agradeço.

Agradeço à Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/FIOCRUZ), instituição que me apresentou o SUS, provocando-me encantamento. À todas professoras e professores da EPSJV, em especial, aos professores do Labgestão - Simone Ferreira, Antônio Marinho, Gilberto Estrela, Raquel Moratori e Leticia Batista. Agradeço também a Adelyne Mendes, minha primeira orientadora de iniciação científica, com quem aprendi os primeiros passos da pesquisa científica.

Agradeço ao Instituto de Estudos de Saúde Coletiva (IESC/UFRJ) pela formação e aos professores que contribuíram com essa trajetória. Agradeço à Leyla Gomes, Lourdinha, Ligia Bahia e Paulo Mendonça. Foi uma experiência enriquecedora ser monitora e aprender docência com todos vocês. Agradeço também a Maria de Fátima Siliansky, coordenadora do projeto de pesquisa no qual eu fui bolsista CNPQ no ano de 2019 e 2020.

Agradeço ao Observatório de Política e Gestão Hospitalar (OPGH/FIOCRUZ), espaço que construo e me constrói há 4 anos. Simone Ferreira, Chico Braga, Juliana Machado, Ernani Bandarra, Ceres Albuquerque, Jacques Levy: é uma honra trabalhar e aprender com vocês! Agradeço especialmente a Simone, que não apenas me inspirou a estudar no IESC, mas também me desafia com valiosas sugestões e provocações, que despertaram o meu interesse pelo presente tema de pesquisa.

Agradeço aos espaços formativos que já transitei e a todos os tutores que me acompanharam. Agradeço pela oportunidade de ter estagiado no Hospital Municipal Evandro Freire (HMEF), sob tutoria da Mônica Morangueira. Esse hospital é um exemplo notável para o SUS. Agradeço à Mônica, ao Tiago Velloso e à Kátia pela oportunidade de aprender com vocês! Os aprendizados do Tiago ressoam em mim. Transparência gera confiança e a confiança, por sua vez, gera engajamento.

Agradeço ao meu professor e orientador Paulo Mendonça, pelas aulas de gestão com metodologia participativa, sempre compartilhando a sua vivência. Agradeço à Mônica Morangueira por ter aceitado essa aventura e me conceder a honra de ser a sua primeira orientanda, de muitas que virão. O comprometimento e a seriedade que a Mônica apresenta em seu trabalho me inspiram. Ela é a referência da sanitarista que eu quero me tornar.

Agradeço à minha avó, Fátima Lara, pelos colos e rezas. Coragem é a voz da minha vó dizendo que eu consigo. Agradeço à minha mãe, Erica Lara e a minha irmã, Bárbara Lara.

Agradeço à Mariana Mello, que me incentiva e me inspira com a sua disposição e determinação nos estudos. À ela, também sou grata pelo cuidado e parceria.

Por fim, agradeço a todos os professores que contribuíram e fizeram parte da minha jornada.

Quando se confundem cidadão e consumidor, a educação, a moradia, a saúde, o lazer aparecem como conquistas pessoais e não como direitos sociais. Até mesmo a política passa a ser uma função do consumo. Essa segunda natureza vai tomando lugar sempre maior em cada indivíduo, o lugar do cidadão vai ficando menor, e até mesmo a vontade de se tornar cidadão por inteiro se reduz.

Milton Santos

RESUMO

D'ALMEIDA, Lara Vitória Lara da Silva. **Filas para cirurgias eletivas no SUS**: uma breve reflexão sobre os seus desafios. Monografia (Graduação em Saúde Coletiva) – Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2023.

A fila para atendimentos e procedimentos médicos se estende no Brasil e no mundo. A demanda por procedimentos eletivos, aliada a fatores como restrições financeiras e infraestruturais, cria um cenário propício ao surgimento de filas de espera prolongadas, que impactam a qualidade e o acesso aos serviços de saúde. Este trabalho tem como objetivo analisar a problemática das filas para cirurgias eletivas, com foco na identificação de desafios, como escassez de recursos, a alta demanda, a distribuição da oferta dos serviços de saúde, a falta de transparência e qualificação da demanda. O estudo destaca a importância da coordenação nacional na elaboração de critérios de priorização bem definidos, baseados nas condições sociais e de saúde dos indivíduos, e sujeitos a reavaliação à medida que os pacientes aguardam na fila. Este trabalho reconhece a complexidade do problema das filas para cirurgias eletivas no SUS e, embora não esgote o tema, visa lançar luz sobre essa questão crítica, oferecendo perspectivas e diretrizes para uma gestão eficaz e equitativa das filas de espera em cirurgia eletiva.

Palavras-chave: gestão em saúde; fila de atendimento em saúde; Sistema Único de Saúde.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Tabela 1 - Diferenças entre valor real e valor SUS	24
Figura 1 - Força de trabalho cirúrgica (FTC) no Brasil, segundo unidades da Federação, em 2022 Brasil, 2023	36

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AE	Atenção Especializada
APS	Atenção Primária à Saúde
CIB	Comissões Intergestores Bipartite
COAP	Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FAEC	Fundo de Ações Estratégicas e Compensação
FTC	Força de Trabalho Cirúrgica
IA	Inteligência Artificial
IPCA	Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo
MAC	Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar
MS	Ministério da Saúde
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PIB	Produto Interno Bruto
PNHOSP	Política Nacional de Atenção Hospitalar
PNR	Política Nacional de Regulação
PPI	Programação Pactuada e Integrada
PROADESS	Projeto Avaliação do Desempenho do Sistema Saúde
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SIGTAP	Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos do SUS
SUS	Sistema único de Saúde
WCWL	Western Canada Waiting List Investigators

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 DESENHO DO ESTUDO	13
2.1 OBJETIVOS	13
2.2 METODOLOGIA	13
2.3 JUSTIFICATIVA	14
3 REFERENCIAL TEÓRICO	15
3.1 FILA PARA CIRURGIAS ELETIVAS	17
3.2 FINANCIAMENTO EM SAÚDE.....	24
3.3 GESTÃO DA FILA.....	26
3.4 MUTIRÕES DE CIRURGIAS ELETIVAS COMO ESTRATÉGIA PARA AMPLIAÇÃO DO ACESSO	29
3.5 GESTÃO DE LEITOS	33
3.6 RECURSOS HUMANOS: UMA DIMENSÃO DO PROBLEMA	35
3.7 CIRURGIA AMBULATORIAL.....	37
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	40
REFERÊNCIAS	42

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) é reconhecido como um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, oferecendo atendimento gratuito e universal. No entanto, a demanda por serviços de saúde muitas vezes excede a capacidade de atendimento, resultando em longas filas de espera. Tempos longos de espera podem causar agravamentos de saúde, facilmente evitados com intervenções precoces.

As filas de espera surgem quando a procura por determinado serviço supera a oferta. A origem dessa situação pode estar relacionada com a baixa capacidade instalada ou uso ineficiente da capacidade existente (Kreindler, 2010). A fila, observada também em outros países que possuem sistemas de saúde pública, é um elemento crítico por ser um indicador do ajuste ou desajuste entre oferta de serviços para a população frente às suas demandas.

Entre 2020 e 2021, com o foco direcionado aos efeitos da pandemia, muitas doenças foram diagnosticadas tardiamente. As cirurgias eletivas foram canceladas e os leitos direcionados ao tratamento da Covid-19. Com o fim da pandemia, podemos estar diante de várias demandas reprimidas.

Em 2023 foi lançado o Programa Nacional de Redução de Filas com o objetivo de organizar e ampliar o acesso a cirurgias, exames e consultas na Atenção Especializada à Saúde, em especial àqueles com demanda reprimida identificada (Brasil, 2023a). O Programa prevê a vigência de um ano, podendo ser prorrogado por igual período (Brasil, 2023a).

O primeiro Programa de Redução de Filas para Cirurgias Eletivas foi implementado em 1999, intitulado de Campanha Nacional de Mutirões de Cirurgias Eletivas (Brasil, 1999a). A Campanha se limitava às cirurgias de catarata, hérnias inguinais, varizes de membros inferiores e cirurgias para próstata. No Brasil, constata-se iniciativas visando a realização de "mutirões de cirurgias", com o objetivo de aumentar a disponibilidade de procedimentos cirúrgicos. No entanto, esses programas carecem de uma abordagem sistêmica para lidar com a demanda por cirurgias. Além disso, não estão necessariamente acompanhados por um aumento sustentável no financiamento da saúde, tampouco incluem ações para qualificar adequadamente a demanda.

O acesso a procedimentos cirúrgicos eletivos no SUS está sujeito a limitações e desafios, como a escassez de recursos, a alta demanda, a distribuição da oferta dos serviços de saúde, a falta de transparência e qualificação da demanda. É imperativo buscar estratégias para aprimorar a gestão da fila de espera, reduzir o tempo de espera e assegurar um acesso mais ágil e equitativo às cirurgias eletivas. Essas estratégias são essenciais para garantir o direito à

saúde.

A Gestão da Fila representa um dispositivo necessário para a garantia do acesso de forma equânime, garantindo que a espera seja proporcional à capacidade de esperar do indivíduo, considerando critérios éticos, sociais e biológicos. No Brasil, a definição dos critérios para a ordenação da fila de cirurgias eletivas pode variar de acordo com cada estado ou município, que têm autonomia para elaborar suas próprias normas e regulamentos com base nas diretrizes gerais do Ministério da Saúde (Brasil, 2008). Todavia, se faz relevante refletir acerca da falta de coordenação nacional no que tange à Gestão de Fila para Procedimentos Eletivos no SUS.

A falta de transparência nas filas para cirurgias eletivas no SUS representa um desafio significativo para a gestão. Não há alicerce jurídico nacional que determine a divulgação das filas de espera para procedimentos eletivos (Aguiar; Lira, 2018). A ausência de informações acessíveis ao público em relação à posição na fila, estimativas de tempo de espera e critérios de priorização, não apenas representa uma barreira significativa para os usuários do sistema e seus gestores, mas também restringe consideravelmente o escopo de pesquisas e análises voltadas a esse tema crítico na saúde pública.

Neste contexto, o presente trabalho tem como objetivo explorar os desafios enfrentados na gestão das filas para cirurgias eletivas no SUS e analisar as possíveis medidas visando a ampliação do acesso e redução dos tempos de espera. Compreender a complexidade desse problema é essencial para a formulação de estratégias efetivas e direcionadas, capazes de melhorar a eficiência do sistema e promover uma distribuição mais justa dos recursos disponíveis.

Ao longo deste estudo, serão abordados diversos aspectos relacionados à fila para cirurgias eletivas no SUS, incluindo a identificação das principais causas do problema, a análise dos fatores que contribuem para o surgimento das filas, como o financiamento, a gestão de leitos e a escassez de profissionais de saúde.

Espera-se que este trabalho contribua para o debate acerca da gestão das filas no SUS.

2 DESENHO DO ESTUDO

2.1 OBJETIVOS

O objetivo geral deste trabalho de conclusão de curso é investigar e analisar a problemática das filas para cirurgias eletivas, com foco na identificação de desafios.

Os objetivos específicos são:

- 1) Revisar a literatura científica sobre os conceitos das filas em sistemas públicos de saúde, buscando compreender as principais abordagens e modelos adotados em diferentes países;
- 2) Analisar a situação atual da gestão de filas para cirurgias eletivas no sistema público de saúde, identificando os principais desafios enfrentados;
- 3) Propor recomendações e soluções viáveis que possam contribuir para a melhoria do processo de gestão de filas para cirurgias eletivas no sistema público de saúde.

2.2 METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão de literatura e análise documental, com abordagem qualitativa, com ênfase na legislação que concerne à temática. Para a coleta de literatura, foram utilizadas duas bases de dados: o Scielo, disponível em <https://www.scielo.org/> e o Google Acadêmico, disponível em <https://scholar.google.com.br/>.

O Google Acadêmico compõe a literatura cinzenta, que é uma expressão usada para designar documentos não convencionais e semi publicados, produzidos nos âmbitos governamental, acadêmico, comercial e da indústria (Gomes; Mendonça; Souza, 2000). De acordo com Gomes, Mendonça e Souza (2000), essa literatura dispõe do benefício de obter de modo eficiente acesso a informações inéditas.

No Scielo, as palavras-chave para a busca foram: "Regulação em Saúde", "Cirurgia Eletiva" e "Gestão de Fila", organizadas nas seguintes chaves de busca e seus respectivos operadores booleanos: Regulação em Saúde AND Cirurgia Eletiva OR Gestão de Fila. Os filtros selecionados foram: Ano de publicação (2008 a 2023). Considerando que a Política Nacional de Regulação foi publicada em 2008, optou-se por limitar a busca às publicações a partir deste ano. Na seleção dos documentos para leitura, foram considerados aqueles cujos títulos e/ou resumos demonstravam uma relação direta com o assunto de interesse. Foram excluídos os documentos que não apresentavam conexão temática, bem como documentos

duplicados. Essa abordagem garantiu a inclusão de publicações relevantes e a eliminação de redundância. Esse processo resultou na identificação de 414 artigos, que foram avaliados com base em seus resumos.

No Google Acadêmico, a pesquisa foi refinada com os seguintes termos: "Regulação," "Cirurgia Eletiva," "Regulação em Saúde," e "Gestão de Fila," utilizando o recorte de ano de 2008 a 2023. Foram encontradas 1.270 páginas, devido ao amplo alcance dessa base de dados. Cada página apresenta 10 estudos, entre artigos, dissertações e teses. Ao total, 12.700 conteúdos. A linha de corte adotada foram os 100 primeiros conteúdos devido à saturação de conteúdo.

