

ESPERA INOVADORA ¹

Lilian Costa Rocha ²

Valessa Belo Santos ³ Ilka

Kassandra Belfort ⁴

RESUMO

Quem depende do SUS para realizar uma consulta ou exame sabe como a espera pode ser longa. Com equipes formadas por um número insuficiente de profissionais, que precisam trabalhar sobrecarregados para atender a demanda, a qualidade e a rapidez do atendimento ficam comprometidas. Pelo menos 746 pedidos de cirurgias eletivas constam pendentes na lista de regulação dos estados e capitais há mais de 10 anos. O número foi extraído apenas das filas dos estados e capitais que atenderam ao pedido de acesso à informação analisados pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), mas já revelam uma sistêmica fragilidade na gestão do SUS, que aflige pacientes e famílias em todo o País.

PALAVRAS-CHAVE: SUS; Espera; Profissionais; Cirurgias.

INTRODUÇÃO

A fila de espera é uma lista de pacientes que necessitam de um mesmo tratamento ou serviço médico cuja demanda é maior que a oferta. Metaforicamente, os pacientes na fila habitam uma sala de espera virtual, aguardando um mesmo procedimento, sendo chamados um por vez, de acordo com a ordem da fila. A fila de espera para cirurgias eletivas é uma realidade em muitos hospitais gerais do país, com nuances regionais quanto aos procedimentos com fila maior ou menor, seja medida em número de pacientes ou em tempo de espera. Apesar de fazer parte do dia-a-dia do cirurgião que trabalha em serviço público, o problema da fila de espera é muito pouco abordado pela comunidade médica e científica, talvez por parecer tratar-se de uma discussão que não pertence aos meios acadêmicos e sim às instâncias governamentais. Todavia é preciso salientar que o acesso equitativo, justo e universal aos serviços de saúde deve ser uma preocupação constante

² Aluno do Curso de Gestão Hospitalar da Faculdade Laboro, e-mail: liliancostarocha2017@gmail.com ³

Aluno do Curso de Gestão Hospitalar da Faculdade Laboro, e-mail: valessabelo1996@gmail.com

⁴ Orientador (a) do Trabalho. Professor (a) Mestre da Faculdade Laboro. e-mail: ilkabelfort@gmail.com

não só do governo como de todos os profissionais envolvidos no atendimento à rede pública. Muito pode ser feito em nível local a respeito das filas de Espera no nosso país.

Um estudo do Conselho Federal de Medicina revela que 904 mil pessoas esperam por esse tipo de procedimento. O projeto, de autoria do senador Reguffe (sem partidoDF), quer dar mais transparência a essa fila e, por isso, estabelece que os hospitais públicos e clínicas particulares que fazem operações pelo SUS informem pela internet a lista de agendamento de cirurgias eletivas, com a identificação do paciente, a data de ingresso e a posição na fila. Para o relator da proposta, senador Otto Alencar (PSD-BA), a iniciativa vai evitar fraudes, a venda de lugares e a chamada “carteirada”, quando alguém fura a fila com a influência de autoridades ou políticos. Ouça a reportagem de George Cardim, da Rádio Senado.

Fonte: Agência Senado

Justificativa

Um dos maiores desafios na saúde pública é reduzir as filas extensas de espera para consultas, exames ou processos cirúrgicos onde o cenário é muito mais tenso e complexo. Constata-se em hospitais públicos, um processo manual de atendimento, sem gerenciamento efetivo e eficaz, bem como a falta de tecnologia dificultando o processo de atendimento. Isso implica na dificuldade de acesso dos usuários ao Sistema Único de Saúde (SUS). . Tendo como objetivos específicos descrever o panorama atual quanto às deficiências no processo de gestão da fila de cirurgia eletiva, demonstrar a relevância da informatização para o avanço e melhoria na metodologia de gestão da fila, relatar as possibilidades de aperfeiçoamento no processo produtivo da fila de cirurgia eletiva I, apresentar relatórios gerenciais disponibilizados pela ferramenta computacional SIGEFI que contribuem significativamente nas decisões quanto ao gerenciamento e realização do ordenamento nos processos de agendamento e acompanhamento ao paciente cirúrgico, expor a importância da disponibilização de informações ao paciente quanto a sua posição na fila de cirurgia eletiva por meio de acesso online.

