

O problema da fila de espera para cirurgias otorrinolaringológicas em serviços públicos

Krishnamurti Matos de Araujo Sarmiento Junior, Shiro Tomita, Arthur Octavio de Avila Kos

INTRODUÇÃO

A Constituição brasileira em seu artigo 196 estabelece que “a saúde é um direito de todos e um dever do estado”. Ela é complementada pela lei orgânica 8080, de 1990, que regulamenta as diretrizes do SUS, Sistema Único de Saúde, e garante o acesso universal da população aos serviços de saúde.

Não obstante a excelência teórica da legislação, é de conhecimento público que, na prática, o acesso aos serviços de saúde permanece um dos problemas mais graves de nossa sociedade. A falta de uma estrutura hierarquizada e eficiente, a escassez de recursos para a saúde e os investimentos insuficientes em hospitais, profissionais e tecnologia são sem dúvida os principais fatores que justificam a atual situação. No que se refere ao tratamento cirúrgico, a dificuldade na sua obtenção talvez evidencie de forma mais cruel essa realidade.

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 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.

Neste artigo buscamos abordar o tema com ênfase em nossa especialidade e levantando alguns pontos de discussão que julgamos de grande relevância.

Fila de espera de cirurgia: A ponta do iceberg

Cada paciente que é submetido a uma cirurgia otorrinolaringológica na rede pública passa na verdade por várias filas de espera consecutivas. A chamada fila de espera de cirurgia, que representa o período entre a indicação cirúrgica e a sua realização, é só a última e por vezes a menor delas. O tempo real de espera compreende vários outros períodos pregressos, desde o surgimento dos sintomas da doença até a obtenção do tratamento especializado; cada um deles pautado por dificuldades e atrasos próprios (Figura 1). Estas etapas prévias ao atendimento otorrinolaringológico são bem mais difíceis de dimensionar, porém não menos importantes. Cada uma merece atenção especial e uma abordagem criteriosa no sentido de identificar os obstáculos, procurar soluções viáveis e com isso otimizar o fluxo de pacientes.

Em primeiro lugar, é possível detectar um atraso entre as manifestações iniciais da doença e a busca de auxílio médico (seta nº1 da Figura 1). Isto se deve em parte pela falta de informação da população a respeito das doenças otorrinolaringológicas e de suas principais manifestações que devem suscitar a procura de um serviço de saúde. Campanhas informativas como a da Voz e a da Audição, apoiadas pela Sociedade Brasileira de Otorrinolaringologia, são fundamentais para a mudança deste cenário.

Em seguida vem a dificuldade em se obter o atendimento médico (seta nº 2), conseqüência das falhas em nossa política de saúde, da sua desestruturação e da falta de recursos para a saúde em nosso país.

Obtenção da consulta com o especialista: dificuldades e distorções

Talvez o ponto de maior afunilamento para estes pacientes seja a obtenção da consulta no ambulatório de otorrinolaringologia (seta nº 3). É fato sabido por todos da

superlotação de nossos ambulatórios nos serviços públicos. Em muitos a demora para se conseguir a consulta é de vários meses ou ultrapassa um ano, o que gera uma enorme demanda reprimida. O sistema de referência/contra-referência, que deveria viabilizar o “parecer” do especialista e a hierarquização do atendimento até o momento não conseguiu ser implantado satisfatoriamente. Novamente, a falta de recursos humanos e logísticos é gritante.

Essas dificuldades, cuja resolução depende majoritariamente da ação governamental, geram todavia uma série de distorções no atendimento médico, que podem ser identificadas por nós, otorrinolaringologistas, e devem ser corrigidas em nível local, com grande impacto na promoção de saúde para a população. Uma delas é a questão das consultas extras.

Na impossibilidade de se conseguir marcar uma consulta pelas vias regulares, é natural que aqueles que têm a possibilidade procurem outras formas de se obter a consulta, pois o sofrimento pela doença persiste indiferente às causas da longa espera. Surgem então os pedidos de “consulta extras”. São os chamados “PAFs” ou “PAFUNCIOs” tão conhecidos do médico que trabalha em serviço público: “Parente ou Amigo de Funcionário”.