A análise do material empírico buscou responder às seguintes questões: Como se dá a organização da fila para procedimentos eletivos no Brasil? Quais os aspectos que impactam no prolongamento das filas?

2.3 JUSTIFICATIVA

O acesso ao cuidado à saúde é um indicador de qualidade assistencial (Donabedian, 1990). Para o Observatório Europeu de Saúde, o acesso a serviços de saúde constitui pré-condição de cidadania, sendo consensual que sua distribuição obedeça às necessidades de saúde (Viacava *et al.*, 2012). No entanto, as filas de espera para cirurgias eletivas representam um grande obstáculo ao acesso aos cuidados de saúde, impedindo que os usuários recebam atendimento oportuno.

As filas de espera surgem quando a demanda por um determinado serviço excede a oferta disponibilizada. Isso pode ser atribuído à capacidade instalada insuficiente ou ao uso ineficiente dos recursos existentes. Portanto, compreender a natureza das filas de espera e investigar estratégias para melhorar o acesso à cirurgia eletiva de acordo com as necessidades da população é de extrema importância.

Esta pesquisa tem como objetivo contribuir para a identificação de estratégias eficazes de gestão de filas que possam otimizar a utilização dos recursos de saúde disponíveis, reduzir os tempos de espera para cirurgias eletivas, priorizar casos mais urgentes e, fundamentalmente, promover a equidade no acesso aos serviços de saúde. É crucial salientar que, em um contexto de restrições orçamentárias e uma demanda crescente por procedimentos eletivos, aprimorar as políticas de saúde é de suma importância para atender de forma eficiente e equitativa às necessidades da população.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

O acesso à saúde é um direito de todos e dever do Estado, estabelecido pela Constituição Federal (Brasil, 1988). A Lei nº 8.080/1990, que estabelece as bases do Sistema Único de Saúde (SUS) define a universalidade, a integralidade e a equidade como princípios desse sistema. Para garantir o direito à saúde, o sistema se estrutura a partir das diretrizes da descentralização e regionalização.

A regionalização em saúde é o eixo estruturante que organiza a descentralização das ações e serviços de saúde e se materializa por meio do estabelecimento das Redes de Atenção à Saúde (RAS). As RAS, dispostas para abordar condições de saúde específicas por meio de um ciclo completo de cuidados (Porter; Teisberg, 2007), visam garantir a continuidade e a integralidade da assistência em saúde em todos os níveis, abrangendo a Atenção Primária, Secundária e Terciária. Como diretriz doutrinária do SUS, a regionalização tem como objetivo a promoção da equidade, da integralidade na atenção à saúde, da racionalização dos gastos e otimização dos recursos, com ganho de escala (Brasil, 2001).

A regionalização implica o estabelecimento de mecanismos de governança que orientam a atuação do Estado com foco nos interesses coletivos e na visão sistêmica do SUS em nível regional. Esta estratégia visa a superação das desigualdades no acesso à saúde e a redução da fragmentação dos serviços de saúde, alcançando esses objetivos através da organização coordenada do funcionamento do SUS, incluindo a definição clara das responsabilidades dos diferentes entes federados e a criação de fluxos de referência para garantir o acesso efetivo da população residente em cada área regional (Brasil, 2001).

A organização da oferta de serviços de saúde é dada de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente (Brasil, 1990). O acesso é conferido de acordo com a complexidade requerida pelo caso, e a regulação dos usuários ocorre conforme as diretrizes estabelecidas na Política Nacional de Regulação do SUS (PNR).

A PNR está organizada em três dimensões interligadas: Regulação de Sistemas de Saúde, Regulação da Atenção à Saúde e Regulação do Acesso à Assistência, também conhecida como regulação assistencial (Brasil, 2008). Essas dimensões visam democratizar o acesso à saúde e desempenham papéis regulatórios específicos.

No que tange à dimensão de Regulação de Sistemas de Saúde, essa regulação tem como objeto os sistemas de saúde municipais, estaduais e nacional, e o objetivo é definir, a partir dos princípios e diretrizes do SUS, macrodiretrizes para a Regulação da Atenção à Saúde e executar ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância desses sistemas.

A Regulação da Atenção à Saúde tem como objeto a adequada prestação de serviços à saúde, tendo como objetivo a garantia, conforme pactuação estabelecida no Termo de Compromisso de Gestão do Pacto pela Saúde/Indicadores COAP¹, a prestação de ações e serviços de saúde. A Regulação do Acesso à Assistência, por sua vez, tem como escopo o acesso aos serviços de saúde e visa organizar os fluxos assistenciais no âmbito do SUS (Brasil, 2008).

De acordo com a Portaria n° 1.559/2008, que institui a Política Nacional de Regulação do SUS,

[...] Art. 5° - A Regulação do Acesso à Assistência efetivada pela disponibilização da alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão por meio de atendimentos às urgências, consultas, leitos e outros que se fizerem necessários contempla as seguintes ações:

- I - Regulação médica da atenção pré-hospitalar e hospitalar às urgências;
- II - Controle dos leitos disponíveis e das agendas de consultas e procedimentos especializados;
- III - Padronização das solicitações de procedimentos por meio dos protocolos assistenciais [...] (Brasil, 2008).

A regulação do acesso à atenção hospitalar também é abarcada na Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) instituída em 2013. A Portaria MS n° 3.390/2013 estabelece as diretrizes para a organização do componente hospitalar da RAS. Nesta Portaria, no art°10, é estabelecido que “Art. 10 - O acesso à atenção hospitalar será realizado de forma regulada, a partir de demanda referenciada e/ou espontânea, assegurando a equidade e a transparência, com priorização por meio de critérios que avaliem riscos e vulnerabilidades” (Brasil, 2013).

A coordenação da elaboração de protocolos clínicos e de regulação, em conformidade com os protocolos nacionais fica à cargo dos Estados. Ainda sobre as atribuições do Estado, na Portaria n° 1.559/2008, o artigo 10, em seu inciso 2, determina:

[...] § 2° Cabe aos Estados:

- I - Cooperar tecnicamente com os Municípios e regiões para a qualificação das atividades de regulação, controle e avaliação.
- II - Compor e avaliar o desempenho das redes regionais de atenção à saúde;
- III - Realizar e manter atualizado o Cadastro de Estabelecimentos e Profissionais de Saúde;
- IV - Coordenar a elaboração de protocolos clínicos e de regulação, em conformidade com os protocolos nacionais;
- V - Operacionalizar o Complexo Regulador em âmbito estadual e/ou

¹ O COAP - Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde é um acordo de colaboração firmado entre os três entes federativos, no âmbito de uma Região de Saúde, com o objetivo de organizar e integrar as ações e os serviços de saúde e garantir a integralidade da atenção à saúde da população no território (Brasil, 2014).

regional;

VI - Operacionalizar a Central Estadual de Regulação da Alta Complexidade - CERAC;

VII - Estabelecer de forma pactuada e regulada as referências entre Estados; [...] (Brasil, 2008).

É de ressaltar que apesar da equidade constituir um princípio do SUS, desempenhando papel orientador da regulação do acesso à cuidados em saúde, a PNHOSP e a PNR se limitam ao não estabelecer critérios nacionais para a qualificação da demanda. A definição dos critérios para a ordenação da fila de cirurgias eletivas pode variar de acordo com cada estado ou município, que têm autonomia para elaborar suas próprias normas e regulamentos com base nas diretrizes gerais do MS. Todavia, se faz relevante refletir acerca da falta de coordenação nacional no que tange à Gestão de Fila para Procedimentos Eletivos no SUS.

3.1 FILA PARA CIRURGIAS ELETIVAS

As filas de espera para cirurgias eletivas surgem quando a demanda por procedimentos eletivos excede a oferta, ou quando a oferta se desorganiza, como verificado no caso de suspensão de cirurgias, ou absenteísmo, além das perdas primárias por dificuldades no agendamento e uso das oportunidades cirúrgicas. Além dos fatores fundamentais de demanda e utilização, uma série de elementos explicativos adicionais contribuem para a formação dessas filas. Entre eles, destacam-se as as tecnologias médicas disponíveis e as características sociodemográficas e epidemiológicas da população atendida (Cano *et al.*, 2003; Chen *et al.*, 2008; Sicillani; Verzulli, 2009).

Uma cirurgia eletiva é aquela que é planejada com antecedência, sem caráter de urgência ou emergência (DATASUS, 2011). Geralmente, é indicada para tratar condições de saúde crônicas, melhorar a qualidade de vida, prevenir complicações futuras ou aliviar sintomas debilitantes. Exemplos comuns de cirurgias eletivas incluem correção de catarata, cirurgias estéticas, remoção de tumores benignos, entre outras.

Em relação às cirurgias para tumores malignos ou sólidos, raramente as cirurgias são realizadas em caráter de urgência e emergência. Mesmo no contexto dessas condições graves, a abordagem mais comum é baseada no conceito de tempo oportuno. A Lei nº 12.733/2012 estabelece que os usuários com diagnóstico confirmado de câncer possuem o direito de iniciar o tratamento no período de até 60 dias (Brasil, 2012). Entretanto, várias pesquisas apontam que, em diversas regiões do país, o tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento supera, consideravelmente, o estipulado na Lei dos 60 Dias (Sobral *et al.*, 2021; Barros *et al.*, 2019;

Rodrigues; Alencar; Branco, 2020; Lombardo; Popim, 2020).

A organização eficiente das filas de espera é fundamental para gerenciar adequadamente as necessidades de saúde da população. Essa organização deve ser baseada em critérios técnicos e científicos, segmentando as filas por tipo de procedimento e classificando os pacientes de acordo com o risco clínico (Batista, 2022). As políticas e métodos de priorização são estratégias cruciais para gerenciar as filas de espera, com o objetivo de promover a equidade e a alocação justa dos recursos disponíveis, especialmente quando há limitações. Essas abordagens visam maximizar o bem-estar social, assegurando que aqueles que podem esperar mais, o façam, enquanto aqueles que têm necessidades mais urgentes e que se beneficiarão mais com o serviço tenham prioridade (Déry *et al.*, 2020; Hadorn, 2000).

Os prolongados períodos de espera para procedimentos eletivos representam um dos principais problemas de políticas de saúde em alguns dos países-membros da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE). Por essa razão, a OCDE concebeu um projeto de pesquisa, realizado entre 2001 e 2003, dedicado à investigação desse fenômeno. Este projeto abarcou a coleta de dados provenientes de países que registravam consideráveis atrasos na realização de procedimentos eletivos. Além disso, promoveu a análise comparativa das políticas adotadas por este grupo em contraposição às adotadas por nações que não relataram atrasos significativos em cirurgias não emergenciais. O objetivo central foi decifrar as causas subjacentes à variação nos tempos de espera (OCDE, 2018). O desdobramento desse projeto resultou na publicação de diversos estudos (Siciliani; Hurst, 2004; Hurst; Siciliani, 2005; Sicilliani *et al.*, 2009; Siciliani; Moran; Borowitz, 2014). É relevante destacar que o projeto da OCDE enfatiza os períodos de espera, em detrimento das filas de espera. O tamanho da fila é menos relevante do que o tempo de espera, conceito que informa o tempo necessário para o tratamento do usuário.

A análise multivariada indica que, entre os países que enfrentam períodos de espera, existe uma associação estatisticamente significativa e negativa com variáveis como o número de médicos, especialistas, leitos hospitalares, gastos totais e gastos públicos em saúde (Siciliani; Hurst, 2004).

O tempo de espera por cirurgias eletivas é influenciado por duas categorias de fatores: (i) aqueles relacionados à oferta de serviços, referentes à estrutura e aos processos, e (ii) os relacionados às características da demanda. Dentro dos fatores estruturais, incluem-se o número de leitos disponíveis, quantidade e qualidade das salas cirúrgicas, o suporte pós-operatório como Recuperação Pós-Anestésica e Unidades de Terapia Intensiva disponíveis para seguimento imediato a cirurgias de grande porte e complexidade, bem como o tipo de

hospital e a capacidade da rede pública. Já entre os fatores relacionados aos processos, destacam-se as cirurgias suspensas devido a diversos motivos, desde particulares do paciente até processos hospitalares internos (Carvalho; Gianini, 2008). Esses fatores interagem de maneira complexa e podem afetar significativamente o tempo de espera dos usuários por cirurgias eletivas. A espera prolongada pode acarretar uma série de riscos e danos para os usuários, podendo desencadear complicações adicionais e gerar custos de tratamento mais elevados.

Embora não haja um consenso sobre o que constitui uma espera excessiva, países membros da OCDE estabelecem de três a seis meses como o limite máximo aceitável para a espera por cirurgias. Essa espera é definida como o intervalo de tempo decorrido desde a inclusão do paciente na fila de espera, por indicação do médico especialista, até a efetiva realização do procedimento cirúrgico (Siciliani; Moran; Borowitz, 2014).

A falta de transparência nas filas para cirurgias eletivas no SUS representa um desafio significativo para a gestão. A ausência de informações acessíveis ao público em relação à posição na fila, estimativas de tempo de espera e critérios de priorização, não apenas representa uma barreira significativa para os usuários do sistema e seus gestores, mas também restringe consideravelmente o escopo de pesquisas e análises voltadas a esse tema crítico na saúde pública. Silva (2017) elenca que a falta de dados sobre a fila e o tempo médio de espera é um dos fatores contributivos para a má gestão dos recursos que financiam os procedimentos cirúrgicos eletivos. Ainda, de acordo com a autora, outro problema encontrado na gestão das filas é a forma de classificação das prioridades de cirurgias.