<http://www.simers.org.br/noticia/na-fila-de-espera-realidade-enfrentada-pelapopulacao-que-busca-atendimento>

Objetivos

O objetivo principal deste trabalho é criar um aplicativo do software para diminuição da fila de espera de cirurgia do sus.

REFERENCIAL TEÓRICO

Fila de espera para cirurgias eletivas pelo SUS chega a 900 mil pessoas. (notícia da G1.globo.com) Tem paciente aguardando por uma cirurgia há dez anos. A maioria precisa ser operada de catarata, hérnia, vesícula e varizes.

Quase um milhão de brasileiros precisam fazer uma cirurgia e não conseguem. Os números são do Conselho Federal de Medicina, que conseguiu os dados de estado em estado por meio da Lei de Acesso à Informação. Tem quem esteja esperando por uma cirurgia há dez anos.

Não adianta sofrer há três anos e ter todos os exames na mão. A dona de casa Maria de Carvalho espera para fazer uma cirurgia na bexiga em Presidente Prudente, no interior de São Paulo. Agora, trocou de médico e vai esperar ainda mais: “Tenho que voltar à estaca zero, tem que passar por ele de novo para examinar todos os meus exames, sendo que eu já podia ter feito essa cirurgia. Vou ter que começar do nada”.

A realidade é que tem muita gente com um problema de saúde, que precisa fazer uma cirurgia eletiva pela rede pública, ou seja, sem grande urgência, e simplesmente não consegue vaga. Só que agora, o Conselho Federal de Medicina traduziu essa percepção em números: são 904 mil pessoas nessa situação. Quase um milhão de brasileiros que precisam fazer alguma cirurgia pelo SUS e simplesmente não conseguem.

A maioria está precisando ser operada de catarata, de hérnia, retirada de vesícula e de varizes. Gente que chega a esperar mais de dez anos por uma cirurgia como essas. Quase 750 pessoas incrivelmente estão nessa situação. Para o ministro da Saúde, Ricardo Barros, reduzir ou zerar essa fila é impossível pelo menos até o fim do ano que vem: “Muitas pessoas estão na fila do município, na fila do hospital e na fila do estado e contam com uma demanda que de fato não existe. Então, até que a gente termine a informatização de todo o sistema de saúde, até o fim de 2018, não teremos como ajustar isso.

Essa fila, apesar de já absurda, é certamente muito maior porque Acre, Amapá, Piauí, Rio de Janeiro e Sergipe ignoraram o pedido de informações do Conselho. Espírito Santo, Mato Grosso, Amazonas e até o Distrito Federal informaram que simplesmente não souberam responder. Roraima e Santa Catarina se negaram a responder.

“Esses pacientes que nós estamos tratando, os eletivos, quer sejam cirúrgicos ou clínicos, não têm uma face. Eles não têm nem um número, porque nós não sabemos a demanda, quantas centenas de milhares de brasileiros ou milhões de brasileiros que estão nessa situação, necessitando de atendimento especializado, seja ele clínico ou cirúrgico, sem ter acesso a esse especialista pelo Sistema Único de Saúde”, explica Mauro Luiz de Britto Ribeiro, presidente em exercício do Conselho Federal de Medicina.

Enquanto a situação é essa, Tiago continua já há nove anos esperando por uma cirurgia na traqueia. Só agora, depois de quase uma década, ele conseguiu um encaminhamento do litoral de São Paulo, onde mora com a mãe, Valdisandra para o Hospital das Clínicas da capital. “São nove anos. Não são nove meses nem nove dias. É muito tempo. E pode provocar outras coisas piores do tempo que ele tá”, lamenta a mãe.