Estes pacientes se multiplicam velozmente. A pressão ocorre não só diretamente sobre o otorrinolaringologista como também sobre todos a que eles têm acesso: enfermeiros, auxiliares de enfermagem, médicos de outras especialidades, etc. Os funcionários responsáveis pela marcação das consultas também são pressionados, de modo que é preciso atentar para o fato de que mesmo o paciente que parece ter tido a sua consulta marcada por vias regulares pode ter sido beneficiado nessa marcação. Mais grave, já há casos (crimes, melhor dizendo) de pessoas e funcionários que vendem estas consultas ou mesmo um lugar na fila da triagem do hospital^{1,2}. O médico, sem saber, passa a ser o instrumento de um lucrativo negócio: o do agenciamento da medicina pública.

Em nossa especialidade, o problema é ainda mais complexo, pela noção popular de tratar-se de uma consulta

“rápida”, com queixas de simples resolução. É mais fácil para um paciente aceitar uma recusa de atendimento extra em um ambulatório de Cardiologia, por exemplo, por entender que o médico não pode dar “uma olhadinha rápida no seu coração”, do que ouvir a mesma recusa de um otorrinolaringologista. A anamnese e exame físico de um paciente cardiológico sabidamente demandam tempo e é frequentemente associada à realização de exames complementares. Entretanto, a recusa do otorrinolaringologista em “dar uma olhadinha rápida no seu ouvido” ou “só passar um remedinho para a sua sinusite” é tida como má vontade.

Realmente, uma parcela considerável das queixas otorrinolaringológicas podem ser rapidamente diagnosticadas e tratadas sem mesmo a necessidade de revisão. Entretanto, muitos podem precisar de um exame mais demorado, consultas de revisão, exames complementares audiológicos ou endoscópicos e, fatalmente, tratamento cirúrgico. É inegável que estes pacientes estarão alimentando a superlotação do ambulatório e passando a ser um fator preponderante na dificuldade dos demais pacientes em obter acesso ao atendimento especializado.

O primeiro passo para se enfrentar o problema das consultas extras é dar visibilidade a ele. Estes pacientes, independente da gravidade de suas queixas e do seu direito inquestionável ao atendimento, estão na realidade “furando” uma fila virtual de espera. Pode-se chegar a extremos em que o número de pessoas “furando” a fila é tal a ponto de criar uma fila paralela, com fluxo contínuo, enquanto a fila principal e legítima permanece quase parada. Ao se pesquisar quantos dos pacientes operados em um determinado serviço obtiveram algum tipo de favorecimento para obter a consulta inicial no ambulatório de otorrinolaringologia o resultado pode ser surpreendente. Mas só se pode ter essa visão se os pacientes extras forem contabilizados. Dessa forma, é fundamental criar-se um mecanismo de registro destes atendimentos. Isso valoriza o trabalho do especialista, que do contrário tem o seu tempo gasto em atendimento classificado como ocioso.