Trabalhos anteriores, como o de Solla e Chioro (2008), Tesser e Poli (2017) e Rocha (2014) destacaram o acesso à Atenção Especializada (AE) como um dos maiores problemas do SUS, decorrente tanto da insuficiente oferta de ações diagnósticas e terapêuticas, a depender da especialidade e da localização geográfica, quanto dos modos de financiamento, organização e funcionamento da AE e de outros elementos das RAS, como por exemplo a qualidade de encaminhamentos e solicitações (de exames, consultas, procedimentos). Considerando o desafio colocado frente à demanda elevada para a AE, se faz pertinente o debate sobre a organização da demanda, especialmente no que tange à AE.

A revisão sistemática realizada por Bittencourt *et al.* (2020), aponta que o tempo de espera por cirurgia eletiva varia segundo fatores como: oferta de serviços especializados, processo de trabalho das unidades de saúde, características da demanda, quantitativo de leitos disponíveis, grau de experiência da equipe cirúrgica, capacidade instalada de salas cirúrgicas, cancelamento de cirurgias eletivas devido a necessidade de leitos para cirurgias de

urgência/emergência, definição do perfil do hospital, tipo de remuneração dos profissionais de saúde, formação de redes assistenciais/linhas de cuidados para o atendimento da demanda, política de cobertura populacional, critérios de priorização de pacientes em relação às condições clínicas e sociais, e efetividade da gestão do sistema de serviços de saúde tanto no pré hospitalar, hospitalar e pós hospitalar.

De acordo com Kreindler (2010), as filas podem ser atribuídas à baixa capacidade instalada ou uso ineficiente da capacidade existente. A autora apresenta que os principais instrumentos de política de saúde para reduzir os tempos de espera na fila, são: aumento da oferta, qualificação da demanda e estratégias para suas execuções. Dentre as possibilidades de gestão das filas para cirurgias eletivas, a autora elenca: (i) a qualificação da demanda (modelo de entrada única, reestruturação do processo de trabalho, ferramentas para priorização da fila, e gerenciamento da fila conduzida pelo médico de família ou médico generalista, e (ii) o aumento da oferta (pagamento por produtividade, cirurgia-dia ou ambulatorial, ampliação dos serviços de cirurgia com a compra de serviços de terceiros, e ampliação de serviços cirúrgicos próprios/públicos).

Estudos apontam que para o aumento da oferta, são medidas frequentes: ampliação de leitos públicos, do quantitativo de especialistas e a compra de serviços ao setor privado (Hurst; Sicilliani, 2003). Além disso, estratégias para aumentar a produtividade incluem o aporte extra de recursos ao setor público; aumento de eficiência no gerenciamento das listas de espera; e o uso de sistemas de remuneração baseados no desempenho, com recompensas e penalizações vinculadas a metas de produção e redução de tempos (Jacobs *et al.*, 2003; Sciliani; Hurst, 2005; Kreindler, 2010).

Quando os profissionais de saúde são remunerados com base na produção de procedimentos e serviços médicos, tem-se a hipótese da relação com aumento da eficiência e produtividade (Silva, 2017). Estudos conduzidos no campo da cirurgia, como o realizado por Siu *et al.* (1988) nos Estados Unidos, corroboram as descobertas feitas no Brasil por Souza *et al.* (2014), indicando que a taxa de cirurgias eletivas é maior em hospitais onde os cirurgiões são remunerados com base em procedimentos específicos, em comparação com aqueles em que o pagamento é estabelecido como um salário fixo. A taxa de cirurgias de emergência permaneceu constante em ambos os sistemas. Siciliani e Hurst (2004) apontam que países que não reportam espera são mais propensos a remunerar os especialistas de acordo com a atividade realizada. Em outro estudo, realizado por Ransom *et al.* (1998), observou-se redução de 15% no número de cirurgias eletivas em um hospital no qual o sistema de remuneração dos cirurgiões foi modificado, passando de um pagamento por procedimento para um salário fixo.

Outras iniciativas objetivam tornar mais eficiente o uso da capacidade instalada, pois, às vezes, esperas e atrasos relacionam-se mais aos problemas organizacionais do que à falta de recursos (Murray; Berwick, 2003). Hurts e Sicilliani (2003) e Kreindler (2010) citam, como medidas para alcançar a eficiência da capacidade instalada, a definição de trajetórias para pacientes, maximização do uso dos recursos humanos, cirurgias/dia, melhoria do sistema de agendamento dos centros cirúrgicos com comitês de gestão. As principais intervenções sobre a demanda incluem gerenciamento do acesso com diretrizes ou com uma classificação por níveis de prioridade (Hurts; Sicilliani, 2003). Estabelecer metas com tempos máximos de espera e fornecer incentivos financeiros e não financeiros tem se mostrado uma estratégia eficaz para garantir atendimento oportuno (Kreindler, 2010; Willcox *et al.*, 2007).

No âmbito do SUS, o manejo da fila ocorre em conformidade com a Portaria nº1.559/08, que institui a PNR. A partir da identificação da necessidade do usuário, é feito o direcionamento ao local mais adequado para o seu atendimento. Regular o acesso dos usuários aos serviços do SUS significa fornecer os recursos necessários em tempo hábil com base nas necessidades identificadas pelo usuário. Compete ao gestor de saúde local, adotar medidas práticas para garantir que os pacientes tenham acesso aos cuidados, diagnóstico e tratamento necessários, no âmbito territorial em que estão circunscritos, ou adotar as medidas administrativas direcionadas ao encaminhamento a outros estados, sempre que exigir intervenções indisponíveis no seu território de saúde.

O fluxo de atendimento se dá através da RAS. Regulamentada pela Portaria MS nº 4.279/2010, essa Rede é definida por arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (Brasil, 2010). A RAS é caracterizada pela formação de vínculos horizontais entre os diversos pontos de prestação de serviços, tendo a Atenção Primária à Saúde (APS) como seu epicentro de comunicação (Brasil, 2010). A APS assume um papel central na identificação das necessidades de saúde da população e na coordenação do cuidado contínuo e integrado.

A concepção da RAS fundamenta-se na compreensão da APS como o primeiro nível de atenção. A partir da APS, ocorre a organização e coordenação dos cuidados prestados em todos os pontos de atenção à saúde (Brasil, 2010). Os pontos de atenção à saúde são concebidos como locais onde serviços de saúde específicos são oferecidos, por meio de uma produção singularizada (Brasil, 2010). Na dissertação da Portella (2019), a autora aponta que a efetivação da RAS depende, em parte, do funcionamento adequado da regulação assistencial. A dificuldade no acesso aos serviços, sobretudo da atenção secundária e terciária, é um

problema desde a criação do SUS, e, presente em outros países.

A dinâmica da fila de espera tem seu início na consulta ambulatorial, onde o usuário é atendido na APS e, quando necessário, é referenciado para uma unidade de maior complexidade. Após avaliação e definição do médico especialista quanto ao procedimento, o paciente é inserido na fila para o procedimento cirúrgico (Silva, 2017). Ressalta-se que esses processos são compostos por múltiplas filas. Antes da inserção na fila para a cirurgia eletiva, há a fila para o atendimento com o especialista, a fila para a realização dos exames necessários, o tempo para receber o laudo dos exames, e depois, a fila para a realização do procedimento cirúrgico. Todos esses processos, dotados de tempo médio de espera distintos, se somam.

É pertinente refletir que, à medida que se amplia a oferta de determinados serviços de saúde, isso não implica necessariamente na redução das filas. Em alguns casos, o aumento da oferta pode resultar em filas mais longas. Por exemplo, ao aumentar a oferta de consultas com especialistas, a fila para as consultas pode ser zerada. Contudo, se esse aumento na oferta de consultas não for acompanhado de um aumento da oferta de serviços diagnósticos e cirúrgicos, o usuário continuará detido na fila.

Uma vez incluído na fila, o usuário aguarda a sua vez de acordo com a disponibilidade de recursos e a classificação de prioridade estabelecida. Os critérios para a ordenação da fila para cirurgia no SUS podem variar de acordo com a região e a especialidade médica. Sousa (2014), ao pesquisar sobre as cirurgias eletivas em Goiânia, constatou que há casos em que o profissional da Estratégia de Saúde da Família (ESF), por falta de normativas e orientações, têm dificuldade em realizar o encaminhamento do usuário quando o diagnóstico é cirúrgico, acarretando um maior tempo de espera para o usuário. Ainda, de acordo com a autora, a criação de protocolos deve ser entendida como mecanismo de organização de serviços, permitindo o desenvolvimento das ações de saúde, na medida em que estes sejam utilizados como instrumentos facilitadores e não cerceadores de acesso.

Se há uma falha no processo regulatório, seja por erro na regulação, ou até mesmo falhas ao contatar o usuário quando é chegada a sua vez na fila, o paciente retorna ao final da fila, o que torna esse tempo ainda maior. As falhas ao contatar o usuário podem ocorrer por mudança de endereço e telefone. Batista (2022) expõe que a regulação se depara com desafios na integração entre a atenção básica e a atenção especializada, sendo necessárias ações que promovam a atualização contínua da fila de espera, permitindo a detecção de mudanças de endereço dos pacientes ou a realização do procedimento em outros serviços, quando necessário.

No trabalho realizado por Souza, Sunye e Aléo (2019), é apontado que antes de ser submetido à cirurgia, os pacientes devem passar uma avaliação com um especialista em anestesia, que fará a liberação anestésica. Essas liberações anestésicas têm um período de validade limitado, o que implica que, se o procedimento cirúrgico não for agendado a tempo, o paciente precisará repetir todo o processo e agendar uma nova consulta médica. Nesse cenário de prolongada espera, há desperdício de consultas e exames, que muitas vezes precisam ser repetidos, aumentando os custos e sobrecarregando o sistema de saúde (Iversen, 1993).

Cullis e Jones (1986) ressaltam outros efeitos adversos e custos associados à espera, como o desenvolvimento de disfunções psicológicas devido à ansiedade, o absenteísmo no trabalho devido às incapacidades resultantes da espera prolongada e a redução da qualidade de vida das pessoas que aguardam pelo procedimento.

O acesso a uma cirurgia eletiva no SUS está sujeito a limitações e desafios, como a escassez de recursos, a alta demanda e a distribuição da oferta dos serviços de saúde. Buscar estratégias para otimizar o fluxo de atendimento, reduzir as filas e garantir um acesso mais ágil e equitativo às cirurgias eletivas é fundamental para melhorar a qualidade de vida dos pacientes e fortalecer a gestão da saúde pública.

A fila para cirurgias eletivas é um desafio enfrentado não apenas no Brasil, mas também em outros países que possuem sistemas públicos de saúde. A existência de filas de espera é uma realidade comum em sistemas onde a demanda por serviços cirúrgicos supera a capacidade de atendimento disponível. Embora as particularidades de cada sistema de saúde possam variar, a problemática das filas eletivas reflete a necessidade de encontrar soluções para garantir o acesso oportuno aos procedimentos cirúrgicos não emergenciais. A compreensão das experiências e estratégias adotadas por outros países pode fornecer subsídios valiosos para o aprimoramento do modelo brasileiro.

As comparações internacionais evidenciam que uma oferta mais ampla está correlacionada com menores esperas. Kreindler (2010) aponta que os países que resolveram os problemas dos tempos de espera de maneira estável, como França, Bélgica, Alemanha e Suíça, aumentaram os serviços públicos e/ou prestadores privados, através da ampliação dos investimentos financeiros, para resolver de fato o problema. Em países europeus, observa-se que maiores investimentos totais em saúde e um maior número de leitos hospitalares estão associados a intervalos menores de espera para cirurgias eletivas (Hurst, 2003; Mojon-Azzi; Mojon, 2008).

Hurst e Sicilliani (2003) e Mojon-Azzi e Mojon (2008) destacam que a insuficiência de recursos financeiros ou de serviços é o principal determinante para explicar a existência de

listas. Silva (2017) expõe que a pouca valorização financeira dos procedimentos de atenção em média complexidade contribui também para a situação de demora por cirurgias.

O congelamento dos valores atribuídos aos procedimentos cirúrgicos na tabela de referência nacional do SUS, juntamente com os reajustes esporádicos e insuficientes, resultam em um cenário de subfinanciamento crônico. O mecanismo de pagamento vigente na tabela SUS não está alinhado com os custos reais dos serviços prestados, não oferecendo aos prestadores incentivos para a melhoria da eficiência (Silvia, 2017). Dain (2007) aborda os descompassos nas remunerações por procedimento, sendo as diferenças entre o valor real e o valor SUS apontadas na Tabela 1. De acordo com a autora, desde meados dos anos 90, a tabela do SUS sofreu apenas correção de 37%, frente a um crescimento do IGP-M de 318, 10%, e aumento de insumos estratégicos, como combustível e energia, entre 500% e 600%.

Tabela 1 - Diferenças entre valor real e valor SUS

Procedimento	Valor SUS	Valor real	Diferença
Consulta em especialidade adulta	7,55	20,94	177,4%
Raio-x simples	4,91	27,58	461,7%
Endoscopia	14,41	79,67	452,9%
Diária de UTI - II	213,71	720,00	238,0%
Insuficiência respiratória	793,01	3.083,44	288,8%
Pneumopatias agudas	1.036,05	2.047,63	97,6%
Apendicectomia	525,40	1.227,24	143,0%
Toracotomia	1.062,66	3.322,04	221,7%

Fonte: Dain (2007, p. 1860).