Classificação das Cirurgias

As cirurgias podem ser classificadas quanto à urgência cirúrgica que engloba:

- Cirurgia eletiva:

Tratamento cirúrgico proposto, mas cuja realização pode aguardar ocasião mais propícia, ou seja, pode ser programado. Por exemplo: mamoplastia, gastrectomia.

- Cirurgia de urgência:

Tratamento cirúrgico que requer pronta atenção e deve ser realizado dentro de 24 a 48 horas. Por exemplo: apendicectomia, brida intestinal.

- Cirurgia de emergência:

Tratamento cirúrgico que requer atenção imediata por se tratar de uma situação crítica. Por exemplo: Ferimento por arma de fogo em região precordial, hematoma subdural.

As cirurgias podem ser classificadas de acordo com a finalidade do tratamento cirúrgico:

- Cirurgia Curativa:

Tem por objetivo extirpar ou corrigir a causa da doença, devolvendo a saúde ao paciente. Para essa finalidade é necessário às vezes a retirada parcial ou total de um órgão. Este tipo de cirurgia tem uma significação menos otimista quando se trata de câncer, neste caso, a operação curativa é aquela que permite uma sobrevida de alguns anos. Ex.

Apendicectomia.

- Cirurgia Paliativa:

Tem a finalidade de atenuar ou buscar uma alternativa para aliviar o mal, mas não cura a doença. Ex. Gastrostomia.

- Cirurgia Diagnóstica:

Realizada com o objetivo de ajudar no esclarecimento da doença.

Ex. laparotomia exploradora.

- Cirurgia Reparadora:

Reconstitui artificialmente uma parte do corpo lesada por enfermidade ou traumatismo.

Ex. enxerto de pele em queimados.

- Cirurgia Reconstructora / cosmética / plástica:

Realizada com objetivos estéticos ou reparadores, para fins de embelezamento. Ex. Rinoplastia, mamoplastia, etc.

As cirurgias podem ainda ser classificadas quanto ao porte cirúrgico ou risco cardiológico (pequeno, médio ou grande porte), ou seja, a probabilidade de perda de fluidos e sangue durante sua realização.

- Grande porte: Com grande probabilidade de perda de fluido e sangue. Por exemplo: cirurgias de emergência, vasculares arteriais.

- Médio Porte: Com média probabilidade de perda de fluido e sangue. Por exemplo: cabeça e pescoço – ressecção de carcinoma espinocelular, ortopedia - prótese de quadril.

- Pequeno porte:

Com pequena probabilidade de perda de fluido e sangue. Por exemplo: plástica mamoplastia e endoscopia.

Quanto ao tempo de duração as cirurgias ainda podem ser classificadas quanto a:

- Porte I: com tempo de duração de até 2 horas. Por exemplo: rinoplastia.

- Porte II: cirurgias que duram de 2 a 4 horas. Por exemplo: colecistectomia, gastrectomia.

- Porte III: de 4 a 6 horas de duração. Por exemplo: Craniotomia.

- Porte IV: com tempo de duração acima d 6 horas. Por exemplo: transplante de fígado.

Quanto ao potencial de contaminação da cirurgia:

- Cirurgia limpa:

Eletiva, primariamente fechada, sem a presença de dreno, não traumática. Realizadas em tecidos estéreis ou passíveis de descontaminação, na ausência de processo infeccioso e inflamatório local. Cirurgias em que não ocorreram penetrações nos tratos digestivo, respiratório ou urinário. Por exemplo: mamoplastia.

- Cirurgia potencialmente contaminada:

Realizada em tecidos colonizados por microbiota pouco numerosa ou em tecido de difícil descontaminação, na ausência de processo infeccioso e inflamatório, e com falhas técnicas discretas no transoperatório. Cirurgias com drenagem aberta enquadram-se nesta

categoria. Ocorre penetração nos tratos digestivo, respiratório ou urinário sem contaminação significativa. Por exemplo: colecistectomia com colangiografia.