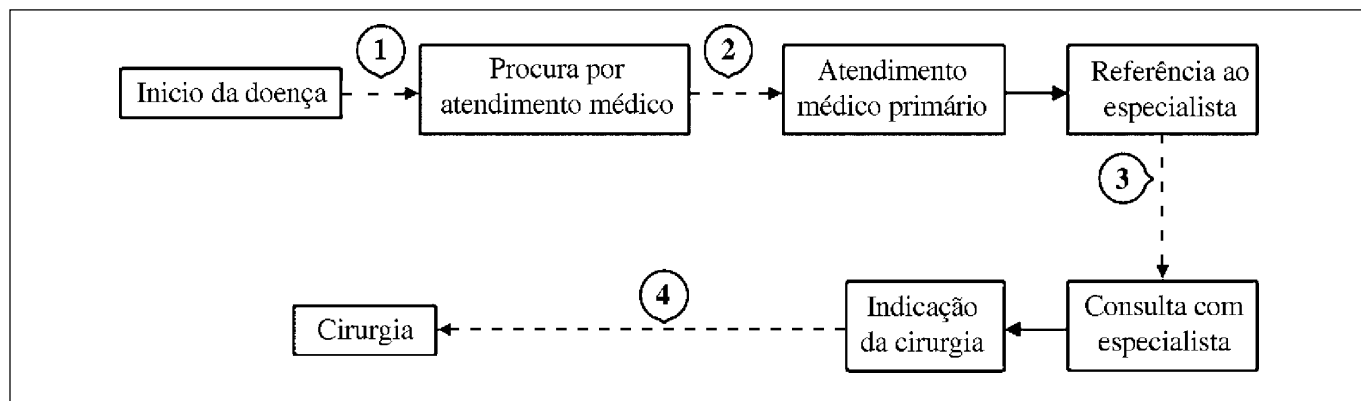


Figura 1. As setas tracejadas representam os pontos críticos no processo de obtenção do tratamento.

As consultas de corredor também devem ser evitadas. Ao se optar por atender um paciente extra, o atendimento deve ser integral. Do contrário alimenta-se a idéia de que a consulta otorrinolaringológica não passa de uma “olhadinha rápida”, vulgarizando e diminuindo o valor de nosso trabalho. Preferencialmente, o paciente extra deve ser atendido ao final do turno de consultas, após o atendimento dos pacientes marcados.

Fila pequena X Fila grande

Nem sempre a fila de espera para cirurgia pequena é sinônimo de maior eficiência no atendimento médico. Muitos serviços optam por manter a fila pequena artificialmente, negando-se a absorver novos pacientes com doenças cirúrgicas por determinados períodos de tempo ou os aceitando apenas na medida em que outros que já estão na fila sejam operados. Isso tende a manter um número constante de pacientes *registrados* aguardando a cirurgia.

Em uma análise superficial, essa medida pode parecer uma solução plausível do ponto de vista administrativo hospitalar e até realmente facilite o gerenciamento e atendimento dos pacientes do serviço. Além disso, poder-se-ia argumentar que a negativa no acompanhamento destes pacientes os forçariam a procurar outros serviços, que possivelmente tomariam a mesma conduta, o que eventualmente resultaria em uma pressão da sociedade civil sobre as autoridades no sentido de resolver o problema.

Entretanto, uma reflexão mais cuidadosa revela que o recurso das “falsas filas pequenas” deve ser evitado. Em primeiro lugar, essa atitude tem conseqüência direta na piora da qualidade de vida daqueles que tiveram o acesso ao atendimento médico especializado negado, ferindo portanto os princípios da ética médica. Além disso, ela cria uma falsa sensação de que o problema está sob controle e afasta os profissionais de saúde da realidade.

A tese de que privar um paciente de atendimento médico é a única forma de forçá-lo a reivindicar seus direitos é absurda e anti-ética. O paciente tem direito à informação e autonomia tanto quanto tem direito à saúde e não pode ser tratado como um brinquedo para que tome esta ou aquela atitude, mesmo quando consideramos ser em seu benefício. Além disso, é muito pouco provável que uma pressão organizada da sociedade civil surja destes pacientes desinformados e sem recursos, principalmente sem o apoio e participação dos especialistas diretamente ligados à questão, que com essa medida se eximem da responsabilidade de agir. Tentar revestir a recusa de atendimento destes pacientes de um cunho político que se reverteria em seu benefício futuro é inocência ou, mais freqüentemente, um mecanismo de defesa para apaziguar nossa ansiedade.

Por mais que se argumente que não é justo com o paciente absorvê-lo para atendimento e não operá-lo, é preciso atentar para o fato de que a cirurgia, embora muitas vezes a mais importante, é apenas uma das medidas de promo-

ção da saúde. Por mais que se trate de um caso cirúrgico, é inegável o benefício e o impacto na qualidade de vida de qualquer paciente do atendimento médico digno, dos esclarecimentos quanto à sua doença, suas possíveis complicações, sua história natural e do tratamento clínico, mesmo que paliativo. O fato de não poder tratar a doença da forma que julgamos a melhor não nos exime da responsabilidade de tratar o paciente da melhor forma que nos é possível.