3.2 FINANCIAMENTO EM SAÚDE

Em 2018, o Brasil destinou o equivalente a 9,2% do seu Produto Interno Bruto (PIB) em saúde, enquanto os países da OCDE destinaram, em média, 8,8% (OECD, 2019). Todavia, em 2017, fontes públicas respondiam por 71%, em média, do gasto em saúde nos países da OCDE, enquanto no Brasil as fontes públicas respondiam por apenas 43% dos gastos com saúde. No país, os gastos privados, os pagamentos diretos e os gastos por meio de planos e seguros de saúde respondiam por 57% do total das fontes de financiamento da saúde (Araújo; Lobo; Medici, 2022). Segundo Araújo, Lobo e Medici (2022), a diferença entre os gastos per capita públicos e privados tem crescido nos últimos anos. Apesar dos esforços para consolidar um sistema de saúde público universal, o Brasil ainda enfrenta enormes desafios para alcançar

o equilíbrio entre um nível adequado de gastos (públicos) e melhores resultados dos recursos investidos no sistema público de saúde.

Em 2016, foi aprovada a Emenda Constitucional 241/2016 (PEC 241). Essa emenda estabeleceu a limitação dos gastos federais, com exceção dos pagamentos de juros sobre a dívida pública, a um teto definido pelo montante gasto no ano anterior, ajustado pela inflação acumulada, medida pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA). Essa medida representou, na prática, um congelamento real das despesas totais do Governo Federal, o que implicou em uma redução relativa do gasto público em relação ao PIB e ao crescimento populacional (Brasil, 2016a). Em essência, a PEC 241 determinou que os gastos públicos não acompanhassem o aumento da renda e da população (Rossi; Dweck, 2016).

Em 2023, o teto de gastos foi substituído pelo novo arcabouço fiscal, estabelecido na Lei Complementar 200/2023. Pelo novo arcabouço fiscal, as despesas são vinculadas à arrecadação de impostos. Independentemente da inflação, o gasto do governo pode aumentar, no máximo, 70% do aumento da arrecadação com impostos. A proposta do governo também prevê um teto de 2,5% para aumento anual de despesas (Brasil, 2023b).

O novo arcabouço não congela as despesas como antes, mas estabelece um limite que restringe os gastos públicos na medida do crescimento da economia. Essa limitação levanta preocupações significativas, especialmente no que diz respeito à garantia do direito fundamental à saúde. A vinculação das despesas à arrecadação e as restrições de aumento anual podem criar desafios para a expansão e melhoria do SUS, uma vez que limitam a capacidade do governo de alocar recursos adicionais para atender às crescentes necessidades da população.

O financiamento das ações e serviços de saúde é uma responsabilidade compartilhada entre as três esferas de gestão do SUS, conforme estabelecido na Constituição Federal e na Lei Orgânica da Saúde (Brasil, 1988, 1990). A Portaria nº 204/2007 regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde de acordo com cinco blocos de financiamento (Brasil, 2007):

- I - Atenção Básica
- II - Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar;
- III - Vigilância em Saúde;
- IV - Assistência Farmacêutica; e
- V - Gestão do SUS; e
- VI - Investimentos na Rede de Serviços de Saúde (Brasil, 2007).

As cirurgias eletivas se enquadram no Bloco II, podendo ser realizadas com recursos

do I- Componente Limite Financeiro de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar (MAC); II - Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC).

- Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar (MAC): Este componente engloba os incentivos de custeio e é transferido de forma regular e automática para os fundos de saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios. Ele representa uma parte essencial do financiamento para garantir a prestação de serviços de média e alta complexidade (Brasil, 2022a).
- Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC): O FAEC tem como finalidade principal o financiamento de procedimentos e políticas considerados estratégicos para o sistema de saúde, bem como o suporte para a incorporação de novos procedimentos na Tabela do SUS. Os recursos financeiros destinados a esse fundo são transferidos após a apuração da produção dos estabelecimentos de saúde, registrada pelos respectivos gestores nos Sistemas de Informação Ambulatorial e Hospitalar SIA/SIH (Brasil, 2022a).

3.3 GESTÃO DA FILA

Estudos demonstram que há associação entre investimentos totais em saúde e um maior número de leitos hospitalares estão associados a intervalos menores de espera para cirurgias eletiva (Hurst, 2003; Mojon-Azzi; Mojon, 2008). Todavia, para além da austeridade fiscal no Brasil, as filas de espera parecem ser uma realidade inevitável nos sistemas de saúde de acesso universal. Diante desse contexto de demanda excedente em relação à oferta, alguns estudos apontam que é necessário mudar o foco. Em vez de se concentrar exclusivamente na redução dos tempos de espera para procedimentos, propõem o desenvolvimento de sistemas mais inteligentes de priorização. Esses sistemas seriam capazes de discernir entre casos mais graves, urgentes e com maior probabilidade de beneficiar-se do tratamento imediato, em contraposição a casos em que os pacientes podem esperar por períodos mais prolongados e suportar os custos associados à espera, ou mesmo situações em que o tratamento em si oferece benefícios limitados ao paciente (Gutacker; Siciliani; Cookson, 2016; Siciliani; Moran; Borowitz, 2014a).

A gestão das filas de espera é uma tarefa complexa que demanda recursos tanto administrativos quanto assistenciais. Os recursos administrativos envolvem a inserção e o acompanhamento dos pacientes na lista de espera, a atualização de dados, o agendamento de procedimentos, a confirmação das consultas e a prestação de suporte aos pacientes enquanto eles aguardam. Além disso, existem custos assistenciais associados à espera, como a necessidade de repetição de exames e consultas devido a possíveis mudanças no quadro clínico

dos pacientes durante o período de espera (Iversen, 1993). Com isso, as listas de espera assumem caráter dinâmico e vivo, o que inviabiliza que sejam gerenciadas apenas com base na ordem de chegada dos pacientes (Hurst; Siciliani, 2003).

A qualificação da demanda em saúde refere-se ao processo de avaliar e classificar as necessidades e prioridades dos usuários que buscam serviços de saúde. Envolve a identificação e a triagem das pessoas que necessitam de atendimento médico ou cirúrgico com base em critérios clínicos, gravidade, urgência e outros fatores relevantes. Isso é fundamental para a garantia da equidade. Países com sistema público de saúde como Nova Zelândia, Canadá, Suécia, Holanda entre outros, ao enfrentarem o problema das filas para cirurgias eletivas, adotaram regras para a priorização de usuários nas filas e a garantia de tempo limite para execução dos procedimentos (Oudhoff *et al.*, 2007).

Na Nova Zelândia, a gestão das filas de cirurgias eletivas ocorre através de uma ferramenta de pontuação que realiza a priorização, considerando critérios fundamentados em base ética, os riscos e os benefícios clínicos (Maccormick; Collecute; Parry, 2003). Na Inglaterra, há pactuações de metas de tempo de máximos de espera (Gutacker; Siciliani; Cookson, 2016). O manejo da fila é realizado pelos médicos com a adoção e aperfeiçoamento das diretrizes e protocolos. Essa estratégia teve como objetivo qualificar os encaminhamentos, aprimorar a definição do diagnóstico no período anterior ao encaminhamento para o cirurgião, assim como a realização e parecer dos exames pré-operatórios (Taniguchi, 2015).

Para Siciliani e Hurst (2005), os protocolos de priorização desempenham um papel relevante quando os tempos de espera não podem ser reduzidos ou eliminados, e sua finalidade primordial é assegurar que, pelo menos, essa espera inevitável seja pautada por critérios de equidade. De acordo com Buss (2015), um dos principais benefícios da elaboração de critérios para priorização de cirurgias eletivas é a transparência alcançada por meio da definição de critérios de priorização explícitos, que consideram não apenas as características das doenças, mas também os benefícios esperados com o tratamento cirúrgico e os aspectos sociais dos pacientes. Esse enfoque proporciona clareza e equidade no processo de triagem, permitindo que os pacientes compreendam melhor a ordem de atendimento e que as decisões sejam baseadas em critérios objetivos e justos. Maccormick, Collecute e Parry (2003) demonstrou em seu estudo que critérios genéricos são mais sensíveis e menos específicos, pois avaliam idade e condições socioeconômicas associadas à prática clínica.

A fim de trazer maior transparência no processo de priorização, a literatura aponta para o uso de ferramentas de priorização de pacientes. Essas ferramentas podem ser implementadas como parte de uma política nacional de priorização, como é o caso da Nova Zelândia, que

adota essa abordagem desde a década de 90 (Dew; Keefe; Small, 2005; Pedroso, Malik, 2021). Além disso, elas podem ser adotadas em nível regional, como ocorreu no projeto Western Canada Waiting List (WCWL) no Canadá, ou mesmo em iniciativas isoladas de serviços de saúde, como é o caso da Espanha e do Reino Unido (Solans-Domènech *et al.*, 2019).

O WCWL foi uma iniciativa financiada pelo Governo Federal do Canadá para desenvolver ferramentas que auxiliassem na gestão das filas de espera consideradas prioritárias no fim dos anos 90: (i) saúde mental das crianças, (ii) cirurgia de catarata, (iii) cirurgia geral, (iv) cirurgia de prótese de quadril/joelho e (v) exames de ressonância magnética), sendo que cada protocolo foi desenvolvido por um painel de profissionais de saúde, composto por médicos de família, médicos especialistas, administradores de saúde e pesquisadores relevantes para cada área (Taniguchi, 2015).

Sistemas menos formais adotam tipicamente entre dois a três níveis de classificação, como na Espanha, que categoriza os pacientes como alta ou baixa prioridade; ou na Suécia, que estabelece uma classificação em muito urgente, urgente e não urgente; ou ainda, pela Austrália e Itália, onde a classificação se baseia no tempo de admissão previsto: 30 dias, 90 dias ou 12 meses. Por outro lado, sistemas mais formalizados de priorização incorporam escores de necessidade especificamente desenhados para situações e procedimentos particulares. Isso é evidenciado, por exemplo, pelo programa neozelandês Nationally Consistent Clinical Assessment Strategy, assim como pelos projetos canadenses Cardiac Care Network de Ontário, Manitoba Cataract Waiting List Project e Western Canada Waiting List Project (Siciliani; Hurst, 2005).

No Brasil, a coordenação da regulação de leitos, com o estabelecimento (ou não) de ferramentas de prioridades, fica à cargo dos Estados (Brasil, 2008). Ainda que não exista uma política nacional de priorização de procedimentos eletivos, existem ações adotadas por determinados Estados ou estabelecimentos que, para situações específicas, concorrem para a racionalização de recursos escassos. Moraes (2021), em sua dissertação, enfatiza a importância de desenvolver mecanismos de priorização que sejam menos subjetivos, mais transparentes e que possam ser aplicados de maneira consistente. A utilização da Inteligência Artificial (IA) surge como uma alternativa promissora nesse sentido. A IA pode contribuir para aprimorar o processo de priorização, tornando-o mais baseado em dados e menos sujeito a interpretações individuais.

A falta de coordenação nacional no estabelecimento de ferramentas de priorização compromete a transparência e prestação de contas na gestão das filas de espera. Além disso, dificulta o compartilhamento de melhores práticas entre os Estados. Enquanto alguns Estados

podem adotar abordagens eficazes, outros podem dispor de métodos menos bem-sucedidos. A coordenação em nível nacional poderia facilitar a disseminação das melhores práticas e promover uma implementação mais consistente em todo o país. É importante salientar que o estabelecimento de critérios de priorização representa um dispositivo valioso para o alcance da equidade.

3.4 MUTIRÕES DE CIRURGIAS ELETIVAS COMO ESTRATÉGIA PARA AMPLIAÇÃO DO ACESSO

No contexto brasileiro, constata-se a implementação de programas que visam realizar "mutirões de cirurgias", aumentando a quantidade de procedimentos disponíveis. No entanto, esses programas muitas vezes carecem de uma abordagem sistêmica para lidar com a demanda por cirurgias. Além disso, não estão necessariamente acompanhados por um aumento sustentável no financiamento da saúde, tampouco incluem ações para qualificar adequadamente a demanda.

O Ministério em Saúde (MS), em 1999, implementou a Campanha Nacional de Mutirões de Cirurgias Eletivas através da Portaria MS nº 279/1999. A Campanha se limitava às cirurgias de catarata, hérnias inguinais, varizes de membros inferiores e cirurgias para próstata. Essa iniciativa visava resolver demandas que afetavam parte da população e envolveu uma parceria entre o MS, Estados e Municípios (Brasil, 1999a). Para mobilizar recursos, foi estabelecido o FAEC, instituído pela Portaria MS nº 531/1999. O FAEC foi criado com a finalidade de custear procedimentos considerados estratégicos, procedimentos de alto custo ou de alta complexidade em pacientes com referência interestadual e mutirões organizados e operacionalizados pelo SUS (Brasil, 1999b).

Na Portaria Conjunta MS N° 1/1999, que estabelece a programação dos recursos destinados ao custeio da assistência ambulatorial, de média e alta complexidade, e Hospitalar, no Art 14° é determinado que o financiamento de procedimentos incluídos na Câmara Nacional de Compensação, transplantes, Programa de Prevenção do Câncer de Colo Uterino, Mutirões de Cirurgias Eletivas e demais ações consideradas estratégicas, que venham a ser incluídas pela SAS, será de responsabilidade direta do Ministério da Saúde, e será executado pelo FAEC (Brasil, 1999c).