- Cirurgia contaminada:

Cirurgia realizada em tecidos abertos e recentemente traumatizados, colonizados por microbiota bacteriana abundante, de descontaminação difícil ou impossível, bem como todas aquelas em que tenha ocorrido falha técnica grosseira, na ausência de supuração local; presença de inflamação aguda na incisão e cicatrização de segunda intenção ou grande contaminação a partir do tubo digestivo. Obstrução biliar ou urinária também se inclui nesta categoria. Por exemplo: hemicolectomia.

- Cirurgia infectada:

São todas as intervenções cirúrgicas realizadas em qualquer tecido ou órgão em presença de processo infeccioso (supuração local), tecido necrótico, corpos estranhos e feridas de origem suja. Por exemplo: cirurgias de reto e ânus com secreção purulenta.

Tem-se ainda a classificação de cirurgias conforma a tabela utilizada pelo sistema de cobrança dos hospitais segundo a Associação Médica Brasileira (AMB) que caracteriza de acordo com o procedimento anestésico. Varia do porte 0 a 8, sendo o porte zero, um procedimento com anestesia local e por ordem crescente, cresce a complexidade anestésica e conseqüentemente a cirúrgica.

As cirurgias também podem ser classificadas de acordo com a Associação Médica Brasileira (AMB), que diz:

Para a AMB as cirurgias são classificadas de porte 0 a 8, sendo o porte zero um procedimento com anestesia local e à medida que se utiliza a classificação em ordem crescente, existe também crescimento da complexidade cirúrgica. Portanto, trata-se de uma classificação com finalidade de cobrança do convênio e Serviço Único de Saúde (SUS), principalmente dos honorários médicos (anestesista e cirurgião), da instrumentação cirúrgica e da sala de operação.

A dificuldade de acesso do cidadão ao sistema público de saúde se inicia na porta de entrada do SUS, com a dificuldade de agendamento; prossegue no acesso às especiali

dades médicas; e, por fim, após o diagnóstico e sua indicação de tratamento, culmina na lista de espera, que pode persistir por anos.

<https://www.portaleducacao.com.br/conteudo/artigos/enfermagem/classificacao-dascirurgias/23157>

METODOLOGIA

O estudo constatou pelo menos 750 solicitações de cirurgias eletivas ainda pendentes na lista de regulação dos estados e capitais há mais de 10 anos. Vale salientar que estes resultados têm como fonte informações oficiais de 16 estados e 10 capitais, e são lamentáveis as negativas de resposta por gestores, o que contribui para a falta de transparência da dimensão deste grave problema na saúde pública do País. (Portal CFM). Por este motivo achamos melhor desenvolver o aplicativo com o nome: Espera Inovadora para celulares Android, vem sendo criado para facilitar o acesso do paciente á marcação de sua cirurgia e poder acompanhar todo os processos de sua cirurgia.

Para entrar no portal do paciente é necessário inserir o CPF e uma senha. Por este aplicativo o paciente também saberá a quantidade de pessoas a sua frente e quantos dias ficará faltando para o seu atendimento, hora e local de sua cirurgia.

O aplicativo já indica se o atendimento é de Urgência ou Emergência, dessa forma o paciente saberá com mais facilidade qual o seu tempo de espera.

RESULTADOS

Sendo assim, os resultados esperados e obtidos foram criar um produto que gerasse melhorias na viabilidade do trabalho atual, corrigindo as não conformidades, melhorando os indicadores de desempenho no modus operandi de gestão da fila de cirurgia eletiva, o aprimoramento dos processos de trabalho da fila de cirurgia eletiva, o acesso às informações de agendamento da fila cirúrgica, disponibilizar relatórios gerenciais e desta forma incrementar os incentivos financeiros na integralidade dos sistemas de informação do SUS, propiciando indicadores de monitoramento de tempo médio de espera na fila de cirurgia eletiva e reserva de leitos cirúrgicos.