Em uma política séria de enfrentamento da questão, os novos pacientes admitidos na fila de espera, além das explicações relativas à sua condição, devem ser informados, de preferência por escrito, da indicação cirúrgica (explicando os motivos que constituem esta a melhor opção terapêutica), da existência da fila, dos critérios de prioridade nesta fila, da quantidade de pessoas à sua frente e de uma estimativa do tempo até sua cirurgia, deixando-se claro tratar-se apenas de uma estimativa. Dever-se-á também explicar que o melhor para sua saúde seria a cirurgia o mais breve possível, as possíveis complicações e seqüelas que podem surgir decorrentes da espera na fila e orientar para que tente obter tratamento mais cedo em outro hospital da rede pública, mesmo estando cadastrado e acompanhando neste hospital. Estas informações e orientações devem ser atualizadas e reforçadas a cada consulta.

Dessa forma o paciente saberá que deve procurar outro serviço e insistir para que obtenha a cirurgia que necessita com brevidade. Se não o fizer, será por uma decisão livre e esclarecida, o que constitui uma diferença abissal do mecanismo anteriormente proposto. Além disso, o profissional de saúde também tem a sua ansiedade diminuída quanto ao caso, pois sabe que a questão está sendo enfrentada de forma séria e consistente. O paciente deixa de representar um problema insolúvel, o que subconscientemente nos leva a rejeitá-lo e que muitas vezes transparece em nosso atendimento. O médico volta ao seu papel de promotor da saúde, mesmo que limitado pelas condições de onde trabalha.

Além disso, com uma fila mais representativa do tamanho real do problema, o médico tem mais respaldo para expor a questão junto às autoridades e lutar no sentido de aumentar o volume cirúrgico daquele procedimento.

A única justificativa razoável, e mesmo assim controversa, para a negativa na absorção de pacientes, não é a fila de espera de cirurgia mas a superlotação do atendimento ambulatorial. Neste caso impõe-se o argumento que a acolhida de um novo paciente causaria prejuízo direto no atendimento de outro. A questão torna-se então eticamente mais delicada e envolve os conceitos de prioridade e severidade, que serão discutidos adiante.

“Aguarde em casa. Quando surgir a vaga para operar nós ligamos.”

Outra prática muito comum que deve ser evitada a todo custo é o cadastramento de pacientes seguido de sua dispensa até que surja a oportunidade da cirurgia. Mais uma

vez, por trás desta atitude não raro está a ansiedade do médico, que não gosta de ser lembrado pela visita daquele paciente que ainda não pôde “resolver o seu problema”, julgando que sem a cirurgia não há nada que ele possa fazer para ajudar.

Entretanto, o alívio da ansiedade do médico é diretamente proporcional à sua promoção no paciente. Sem acompanhamento, ele concentra todas as suas atenções para a almejada ligação, causando um profundo impacto psicológico e gerando estresse desnecessário.

Além disso, esta medida deturpa a realidade do tratamento médico em nossa especialidade, reduzindo-o ao ato cirúrgico. Novamente é preciso lembrar que por mais que a cirurgia se imponha como essencial no tratamento de qualquer paciente, nunca é suficiente por si só. Sabemos, por exemplo, que os casos de colesteatoma e polipose nasossinusais extensas são indiscutivelmente cirúrgicos, mas também sabemos que a cirurgia nem de longe é o tratamento definitivo e absoluto para estas condições. Ambas as doenças tem uma alta taxa de recidiva, podendo necessitar de várias intervenções. No caso da orelha colesteatomatosa, esta pode nunca parar de secretar e a audição pode inclusive piorar com a cirurgia. Como justificar a um paciente que está sendo “acompanhado” de longe, apostando todas as suas fichas no procedimento cirúrgico salvador que aguarda, que mesmo após duas ou três intervenções seus sintomas persistem ou mesmo pioram? Estamos, então, diante de uma relação desastrosa. Mesmo assim, o médico provavelmente culpará o sistema de saúde ou as condições inerentes à doença, inconsciente do fato que este mesmo paciente acompanhado periodicamente, tratado em seus períodos de agudização e mantido informado de sua condição à medida que ela evoluísse, definitivamente teria uma relação diferente com o médico e com sua doença.