O FAEC correspondia a 50% do saldo de recursos não utilizados em atividades previamente previstas nas programações determinadas. Como resultado, os recursos destinados a essas ações de saúde passaram a ser disponibilizados fora do orçamento regular. Isso

eliminou a necessidade de uma programação prévia que, anteriormente, impunha limites mensais para o número de cirurgias em hospitais e regiões, o que frequentemente gerava burocracia na autorização de internações hospitalares (Souza *et al.*, 2011).

Em 2004, o MS instituiu, através da Portaria MS nº 1.372/2004, a Política Nacional de Procedimentos Cirúrgicos Eletivos de Média Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, com o objetivo de reestruturar a estratégia dos mutirões nacionais (Brasil, 2004). Essa Política considerou a necessidade de identificação da demanda reprimida, de organização dos fluxos de referência e contra-referência, de redução das filas de espera por procedimentos cirúrgicos eletivos de média complexidade e de utilização de novas estratégias que possam dar conta das necessidades da população (Brasil, 2004).

De acordo com o art 5º, da Portaria MS nº 1372/2004, que institui a Política Nacional de Procedimentos Cirúrgicos Eletivos de Média Complexidade Ambulatorial e Hospitalar,

Art. 4º Estabelecer que, para habilitar-se à nova estratégia de ampliação de procedimentos cirúrgicos eletivos de média complexidade, os gestores deverão elaborar projetos que levem em consideração o Plano Diretor de Regionalização - PDR e a Programação Pactuada e Integrada - PPI do Estado.

§ 1º Esses projetos devem informar a demanda existente e estabelecer metas físicas compatíveis com o total de recursos financeiros programados por UF (Anexo II) e serão analisados pelo Departamento de Atenção Especializada - Coordenação-Geral de Média Complexidade Ambulatorial - CGMCA/DAE/SAS/MS, que será responsável pelo parecer técnico dos projetos

[...] § 6º A definição do objeto e o dimensionamento das metas dos projetos devem levar em conta a população total de referência a ser contemplada [...] (Brasil, 2004).

Ainda, de acordo com o art 5º da mesma Portaria, que trata sobre os recursos financeiros,

Art. 5º Definir que os recursos que serão utilizados para a implementação da nova estratégia terão como valor de referência o gasto total com os mutirões nacionais em 2003, de R\$ 227.387.572,67 (duzentos e vinte e sete milhões, trezentos e oitenta e sete mil quinhentos e setenta e dois reais e sessenta e sete centavos), acrescidos de recursos novos destinados à realização dos procedimentos constantes do Anexo I desta Portaria.

§ 1º O valor total de incremento será de R\$ 1,00 per capita/ano, aplicado à população total a ser contemplada (somatório das populações alvo, conforme o fluxo de referência pactuado nas CIB).
[...] (Brasil, 2004).

Em 2006, a Política Nacional de Procedimentos Cirúrgicos Eletivos de Média

Complexidade, foi redefinida mais uma vez, por meio da Portaria MS nº 252/2006. Em conformidade com as diretrizes definidas pelo Pacto pela Saúde, essa Portaria extingue os mutirões e determina que os procedimentos referentes à Campanha Nacional de Cirurgias Eletivas – Cirurgia de Catarata, de Próstata, de Varizes e à Campanha Nacional de Redução da Cegueira Referente a Retinopatia Diabética deverão ser incorporados à Política Nacional de Procedimentos Cirúrgicos Eletivos de Média Complexidade Ambulatorial e Hospitalar. A presente Portaria dispõe das seguintes especialidades no seu elenco: traumatologia, otorrinolaringologia, oftalmologia, urologia, ginecologia, angiologia, proctologia, mastologia, gastroenterologia e cirurgia geral. Outro ponto de mudança foi a alteração do valor de incremento para R\$ 2,25 per capita/ano, aplicado à população total a ser contemplada (Brasil, 2006). A Política manteve-se contínua, operacionalizada mediante as publicações periódicas de Portarias pelo Ministério da Saúde com propostas de redução do tempo de espera para os diversos procedimentos cirúrgicos eletivos e a ampliação do acesso dos usuários do SUS (Brasil, 2016b).

Entre 2011 e 2015, o financiamento para cirurgia eletiva de média complexidade contemplava três componentes, distribuídos em diversas especialidades médico-cirúrgicas (Brasil, 2016b), conforme descrito a seguir:

- Componente I – cirurgias de catarata;
- Componente II – especialidades e procedimentos prioritários: oftalmologia, ortopedia, otorrinolaringologia, urologia e vascular;
- Componente III – procedimentos definidos pelo gestor de saúde.

A destinação de recursos adicionais concedidos pela estratégia teve como objetivo impulsionar a realização de cirurgias eletivas. O incentivo consiste na transferência de recursos para a realização das cirurgias eletivas que constem no elenco da política. O referido recurso não onera o teto de média e alta complexidade do gestor, consistindo em um montante extrateto (Brasil, 2017a). O aditivo no repasse de recursos aos Estados e Municípios possibilita a contratação de um quantitativo maior de hospitais e prestadores, o que se configura uma estratégia valiosa de captação e investimento para os gestores locais (Brasil, 2017a).

A Portaria MS nº 1.034/2015 aboliu a divisão por componentes, considerando todos os Procedimentos Cirúrgicos Eletivos de Média Complexidade constantes do Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos do SUS (SIGTAP) e estabeleceu valores diferenciados da Tabela Unificada do SUS, com um adicional máximo de até 100%, exclusivamente para os componentes Serviços Profissionais e/ou Serviços Hospitalares, de acordo com as especificidades regionais ou locais, para remuneração dos Procedimentos

Cirúrgicos Eletivos objeto desta Portaria (Brasil, 2015).

Em 2017, a principal mudança apresentada pela Portaria nº 1.294/2017, foi a inclusão de um parágrafo abarcando que a regulação do acesso dos pacientes, o agendamento e a realização dos procedimentos deverão estar de acordo com a fila única estadual, a qual deve considerar tanto a ordem de ingresso, bem como critérios clínicos que justifiquem a priorização. Além disso, houve redução do limite financeiro (Brasil, 2017b). Para o exercício de 2015, o limite para incremento era de R\$350.000.000,00, disponibilizados, considerando critérios populacionais, aos Estados e Municípios, por meio do FAEC. Em 2017, o valor passa a ser R\$ 250.000.000,00. Isso representa uma queda de 28,57%. Em 2018, o valor se mantém igual, com limite de incremento de R\$ 250.000.000,00. No ano de 2021, o limite financeiro é definido em R\$350.000.000,00 (Brasil, 2015, 2017b, 2018, 2020).

A Portaria MS nº 3.641/2020, definiu, para o exercício de 2021, a estratégia de acesso aos Procedimentos Cirúrgicos Eletivos no âmbito do SUS. No art. 7º, inciso 2º desta portaria, é excluída a complementação de valores, até o limite de 100% do valor da Tabela SUS, pagos pelos gestores com recursos federais aos procedimentos referentes às cirurgias de catarata (Brasil, 2020).

Por sua vez, a Portaria MS nº 1.388/2022, define os procedimentos cirúrgicos prioritários no âmbito do SUS, estabelece recurso do Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde - Grupo de Atenção Especializada, a ser incorporado ao limite financeiro de Média e Alta Complexidade (MAC) dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, altera e exclui atributos e inclui procedimento na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Prótese e Materiais Especiais do SUS (Brasil, 2022b). A referida Portaria definiu um rol de 54 procedimentos cirúrgicos prioritários, aumentando em 43% o valor desses procedimentos na tabela SIGTAP. O impacto desse aumento é incorporado nos tetos MAC dos estados e municípios. Destes procedimentos, apenas “confecção de fístula para hemodiálise” permaneceu como FAEC, os demais procedimentos foram incorporados ao teto MAC (Brasil, 2022a).

Em 2023, a atual Ministra da Saúde, Nísia Trindade, instituiu o Programa Nacional de Redução das Filas de Cirurgias Eletivas, Exames Complementares e Consultas Especializadas, com vigência de um ano, podendo ser prorrogado por igual período. A Portaria MS nº 90/2023 define os objetivos do programa, incluindo a organização e ampliação do acesso a cirurgias, exames e consultas. A adesão dos gestores ao programa foi condicionada ao envio de Plano Estadual de Redução das Filas, elaborados conjuntamente, pelas Secretarias Estadual e Municipais de Saúde, e pactuados nas respectivas Comissões Intergestores Bipartite (CIB) e

Colegiado de Gestão do DF.

O recurso orçamentário do Programa Nacional de Redução das Filas onerará o Programa de Trabalho - 10.302.2015.8585 - Atenção à Saúde da População para Procedimentos de Média e Alta Complexidade - Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde - Componente Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC) - Plano Orçamentário 0005 (Brasil, 2023a). A distribuição de recursos aos Estados e DF está prevista de modo proporcional à população estimada pelo IBGE em 2021. O valor total disponibilizado foi de R\$ 600.000.000,00 (Brasil, 2023a).

3.5 GESTÃO DE LEITOS

O financiamento adequado é um pilar fundamental para a concretização do direito à saúde. No entanto, a mera injeção de recursos financeiros não é suficiente para resolver os desafios enfrentados na gestão dos serviços de saúde. É essencial que o financiamento seja acompanhado por uma gestão eficaz e eficiente dos recursos disponíveis. Jaccoud e Vieira (2018) apontam que as análises passaram a se centrar não somente a quanto se gasta, mas, sobretudo como se gasta. A hipótese é que o patamar do gasto social importa, mas não determina a qualidade das ofertas públicas ou seus resultados.

No que tange ao desafio das filas para cirurgias eletivas no SUS, a gestão adequada dos leitos é crucial para otimizar a utilização dos recursos, resultando em uma maior rotatividade dos leitos e, conseqüentemente, na redução das filas de espera. Nesse contexto, estratégias que visam aumentar a produtividade e o giro dos leitos são de extrema importância.

O gerenciamento dos leitos é uma ferramenta que auxilia no aumento da taxa de ocupação de leitos nas instituições, melhorando o uso da capacidade disponível. Seu principal objetivo é garantir eficiência na utilização de recursos através da racionalização dos leitos existentes (Collins *et al.*, 2010). Para isso é necessário detectar as atividades relacionadas com a ocupação de leitos, medi-las, checá-las, e agir sobre o diagnosticado (Alves *et al.*, 2019). O processo de gestão de leitos abrange o desenvolvimento de sistemas de informação de monitoramento e planejamento da ocupação hospitalar, até a criação de processos operacionais de admissão e alta (Faria *et al.*, 2010).

A eficiência na gestão de leitos requer a identificação dos processos que influenciam e integram a ocupação dos leitos, estabelecimento de metas, monitoramento dos resultados, avaliação quantitativa, identificação de oportunidades de melhoria e adoção de novas tecnologias para otimizar a utilização dos leitos, reduzindo assim as falhas nos processos

relacionados à assistência ao paciente (Freitas, 2013; Raffa; Malik; Pinochet, 2017; Pereira *et al.*, 2012; Pinochet; Lopes; Silva, 2014). Faria *et al.* (2010) destacam que a falha no gerenciamento dos leitos pode resultar em falta de leitos, refletindo, conseqüentemente, no atraso da admissão de pacientes e aumento da fila de espera para cirurgias eletivas.

O Lean, originado no sistema de produção da Toyota, visa eliminar desperdícios e melhorar a qualidade por meio da otimização dos processos. Womack e Jones (1992) foram os primeiros a citarem que as melhorias alcançadas com o uso do Sistema Toyota de Produção poderiam ser reproduzidas em outros setores industriais e de serviço. Quando adaptado ao contexto da saúde, essa filosofia é conhecida como Lean Healthcare, e seu objetivo é proporcionar assistência de alta qualidade de maneira mais eficiente, otimizando o uso dos recursos disponíveis. Através da eliminação dos desperdícios e etapas desnecessárias que não agregam valor no atendimento, o Lean possibilita o aumento da produtividade e da capacidade operacional dos ambientes de atendimento à saúde (Brito, 2018).

A aplicação do Lean se baseia em ações que levem a redução de oito categorias de desperdícios: falhas, espera, excesso de processamento, potencial humano, transporte, movimentação, estoque e superprodução (Gabran, 2013). De acordo com Battaglia e Pinto (2014), o *Lean Healthcare* é fundamentado em seis princípios essenciais que interagem de maneira sinérgica para promover melhorias na gestão de saúde. Esses princípios são:

- Criação de Valor para o Paciente: O foco principal do Lean é proporcionar valor ao paciente, eliminando quaisquer desperdícios presentes nos processos de saúde. Isso significa concentrar-se nas atividades que realmente agregam valor ao cuidado do paciente.
- Prática de Melhoria Contínua: O Lean preconiza a noção de que sempre há espaço para aprimoramentos. A cultura de melhoria contínua incentiva as equipes a identificarem oportunidades de otimização e implementarem mudanças positivas de forma constante.
- Alinhamento Estratégico: Todas as ações realizadas no ambiente de saúde devem estar alinhadas com os objetivos estratégicos. Isso garante que cada atividade contribua para o propósito maior de proporcionar saúde e bem-estar aos pacientes.
- Respeito às pessoas: O respeito à segurança e ao bem-estar dos pacientes é um princípio central. Além disso, valorizar e respeitar a equipe de saúde é crucial para promover um ambiente de trabalho saudável e eficaz.
- Gerenciamento Visual: A filosofia Lean preconiza que os problemas devem ser visíveis para toda a equipe. Isso facilita a identificação rápida de desafios e a tomada de medidas corretivas de maneira ágil.