1. Informativo do Hospital Universitário da UFAL. HU muda sistema de marcação de consulta. Maceió; Primeira quinzena de outubro de 2004.

2. Há 1 ano, desempregado costuma beber e vender vaga na fila na calçada de hospital. Recife; Jornal do Comércio 20.08.00.
3. Hill GB. Death on the waiting list for cardiac surgery. JAMC 2003; 170(3): 354-5.
4. Yates J. Waiting for ENT opinion and treatment: will things ever improve? Clin Otolaryngol 2001; 26(3): 197-213.
5. Ezekowitz JA, Armstrong PW. The waiting game: facing the consequences. CMAJ 2002; 167(11): 1247-8.
6. *Hospital conseguiu reduzir fila de espera de pacientes*. Rio de Janeiro, O Dia, 25 de abril de 2004.
7. Hadorn DC, et al. Setting priorities for waiting lists: defining our terms. CMAJ 2000; 163(7): 857-60.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com este trabalho compreendemos a dificuldade que ainda existe nos SUS para marcar cirurgias e com a demanda muito grande o Sistema Único de Saúde ainda encontra dificuldades em atender com rapidez.

Uma das melhores opções para evitar todos esses problemas de fila de espera de cirurgia no SUS é fazer um plano de saúde. Hoje existem no mercado diversos tipos de planos, que oferecem serviços variados, com modelos que cabem em qualquer bolso.

Ter um plano de saúde que ofereça o máximo de segurança para os usuários é uma forma de ter uma qualidade de vida acima da média.

Já vimos que, com todas as questões levantadas aqui, não dá para ficar dependente do sistema que não atende nem às necessidades mais básicas relacionadas à saúde da população. Buscar meios de obter um melhor atendimento para você e sua família é fundamental para o bem estar de todos, principalmente nos momentos emergenciais como, por exemplo, o diagnóstico de doenças graves.

Com a demora na fila de espera de cirurgia do SUS, o plano de saúde é uma alternativa viável para você não ficar dependente apenas dos serviços públicos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

<https://www.google.com/amp/g1.globo.com/jornal-hoje/noticia/2017/12/fila-de-esperapara-cirurgias-eletivas-pelo-sus-chega-900-mil-pessoas.amp>

<http://www.simers.org.br/noticia/na-fila-de-espera-realidade-enfrentada-pelapopulacao-que-busca-atendimento>

<https://www.portaleducacao.com.br/conteudo/artigos/enfermagem/classificacao-dascirurgias/23157>

http://www.portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=27311

1. Informativo do Hospital Universitário da UFAL. HU muda sistema de marcação de consulta. Maceió; Primeira quinzena de outubro de 2004.
2. Há 1 ano, desempregado costuma beber e vender vaga na fila na calçada de hospital. Recife; Jornal do Comércio 20.08.00.
3. Hill GB. Death on the waiting list for cardiac surgery. JAMC 2003; 170(3): 354-5.
4. Yates J. Waiting for ENT opinion and treatment: will things ever improve? Clin Otolaryngol 2001; 26(3): 197-213.
5. Ezekowitz JA, Armstrong PW. The waiting game: facing the consequences. CMAJ 2002; 167(11): 1247-8.
6. *Hospital conseguiu reduzir fila de espera de pacientes*. Rio de Janeiro, O Dia, 25 de abril de 2004.
7. Hadorn DC, et al. Setting priorities for waiting lists: defining our terms. CMAJ 2000; 163(7): 857-60.
8. Estatuto da Criança e do Adolescente. Lei federal nº 8.069, de 13.07.90.
9. Estatuto do Idoso. Lei federal nº 10.741, de 01.10.03.
10. Siciliani L, Hurst J. Explaining waiting times variations for elective surgery across OECD countries. OECD Health Working Paper 2003; 7: 1-72.
11. Gosden Também, et al. Impact of payment method on behaviour of primary care physicians: a systematic review. Journ Health Serv Polic 2001; 6: 44-55.