Dessa forma é preciso que se estabeleça um calendário de retorno para os pacientes na fila de cirurgia, de acordo com a doença e as condições do serviço. Nesta ocasião, além do tratamento clínico, deve-se reforçar as orientações anteriormente citadas, atualizar seus dados cadastrais e informar da situação da fila.

Dimensionar para solucionar

Não há como buscar soluções cabíveis e de impacto para a questão da fila de espera sem antes dimensioná-la adequadamente. A noção do real tamanho do problema é o primeiro passo para que se proponham soluções também realistas. Os serviços de otorrinolaringologia devem buscar formas de registrar e atualizar periodicamente as informações a respeito das diferentes filas de espera. É preciso ter noção exata da quantidade de pessoas aguardando determinada cirurgia, do número de casos graves e da taxa de morbi/mortalidade na fila de espera antes de se pleitear mais uma sala de cirurgia ou mais profissionais ao diretor do hospital ou às autoridades competentes³. A informação apresentada de forma precisa dá mais legitimidade às reivindicações e aumenta as chances em tê-las

atendidas. Vários são os casos nos últimos anos de liberação de recursos extras, estaduais e federais, para a realização de mutirões de cirurgias eletivas otorrinolaringológicas por conta de esforços bem estruturados.

O período mais fácil de mensurar, como já citamos, é a última etapa, desde a entrada na fila até a realização da cirurgia. Para se obter esta informação é preciso que conste nos dados do paciente a data de ingresso na fila. Isso permite saber o tempo médio e máximo de espera na fila. Este dado é na realidade mais importante que o número total de pacientes aguardando uma determinada cirurgia.

Na Inglaterra, o número de pacientes aguardando cirurgias otorrinolaringológicas em todo país manteve-se razoavelmente constante nos último 50 anos, variando entre 100 e 150 mil pessoas⁴. Entretanto, o tempo médio de espera destes pacientes vem caindo consideravelmente desde o início da década de 90. Em 1989, em torno de 25.000 pessoas esperaram por mais de 1 ano para realizarem alguma cirurgia otorrinolaringológica, ao passo que em 1996 este número foi de apenas 532 pacientes em âmbito nacional.

Como mencionamos, não é suficiente apenas um registro adequado e atualizado dos pacientes aguardando cirurgia. Em algum momento do atendimento o paciente deve também ser questionado quanto ao tempo estimado de espera desde o início de sua doença até a intervenção⁵. Sem dúvida trata-se de tarefa mais complexa. Em nosso serviço optamos pelo preenchimento de um questionário *após* a realização da cirurgia, no momento da alta hospitalar. Questiona-se inclusive sobre a forma de obtenção da consulta no ambulatório de otorrinolaringologia.

Transparência nas informações

A simples manutenção de um registro formal, transparente das filas de espera já coíbe sobremaneira a sua adulteração imprópria. A ampla divulgação das listas entre os médicos do serviço funciona como um verdadeiro sistema de segurança, uma câmera de vigilância virtual, tornando muito mais difícil práticas como o acréscimo misterioso de pacientes em posição privilegiada na fila. A falta de organização é sempre um forte aliado da injustiça.

A lista de cada fila de espera deve ter um médico responsável, para o qual as informações sobre os pacientes operados, removidos ou com dados alterados na fila devem ser repassadas, de preferência semanalmente. A fila atualizada deve ser então impressa e redistribuída aos médicos do serviço, ou uma cópia mantida disponível, por exemplo, na secretaria do serviço. Descrito dessa forma pode parecer trabalhoso mas se a lista encontra-se em arquivo eletrônico, em editor de texto ou planilha, o trabalho de atualização pode durar poucos minutos e tornar-se rotina pouco onerosa e de extrema valia para o serviço.

Da mesma forma, não deve ser negado ao paciente o direito a estas informações. Este deve ser esclarecido sempre que possível sobre quantos pacientes estão a sua frente

na espera pela cirurgia e por quê. Ao invés de causar revolta, a transmissão destas informações em geral confortam e diminuem a ansiedade do paciente na fila, que sabe ter seu problema acompanhado de forma séria e organizada.