- **Padronização com Flexibilidade:** Embora a padronização seja importante para reduzir a variabilidade nos processos, é necessário também manter flexibilidade para lidar com as particularidades e complexidades do sistema de saúde (Battaglia; Pinto, 2014).

Convém destacar que estes princípios são dependentes uns dos outros e impactam no sucesso da implantação do Lean Healthcare (Battaglia; Pinto, 2014).

O Kanban é uma das ferramentas da filosofia Lean, que auxilia no gerenciamento de capacidade e demanda (Lage Junior; Godinho Filho, 2008). Seu conceito relaciona-se ao uso de sinalizações para indicar o andamento do fluxo produtivo. As sinalizações indicam o status sobre determinadas tarefas, como "a realizar", "em andamento" ou concluída". Seu uso permite controlar minuciosamente algumas informações de produção como quando, quanto e o que produzir (Sousa *et al.*, 2017). Esta ferramenta pode ser adaptada para o ambiente

da saúde auxiliando não só no gerenciamento dos suprimentos como em Oliveira (2018), mas também no gerenciamento de leitos.

A ferramenta Kanban no gerenciamento de leitos utiliza a sinalização com o intuito de alertar a equipe multiprofissional quanto ao tempo de permanência dos pacientes. Essas cores são estabelecidas com base na tabela do SUS e SIGTAP e considera o tempo médio de internação (Cerdeira *et al.*, 2020). O Kanban como instrumento gerencial pode contribuir com a otimização da oferta de leitos, diminuição do tempo de permanência e fluidez no giro de leitos (Cerdeira *et al.*, 2020).

A administração eficiente de leitos hospitalares é um fator crítico no aumento da produtividade dos serviços de saúde e na redução das filas de espera. Ferramentas como Lean Healthcare e Kanban oferecem abordagens práticas para melhorar a gestão de leitos. A combinação de financiamento adequado com uma gestão eficiente dos recursos pode ser o caminho para ampliar o acesso à cirurgias eletivas.

3.6 RECURSOS HUMANOS: UMA DIMENSÃO DO PROBLEMA

A quantidade e a distribuição dos profissionais de saúde são questões sociais e políticas críticas que, aliadas à desigualdade socioeconômica, comprometem o acesso da população aos serviços de saúde (Oliveira *et al.*, 2017).

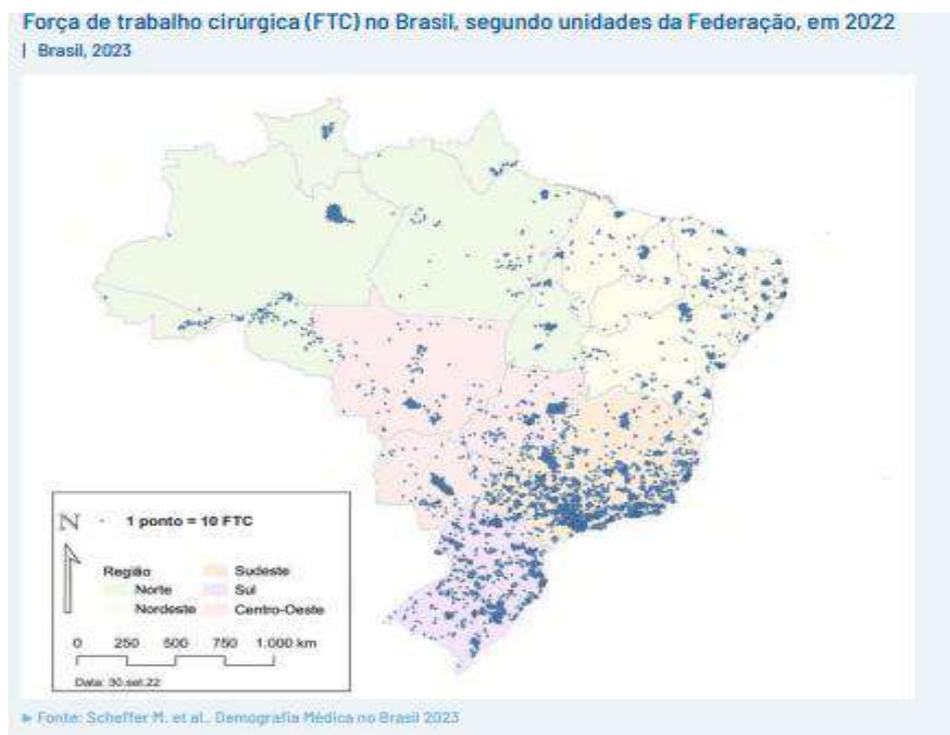
O indicador de demografia médica mais utilizado para comparar países é a densidade de profissionais por 1.000 habitantes. No Brasil, observa-se o crescimento desse indicador ao longo dos últimos 20 anos. Em 1999, a razão de médicos por mil habitantes era de 1,12, aumentando para 2,60 em janeiro de 2023 (Brasil, 2013; Scheffer *et al.*, 2023). Apesar do

crescimento observado no Brasil, a taxa é menor do que a média dos países avaliados pela OCDE, que é de 3,36. De acordo com dados da OCDE, o Brasil ocupa o décimo lugar com menos médicos por mil habitantes entre os 44 países que apresentaram dados disponíveis para o ano de 2022 (OCDE, 2023).

A escassez de médicos se soma ao problema da disparidade na distribuição desses profissionais entre as regiões do país. As regiões metropolitanas e áreas urbanas costumam atrair um maior contingente de profissionais de saúde, devido às melhores condições de trabalho, infraestrutura, remuneração e formação. Como resultado, essas áreas tendem a ter uma oferta mais robusta de serviços médicos especializados. Por outro lado, áreas rurais e regiões mais remotas enfrentam uma carência significativa de especialistas.

Scheffer *et al.* (2017) e Massenburg *et al.* (2017) evidenciaram em seus estudos que mais de 70% dos médicos que atuam em cirurgias estavam nas grandes cidades, onde vivem apenas 24% da população. A demografia médica revela que as maiores densidades de força de trabalho cirúrgica estão no Sul e Sudeste, além do Distrito Federal; e as menores ocorrem no Norte e Nordeste (Scheffer *et al.*, 2023).

Figura 1 - Força de trabalho cirúrgica (FTC) no Brasil, segundo unidades da Federação, em 2022 | Brasil, 2023



Fonte: Scheffer *et al.* (2023, p. 89).

A literatura aponta que as principais causas da má distribuição geográfica dos médicos no Brasil foram: as características dos municípios, considerando o PIB, Índice de Desenvolvimento Humano, níveis de vulnerabilidade social, condições de violência e possibilidades de trabalho; características individuais, por exemplo, idade, oportunidade de trabalho para cônjuges, origem em ambientes urbanos e renda familiar; características do sistema de educação, existência de curso de medicina, residência médica e possibilidade de educação continuada; e, por fim, características organizacionais, entre elas, remuneração, condições de trabalho, plano de carreira e reconhecimento profissional (Sousa; Dal Poz; Boschi-Pinto, 2013; Scheffer *et al.*, 2023; Póvoa; Andrade, 2006; Maciel Filho, 2007; Kirk; Kirk; Mary, 2015; Pierantoni, 2023).

A desigualdade na oferta de especialistas também é evidente quando comparada ao setor público e privado de saúde. Os profissionais de saúde, incluindo médicos especialistas, frequentemente têm uma presença mais expressiva no setor privado, atraídos por melhores condições de trabalho e remuneração. Isso significa que muitos especialistas acabam concentrando seus esforços na prestação de serviços de saúde privados, o que pode agravar a escassez de recursos humanos no setor público. Scheffer *et al.* (2017) expõe que a FTC se concentra em grande parte nos serviços de saúde privados, que atendem menos de 30% da população brasileira.

Devido à falta de dados sobre o tamanho real da fila para cirurgias eletivas, não é possível realizar análises comparativas entre o tamanho da fila e os indicadores de demografia médica. No entanto, é plausível inferir que os indivíduos que residem em áreas com menor concentração de médicos enfrentam barreiras mais significativas no acesso aos serviços de saúde, incluindo a realização de cirurgias eletivas. Para promover a acessibilidade e reduzir as filas de procedimentos, torna-se imprescindível abordar as disparidades na distribuição de profissionais de saúde. Isso pode ser alcançado por meio de estratégias que incentivem a alocação de profissionais em regiões de alta vulnerabilidade social, políticas de educação e formação em saúde mais equitativas.

3.7 CIRURGIA AMBULATORIAL

A Cirurgia Ambulatorial é uma modalidade de prestação de serviços cirúrgicos, realizada sob qualquer tipo de anestesia, que não requer internação hospitalar. A permanência do paciente nas instalações de saúde não deve ultrapassar o período de 24 horas (Santos *et al.*, 2008). Essas intervenções podem ocorrer em unidades específicas, como hospitais-dia, e

centros cirúrgicos de clínicas e hospitais. Além disso, as cirurgias ambulatoriais podem ser realizadas em unidades de APS, como Unidades Básicas de Saúde e Centros de Saúde. No entanto, é importante salientar que os profissionais envolvidos nessas atividades podem variar dependendo do ponto de atendimento, o que implica em diferentes condições de prática e suporte. A variação influencia diretamente o leque de cirurgias que podem ser realizadas em cada uma dessas unidades, adaptando-se às suas particularidades e capacidades.

Essa prática é indicada para casos de cirurgias eletivas, ou seja, procedimentos planejados previamente, em que não há urgência ou emergência médica. Antes de realizar a cirurgia, o paciente passa por uma avaliação criteriosa e um preparo prévio para garantir que esteja em condições adequadas para o procedimento. De acordo com Castoro *et al.* (2007), essa abordagem busca evitar a hospitalização prolongada e proporcionar ao paciente um retorno mais rápido ao convívio familiar e social, além de reduzir os custos hospitalares. Essa modalidade, que já representa uma porcentagem considerável das cirurgias realizadas em países como o Canadá e os Estados Unidos, mostra-se como uma alternativa de qualidade, segura e custo-efetiva.

O Caderno de Atenção Básica, número 30, do Ministério da Saúde aborda alguns procedimentos clínicos e cirúrgicos que podem ser realizados nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Entre os procedimentos, estão suturas, e a remoção de nevos, corpos estranhos, cistos e lipomas (Brasil, 2011). A realização da Cirurgia Ambulatorial na APS possibilita a redução da demanda por encaminhamentos para serviços especializados e otimiza os recursos da rede de atenção do município.

A cirurgia ambulatorial pode ser considerada um indicador de eficiência, devido à sua característica de demandar menos recursos hospitalares e reduzir a necessidade de internação. Na matriz avaliativa do Projeto Avaliação do Desempenho do Sistema Saúde (PROADESS), as cirurgias ambulatoriais são destacadas como um elemento para avaliar a eficiência dos serviços de saúde no Brasil (Viacava *et al.*, 2012). De acordo com essa matriz, a eficiência em saúde envolve a relação entre custos e o impacto dos serviços na saúde da população, mantendo um padrão de qualidade determinado.

Estudos anteriores constataram que o investimento em cirurgias ambulatoriais emerge como uma alternativa viável para aprimorar o acesso da população aos procedimentos cirúrgicos eletivos, apresentando-se como uma eficaz estratégia na mitigação das extensas listas de espera por esses procedimentos (Ribeiro, 2009; Abdulkareem, 2014). Alinhado a essa perspectiva, Caldinhas e Ferrinho (2013) ao analisarem 73 Hospitais, concluíram que conforme aumenta a porcentagem de cirurgias ambulatoriais, diminui a média do tempo geral

de espera para cirurgias eletivas. Ribeiro (2009) e Abdulkareem (2014) abordaram em seus estudos que a cirurgia ambulatorial assume um papel crucial no enfrentamento de longas filas de espera por procedimentos cirúrgicos eletivos.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O dilema da fila para cirurgias eletivas é complexo, envolvendo fatores como o descompasso entre demanda e oferta, o financiamento do sistema público de saúde e a distribuição desigual de profissionais de saúde. No que tange aos repasses de recursos, é pertinente traçar críticas ao modelo que distribui os recursos federais aos Estados de modo proporcional à população, sem considerar as necessidades de saúde. Esse modelo tem o potencial de acentuar desigualdades já existentes. Para mitigar essas desigualdades, é essencial considerar outros fatores além da população. Uma abordagem mais equitativa poderia levar em conta indicadores de saúde, como morbidade, mortalidade e prevalência de doenças, bem como a capacidade da infraestrutura de saúde de cada estado.

A fila se manifesta como uma realidade inevitável em sistemas de saúde com acesso universal. Em sistemas que não se orientam por essa premissa, a demanda pode ser igualmente presente, embora frequentemente as pessoas não detenham o direito de acessarem a fila. No contexto dos sistemas universais de saúde, a gestão da fila representa um dispositivo necessário para a garantia do acesso de forma equânime, garantindo que a espera seja proporcional à capacidade de esperar do indivíduo, considerando critérios éticos, sociais e biológicos.

O manejo da fila ocorre de forma autônoma pelos Estados, que desenvolvem seus próprios critérios e métodos de priorização. Isso pode resultar em disparidades significativas, pois alguns Estados adotam abordagens eficazes, enquanto outros podem dispor de métodos incipientes. A falta de coordenação nacional para o estabelecimento de diretrizes claras de priorização culmina na ausência de transparência em relação às filas de espera.

Sem coordenação nacional que estabeleça diretrizes claras e monitore o desempenho de cada estado, tornando público os dados relativos às filas, as análises ficam limitadas. Além disso, esse cenário dificulta o compartilhamento de melhores práticas e a aprendizagem mútua entre os diferentes estados. A coordenação nacional desempenharia um papel importante na disseminação das melhores práticas e ferramentas de priorização.

Estratégias de enfrentamento da fila incluem medidas de aumento da oferta, como ampliação de leitos e do quantitativo de especialistas, bem como o aumento da eficiência no uso da capacidade instalada (Hurst; Sicilliani, 2003). No que tange ao aprimoramento da eficiência na utilização da capacidade instalada, ações como a implementação de ferramentas e estratégias de gestão que visem o aumento do giro de leitos podem ser implementadas.

A gestão de leitos se manifesta como uma ferramenta fundamental para otimizar a produtividade dos hospitais. Ao controlar os processos relacionados à internação e cirurgia, é possível identificar gargalos e atuar para melhorar o processo, aumentando a capacidade de realização de cirurgias.

Nesse contexto, a Cirurgia Ambulatorial também representa uma expressão da eficácia de um sistema de saúde. Investir em cirurgias ambulatoriais, sempre que aplicáveis, reduz o uso das salas cirúrgicas hospitalares e permite que os especialistas concentrem seu tempo em casos mais complexos, otimizando o sistema como um todo.

Este trabalho buscou lançar luz sobre essa problemática complexa, ciente de que está longe de esgotar todos os aspectos desse tema abrangente. Dada a dimensão do problema, as alternativas para o enfrentamento devem ser multifatoriais, envolvendo o fortalecimento da APS como coordenadora do cuidado, elaboração de protocolos e diretrizes para diminuir os erros nos encaminhamentos e regulações, aplicação de ferramentas de gestão de leitos para aumentar a produtividade, e fortalecimento da coordenação nacional na elaboração de critérios de priorização bem definidos, pautados nas condições sociais e de saúde dos sujeitos, e com a possibilidade de reavaliação, considerando que o quadro de saúde do indivíduo se altera à medida que este aguarda na fila.

Conclui-se que não basta apenas alocar recursos financeiros, é imprescindível capacitar a gestão para lidar de modo eficaz com a complexidade da fila de espera. Dados sobre o tamanho das filas e o tempo de espera são cruciais para realizar análises mais robustas e embasar decisões. A transparência e a prestação de contas devem ser prioridades. Além disso, a avaliação do desfecho, resultado e impacto na qualidade de vida são componentes igualmente importantes para garantir um sistema de saúde equitativo e eficiente, que atenda plenamente às necessidades da população.

REFERÊNCIAS

ABDULKAREEM, I. H. The surgical waiting time initiative: a review of the Nigerian situation. **Nigerian Medical Journal**, Lagos, v. 55, n. 6, p. 443-451, 2014. DOI: 10.4103/0300-1652.144692.

AGUIAR, L. O. F.; LIRA, A. C. O. Transparência no Sistema Único de Saúde—iniciativas e desafios na divulgação eletrônica das listas de espera. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, Brasília, v. 7, n. 2, p. 110-123, 2018. DOI: <https://doi.org/10.17566/ciads.v7i2.491>.

ALVES, A. L. O. *et al.* Importância da gestão de leitos para qualidade do atendimento nas instituições de saúde. **Hospital Santo Antônio**, Blumenau, 2019. Disponível em: <http://www.hsan.com.br/wp-content/uploads/2019/11/A-Import%C3%A2ncia-da-Gest%C3%A3o-de-Leitos-Autores-Heloisa-Deidiane.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2023.

ARAÚJO, E. C.; LOBO, M. S. C.; MEDICI, A. C. Eficiência e sustentabilidade do gasto público em saúde no Brasil. **Jornal Brasileiro de Economia da Saúde**, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, p. 86-95, 2022. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/04/1363113/jbes-especialportugues-86-95.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2023.

BARROS, A. F. *et al.* Clinical pathways of breast cancer patients treated in the Federal District, Brazil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, 53, 14, 2019. DOI: 10.11606/S1518-8787.2019053000406.

BATISTA, J. P. M. **Caracterização da regulação do acesso aos procedimentos ambulatoriais no município do Rio de Janeiro frente ao segundo ano da pandemia de COVID-19**. 2022. 55 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva) – Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2022.

BATTAGLIA, F.; PINTO, C. F. Aplicando Lean na saúde. **Lean Institute Brasil**, São Paulo, 2014. Disponível em: <https://www.lean.org.br/artigos/262/aplicando-lean-nasaude.aspx>. Acesso em: 28 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 90, de 3 de fevereiro de 2023. Institui o Programa Nacional de Redução das Filas de Cirurgias Eletivas, Exames Complementares e Consultas Especializadas. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 2023a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei Complementar nº 200, de 30 de agosto de 2023. Institui regime fiscal sustentável para garantir a estabilidade macroeconômica do País e criar as condições adequadas ao crescimento socioeconômico, com fundamento no art. 6º da Emenda Constitucional nº 126, de 21 de dezembro de 2022, e no inciso VIII do caput e no parágrafo único do art. 163 da Constituição Federal; e altera a Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000 (Lei de Responsabilidade Fiscal). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 31 ago. 2023b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. **Manual de organização e funcionamento da atenção especializada no SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.388, de 9 de junho de 2022. Define os procedimentos cirúrgicos prioritários no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, estabelece recurso do Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde - Grupo de Atenção Especializada, a ser incorporado ao limite financeiro de Média e Alta Complexidade - MAC dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, altera e exclui atributos e inclui procedimento na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Prótese e Materiais Especiais do SUS. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 2022b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.641, de 21 de dezembro de 2020. Define, para o exercício de 2021, a estratégia de acesso aos Procedimentos Cirúrgicos Eletivos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Relatório de Gestão 2016**. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde, 2017a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.294, de 25 de maio de 2017. Define, para o exercício de 2017, a estratégia para ampliação do acesso aos Procedimentos Cirúrgicos Eletivos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 2017b.

BRASIL. Emenda Constitucional 241/2016, Proposta de Emenda à Constituição. Transformada na Emenda Constitucional 95/2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal. 2016a

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Relatório de Gestão 2015**. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde, 2016b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.034, de 22 de julho de 2015. Redefine a estratégia para ampliação do acesso aos Procedimentos Cirúrgicos Eletivos de Média Complexidade, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) para o exercício de 2015. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa Departamento de Articulação Interfederativa Coordenação-Geral de Contratualização Interfederativa. **O Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde – COAP**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Rede Interagencial de Informação para a Saúde (RIPSA)**: Indicadores e Dados Básicos - Brasil - 2012 IDB-2012. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. 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. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 23 nov. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Procedimentos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Aprova as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.559, de 1º de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 204, de 29 de janeiro de 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 29 jan. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 252, de 6 de fevereiro de 2006. Institui a Política Nacional de Procedimentos Cirúrgicos Eletivos de Média Complexidade Ambulatorial e Hospitalar. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.372, de 1º de julho de 2004. Institui Política Nacional de Procedimentos Cirúrgicos Eletivos de Média Complexidade e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 1 jul. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001. Aprovar, na forma do Anexo desta Portaria, a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2002 que amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; estabelece o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria GM nº 279, de 7 de abril de 1999. Dispõe sobre a Campanha Nacional de Mutirões de Cirurgias Eletivas. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 7 de abr. 1999a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 531, de 30 de abril de 1999. Estabelece a programação dos recursos destinados ao custeio da Assistência Ambulatorial, de média e alta complexidade, e Hospitalar. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 1999b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Conjunta nº 1, de 5 de maio de 1999. Estabelece a programação dos recursos destinados ao custeio da Assistência Ambulatorial, de média e alta complexidade, e Hospitalar. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 5 maio 1999c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 20 set. 1990.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BITTENCOURT, R. J. *et al.* Gestão de filas para cirurgias eletivas: overview de revisões sistemáticas. **Brasília Médica**, Brasília, v. 57, p. 30-42, 2020. DOI: 10.5935/2236-5117.2020v57a03.

BRITO, M. P. **Aplicação de técnicas de gestão avançada Lean Helthcare para otimizar o fluxo de pacientes do pronto-socorro de um hospital universitário público de Belo Horizonte**. 2018. 90 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Aplicadas à Saúde do Adulto) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2018. Disponível em: <http://hdl.handle.net/1843/BUOS-BCDPTM>. Acesso em: 12 ago. 2023.

CALDINHAS, P. M.; FERRINHO, P. Cirurgia de ambulatório e a espera para cirurgia eletiva. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 314-327, jun. 2013. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2013000200008>.

CANO, J. G. *et al.* Identificación de las variables de influencia em los tiempos de espera em atención especializada. **Gaceta Sanitaria**, Barcelona, v. 17, n. 5, p. 368-374, 2003. Disponível em: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112003000500005. Acesso em: 12 ago. 2023.

CARVALHO, T. C.; GIANINI, R. J. Equidade no tempo de espera para determinadas cirurgias eletivas segundo o tipo de hospital em Sorocaba, SP. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 11, n. 3, p. 473-483, 2008. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2008000300014>.

CASTORO, C. *et al.* **Day surgery: making it happen**. Brussels: European Observatory on Health Systems and Policies, 2007. (Policy Brief, n. 12). Disponível em: www.euro.who.int/document/E90295.pdf. Acesso em: 15 ago. 2023.

CERDEIRA, A. K. L. A. *et al.* Metodologia kanban como estratégia na gestão de leitos no hospital universitário professor Edgard Santos Hupes. **Revista Brasileira de Inovação Tecnológica em Saúde**, Natal, v. 9, n. 3, 2020. DOI: <https://doi.org/10.18816/r-bits.vi0>.

CHEN, Z. *et al.* The relationship between waiting time for radiotherapy and clinical outcomes: a systematic review of the literature. **Radiotherapy and Oncology**, Heidelberg, v. 87, n. 1, p. 3-16, 2008. DOI: 10.1016/j.radonc.2007.11.016.

COLLINS, B. *et al.* Nursing resource implications of the unoccupied bed. **Australian Journal of Advanced Nursing**, Melbourne, v. 27, n. 4, p.13-1, 2010. Disponível em: https://research-repository.griffith.edu.au/bitstream/handle/10072/37134/68833_1.pdf?sequence=1. Acesso em: 15 jul. 2023.

CULLIS, J. G.; JONES, P. R. Rationing by waiting lists: an implication. **The American Economic Review**, [s. l.], v. 76, n. 1, p. 250-256, 1986.

DAIN, S. Os vários mundos do financiamento da Saúde no Brasil: uma tentativa de integração. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, supl., p. 1851-1864, 2007. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000700008>.

DATASUS. **Passo a passo para execução dos procedimentos cirúrgicos eletivos**. Brasília: Datasus, 2011.

DÉRY, J. *et al.* A systematic review of patient prioritization tools in non-emergency healthcare services. **Systematic Reviews**, [s. l.], v. 9, p. 227, 2020. DOI: 10.1186/s13643-020-01482-8.

DEW, K.; KEEFE, V.; SMALL, K. 'Choosing' to work when sick: workplace presenteeism. **Social Science & Medicine**, [s. l.], v. 60, n. 10, p. 2273-2282, 2005. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.10.022>.

DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. **Archives of Pathology & Laboratory Medicine**, [s. l.], v. 114, n. 11, p. 1115-1118, Nov. 1990.

FARIA, E. *et al.* Nova abordagem de gerenciamento de leitos associada à agenda cirúrgica. **RAS - Revista de Administração em Saúde**, São Paulo, v. 12, n. 47, abr./jun. 2010.

FREITAS, H. D. **A utilização da pesquisa operacional para o gerenciamento dos leitos em um hospital particular**: estudo de caso baseado em simulação computacional. 2013. 80 f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2013.

GOMES, S. L. R.; MENDONÇA, M. A. R.; SOUZA, C. M. Literatura cinzenta. *In*: CAMPELLO, B. S.; CENDÓN, B. V.; KEMER, J. M. (org.). **Fontes de informação para pesquisadores e profissionais**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2000. p. 97-104.

GRABAN, M. **Hospitais lean**: melhorando a qualidade, a segurança dos pacientes e o envolvimento dos funcionários. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2013.

GUTACKER, N.; SICILIANI, L.; COOKSON, R. Waiting time prioritisation: evidence from England. **Social Science & Medicine**, [s. l.], v. 159, p. 140-151, 2016. DOI: 10.1016/j.socscimed.2016.05.007.

HADOR, D. C. *et al.* Setting priorities for waiting lists: defining our terms. **Canadian Medical Association Journal**, Ottawa, v. 163, n. 7, p. 857-860, 2000.

HURST, J.; SICILIANI, L. **Tackling excessive waiting times for elective surgery**: a comparison of policies in twelve OECD countries. Paris: OECD, 2003. (OECD Working Papers, 6).

IVERSEN, T. A theory of hospital waiting lists. **Journal of Health Economics**, [s. l.], v. 12, n. 1, p. 55-71, abr. 1993. DOI: 10.1016/0167-6296(93)90040-1.

JACCOUD, L. B.; VIEIRA, F. S. **Federalismo, integralidade e autonomia no SUS**: Desvinculação da aplicação de recursos federais e os desafios da coordenação. Brasília: Ipea, 2018. (Texto para Discussão, n. 2399).

JACOBS, R. *et al.* **Waiting for health care**: a summary of the evidence in the UK. New York: Centre for Health Economics, University of York, 2003. p. 1-8.

KIRK, J. M.; KIRK, E. J.; MARY, S. Mais Médicos: Cuba's medical internationalism programme in Brazil. **Bulletin of Latin American Research**, [s. l.], v. 35, n. 4, p. 467-480, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1111/blar.12418>.

KREINDLER, S. A. Policy strategies to reduce waits for elective care: a synthesis of international evidence. **British Medical Bulletin**, Oxford, v. 95, p. 7-32, 2010. DOI: 10.1093/bmb/ldq014.

LAGE JUNIOR, M.; GODINHO FILHO, M. Adaptações ao sistema kanban: revisão, classificação, análise e avaliação. **Gestão & Produção**, v. 15, n. 1, p. 173-188, 2008. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-530X2008000100015>.

LOMBARDO, M. S., POPIM, R. C. Acesso do paciente à rede oncológica na vigência da “Lei dos Sessenta Dias”: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 73, n. 5, e20190406, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0406>.

MACCORMICK, A. D.; COLLECUTT, W. G.; PARRY, B. R. Prioritizing patients for elective surgery: a systematic review. **ANZ Journal of Surgery**, [s. l.], v. 73, n. 8, p. 633-642, 2003. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1046/j.1445-2197.2003.02605.x>. Acesso em: 10 ago. 2023.

MACIEL FILHO, R. **Estratégias para a distribuição e fixação e médicos em sistemas nacionais de saúde**: o caso brasileiro. 2007. 266 f. Tese (Doutorado em Ciências Humanas e Saúde) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <http://bdtd.uerj.br:8443/handle/1/4695>. Acesso em: 12 ago. 2023.

MASSENBURG, B. B. *et al.* Assessing the Brazilian surgical system with six surgical indicators: A descriptive and modelling study. **BMJ Global Health**, [s. l.], v. 2, n. 2, p. 1-9, 2017. DOI: 10.1136/bmjgh-2016-000226.

MOJON-AZZI, S. M.; MOJON, D. S. Waiting times for surgical procedures in ten European Countries. **Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement**, [s. l.], v. 13, n. 2, p. 92-98, 2008. DOI: 10.1055/s-2007-963538.

MORAES, M. **Tomada de decisão na priorização de pacientes em fila de espera cirúrgica baseada em aprendizado de máquina**. 2021. 102 f. Dissertação (Mestrado em Gestão para a Competitividade) – Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2021. Disponível em: <https://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/handle/10438/31138>. Acesso em: 10 ago. 2023.

MURRAY, M.; BERWICK, D. M. Advanced access: reducing waiting and delays in primary care. **JAMA**, Chicago, v. 289, n. 8, p. 1035-1040, 2003. DOI: 10.1001/jama.289.8.1035.

OECD. Organization for Economic Co-operation and Development. **The OECD project on waiting times**. Paris: OECD, 2018. Disponível em: <http://www.oecd.org/els/healthsystems/oecd-project-on-waiting-times.htm>. Acesso em: 05 nov. 2023.

OLIVEIRA, R. S. **Kanban e curva ABC**: ferramentas de gestão estratégica aplicáveis a unidades hospitalares de abastecimento farmacêutico. 2018. 55 f. Monografia (Graduação em Farmácia) – Escola de Farmácia, Universidade Federal de Ouro Preto, Ouro Preto, 2018.

OLIVEIRA, A. P. C. *et al.* Desafios para assegurar a disponibilidade e acessibilidade à assistência médica no Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1165-1180, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.31382016>.

LOUDHOFF, J. P. *et al.* Waiting for elective surgery: effect on physical problems and postoperative recovery. **ANZ Journal of Surgery**, [s. l.], v. 77, n. 10, p. 892-898, out. 2007. DOI: 10.1111/j.1445-2197.2007.04268.x.

PEDROSO, M. C.; MALIK, A. M. As quatro dimensões competitivas da saúde. **Harvard Business Review Brasil**, [s. l.], v. 89, n. 3, p.58-67, 2011.

PEREIRA, S. R. *et al.* Sistemas de informação para gestão hospitalar. **Journal of Health Informatics**, São Paulo, v. 4, n. 4, p. 170-175, out./dez. 2012.

PIERANTONI, C. R. **Fortalecimento da capacidade de planejamento de recursos humanos para sistemas nacionais de saúde**. Belo Horizonte: UFMG, 2013.

PINOCHET, L. H. C; LOPES, A. S.; SILVA, J. S. Inovações e tendências aplicadas nas tecnologias de informação e comunicação na gestão da saúde. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde**, São Paulo, v. 3, n. 2, p. 11-29, dez. 2014. DOI: <https://doi.org/10.5585/rgss.v3i2.88>.

PORTELLA, P. R. L. G. **Regulação assistencial: um estudo de caso da fila de espera e absenteísmo na Unidade Pernambucana de Atendimento Especializado (UPAE)–Petrolina/PE**. 2019. 96 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2019. Disponível em: <https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/39170>. Acesso em: 15 ago. 2023.

PORTER, M. E.; TEISBERG, E. O. **Repensando a saúde: estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos**. Porto Alegre: Bookman Companhia Editora, 2007.

PÓVOA, L.; ANDRADE, M. V. Distribuição geográfica dos médicos no Brasil: uma análise a partir de um modelo de escolha locacional. **Cadernos de Saúde Pública**, São Paulo, v. 22, n. 8, p. 1555-1564, 2006. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2006000800004>.

RAFFA, C.; MALIK, A. M.; PINOCHET, L. H. C. A Tecnologia da informação no apoio à gestão de leitos: um estudo multicaso em hospitais privados. **Revista Administração em Diálogo**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 1-23, ago. 2017. DOI: <https://doi.org/10.23925/2178-0080.2017v19i3.31356>.

RANSOM, S. B. *et al.* The effect of capitated and fee-for-service remuneration on physician decision making in gynecology. **Obstetrics & Gynecology**, Washington, DC, v. 87, n. 5, p. 707-710, 1996. DOI: 10.1016/0029-7844(96)00008-7.

RIBEIRO, J. M. Desenvolvimento do SUS e racionamento de serviços hospitalares. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 771-782, 2009. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000300013>.

- ROCHA, D. C. **Gestão do cuidado na atenção especializada**: elementos para pensar uma política. 2014. 201 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Coletiva, Política e Gestão em Saúde) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2014. Disponível em: <https://repositorio.unicamp.br/acervo/detalhe/936717>. Acesso em: 15 ago. 2023.
- RODRIGUES, A. S.; ALENCAR, L. C. F. S.; BRANCO, V. R. M. C. Efetividade da Lei nº 12.732/2012 na assistência às neoplasias malignas e sua associação com a mortalidade no Estado do Amazonas. **Revista Eletrônica Direito e Sociedade - REDES**, Canoas, v. 8, n. 1, p. 49-61, 2020. DOI: <http://doi.org/10.18316/REDES.v8i1.5895>.
- ROSSI, P.; DWECK, E. Impactos do novo regime fiscal na saúde e educação. **Cadernos de Saúde Pública**, São Paulo, v. 32, n. 12, p. e00194316, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00194316>.
- SANTOS, A. A. **Causas de cancelamentos de cirurgias eletivas**: uma revisão integrativa. 2020. 33 f. Monografia (Bacharelado em Enfermagem) – Faculdade Evangélica de Goianésia, Goianésia, 2020. Disponível em: <http://repositorio.aee.edu.br/handle/aee/18577>. Acesso em: 10 ago. 2023.
- SANTOS, J. S. *et al.* Cirurgia ambulatorial: do conceito à organização de serviços e seus resultados. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 41, n. 3, p. 274-286, 2008. DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v41i3p274-286>.
- SCHEFFER, M. *et al.* **Demografia médica no Brasil 2023**. São Paulo: FMUSP: AMB, 2023.
- SCHEFFER, M. C. *et al.* The state of the surgical workforce in Brazil. **Surgery**, [s. l.], v. 161, n. 2, p. 556-561, 2017. DOI: [10.1016/j.surg.2016.09.008](https://doi.org/10.1016/j.surg.2016.09.008).
- SICILIANI, L.; VERZULLI, R. Waiting times and socioeconomic status among elderly Europeans: evidence from SHARE. **Health Economics**, [s. l.], v. 18, n. 11, p. 1295-1306, 2009. DOI: [10.1002/hec.1429](https://doi.org/10.1002/hec.1429).
- SICILIANI, L.; MORAN, V.; BOROWITZ, M. Measuring and comparing health care waiting times in OECD countries. **Health Policy**, [s. l.], v. 118, n. 3, p. 292-303, Dec. 2014. DOI: [10.1016/j.healthpol.2014.08.011](https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2014.08.011).
- SICILIANI, L.; HURST, J. Explaining waiting-time variations for elective surgery across OECD countries. **OECD Economic Studies**, [s. l.], v. 38, n. 1, p. 95-123, mar. 2004.
- SICILIANI, L.; HURST, J. Tackling excessive waiting times for elective surgery: a comparative analysis of policies in 12 OECD countries. **Health Policy**, [s. l.], v. 72, n. 2, p. 201-215, May 2005. DOI: [10.1016/j.healthpol.2004.07.003](https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2004.07.003).
- SICILIANI, L.; VERZULLI, R. Waiting times and socioeconomic status among elderly Europeans: evidence from SHARE. **Health Economics**, [s. l.], v. 18, n. 11, p. 1295-306, Nov. 2009. DOI: [10.1002/hec.1429](https://doi.org/10.1002/hec.1429).

SILVA, J. C. R. **Cirurgias eletivas**: um estudo sobre a funcionalidade dos procedimentos de média complexidade. 2017. 26 f. Monografia (Bacharelado em Administração Pública) – Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2017. Disponível em: <https://app.uff.br/riuff/handle/1/6397?locale-attribute=em>. Acesso em: 20 jul. 2023.

BATISTA, J. P. M. **Caracterização da regulação do acesso aos procedimentos ambulatoriais no município do Rio de Janeiro frente ao segundo ano da pandemia de COVID-19**. 2022. 55 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva) – Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2022.

SIU, A. L. *et al.* Use of the hospital in a randomized trial of prepaid care. **JAMA**, Chicago, v. 259, n. 9, p. 1343-1346, Mar. 1988.

SOBRAL, G. S. *et al.* Análise do tempo para início do tratamento oncológico no Brasil: fatores demográficos e relacionados à neoplasia. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 68 n. 3, jul./set. 2021. DOI: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2022v68n3.2354>.

SOLANS-DOMÈNECH, M. *et al.* Development and validation of a questionnaire to measure research impact. **Research Evaluation**, [s. l.], v. 28, n. 3, p. 253-262, July 2019. DOI: <https://doi.org/10.1093/reseval/rvz007>.

SOLLA, J.; CHIORO, A. Atenção ambulatorial especializada. *In*: GIOVANELLA, L. *et al.* (org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p. 627-673.

SOUSA, C. T. S. **Protocolo de solicitação de cirurgias eletivas pelos médicos das unidades da estratégia de saúde da família no município de Goiânia**. 2014. 91 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2014. Disponível em: <https://repositorio.bc.ufg.br/tede/handle/tede/5462>. Acesso em: 23 jul. 2023.

SOUSA, A.; DAL POZ, M. R.; BOSCHI-PINTO, C. Reducing inequities in neonatal mortality through adequate supply of health workers: evidence from newborn health in Brazil. **PLoS One**, San Francisco, v. 8, n. 9, p. e74772, 2013. DOI: 10.1371/journal.pone.0074772.

SOUSA, P. R. *et al.* Gestão do Fluxo de Pacientes em Internações Relacionadas ao Pronto Socorro :aplicação da Metodologia Kanban. **Revista de Inovação Hospitalar e Inovação em Saúde**, Belo Horizonte, v. 14, n. 1, p. 1-18, 2017. Disponível em: <https://www.fdc.org.br/conhecimento/publicacoes/artigo-33059>. Acesso em: 15 ago. 2023.

SOUZA, M. O. *et al.* Implementação financeira e o impacto do mutirão de cirurgias de varizes, após a criação do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC). **Jornal Vascular Brasileiro**, Porto Alegre, v. 10, n. 4, p. 302-307, 2011. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1677-54492011000400008>.

SOUZA, M. O. *et al.* Implementação financeira e o impacto do mutirão de cirurgias de varizes, após a criação do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC). **Jornal Vascular Brasileiro**, Porto Alegre, v. 10, p. 302-307, 2011. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1677-54492011000400008>.

SOUZA, S. C.; SUNYE, M. S.; ALÉO, D. S. Uma solução para o controle do fluxo das filas de cirurgias eletivas do Sistema Único de Saúde (SUS): Sistema de Gerenciamento de Filas (SIGEFI). **Revista de Saúde Digital e Tecnologias Educacionais**, Fortaleza, v. 4, n. 2, p. 144-162, ago./dez. 2019. Disponível em: <https://repositorio.ufc.br/handle/riufc/49175?mode=full>. Acesso em: 15 ago. 2023.

TANIGUCHI, F. P. **Modelos de serviços em atenção cirúrgica**. São Paulo: Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, 2015.

TESSER, C. D.; POLI, N. P. Atenção especializada ambulatorial no Sistema Único de Saúde: para superar um vazio. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 941-951, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017223.18842016>.

VIACAVA, F. *et al.* Avaliação de desempenho de sistemas de saúde: um modelo de análise. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 921-934, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000400014>.

WILLCOX, S. *et al.* Measuring and reducing waiting times: a cross-national comparison of strategies. **Health Affairs**, Millwood, v. 26, n. 4, p. 1078-1087, 2007. DOI: 10.1377/hlthaff.26.4.1078.

WOMACK, J. P.; JONES, D. T.; ROSS, D. **A máquina que mudou o mundo**. 14. ed. Rio de Janeiro: Campus, 1992.