Validação

A cirurgia não é a única maneira de um paciente sair da lista de espera. Outros quatro eventos costumam ocorrer e devem ser vigiados pelo serviço no sentido de manter a lista atualizada: o óbito, a mudança para outra cidade, a realização de cirurgia em outro hospital ou a não necessidade da realização do procedimento (reversão da indicação cirúrgica).

Em um esquema de reconsultas regulares dos pacientes é fácil manter a fila atualizada e notar a ausência de um determinado paciente, que deve então ser constatado. Em 1990, um estudo na Inglaterra revelou que a simples validação da lista de espera, com a detecção de nomes duplicados ou de pacientes que deveriam ser retirados da fila pelos motivos acima citados resultou numa redução de 44% da mesma (3531 de 8004 pacientes). Em 2004, um único hospital federal na cidade do Rio de Janeiro (Instituto Nacional de Traumatologia-Ortopedia) reduziu em 2000 nomes as filas de espera apenas com o cadastramento dos pacientes⁶.

O recurso da fila do "esperar para ver" ("wait and see list")

Em muitos casos na otorrinolaringologia a indicação cirúrgica demanda tempo e acompanhamento da evolução do paciente. Particularmente as cirurgias adenoamigdalíneas exemplificam esta questão. Muitas crianças na fila de espera melhoram enquanto aguardam sua vez de operar até o ponto de não mais necessitarem do procedimento. Em outros casos acompanhamos clinicamente até que eventualmente optamos pelo tratamento cirúrgico. Isso pode gerar injustiças como a de pacientes que acompanham no ambulatório há anos e só então são inseridos no final da fila, quando se indica a cirurgia para aquela mesma doença que foi motivo da primeira consulta.

Para estes casos pode ser útil o recurso da fila do tipo "wait and see"⁴. Cria-se uma fila própria para casos em que a indicação cirúrgica não está clara ainda. Dessa forma os pacientes podem ser transferidos de uma fila de espera para outra sem que o tempo de espera total deixe de ser considerado.

Prioridades de atendimento

Entende-se por prioridade no atendimento cirúrgico a própria ordem em que estes pacientes serão atendidos, isto é, submetidos à cirurgia. Até então consideramos o tempo de espera na fila como o principal critério de prioridade. Entretanto, este não é obviamente o único critério que deve ser considerado. Pacientes que necessitam de cirurgias de

emergência (uma mastoidite aguda ou uma sinusite com complicação intra-orbitária) são exemplos extremos em que a prioridade independe do tempo de espera.

Da mesma forma, mesmo em cirurgias eletivas, a prioridade na realização da cirurgia deve também levar em conta a gravidade e urgência de cada caso. Pacientes com casos mais graves devem ser operados antes daqueles com casos menos graves, independente do tempo de acompanhamento no serviço. É preciso, todavia, que estes critérios de prioridade sejam claros e bem estabelecidos para um bom funcionamento do serviço.

Por gravidade, entenda-se o grau de sofrimento, limitações ou risco de vida que a doença impõe ao paciente. O conceito de urgência leva em conta a gravidade aliada aos possíveis benefícios da cirurgia em relação à história natural da doença, além de fatores sociais e filosóficos⁷. Um paciente com câncer de laringe em estado inicial, por exemplo, não é um caso grave no momento, uma vez que só apresenta disфония leve, mas é um caso urgente pois a cirurgia tem grande impacto na evolução da doença. Por outro lado, um paciente em estado terminal é sem dúvida um paciente grave, mas não urgente pois a cirurgia tem menor impacto na história natural de sua doença. É com base nestes conceitos que cada serviço deve estabelecer seus critérios de prioridade para cada cirurgia.

Em linhas gerais, alguns critérios devem ser destacados:

1. História de complicações
 - a. Complicações sistêmicas.
 - b. Complicações em órgãos e estruturas adjacentes.
 - c. Complicações locais.
1. Pacientes com comorbidades graves.
2. Pacientes com sinais clínicos ou radiológicos de doença avançada.
3. Menores de idade e idosos.
4. Fatores sócio-econômicos.

O histórico de complicações infecciosas ou de outra natureza é talvez o critério de prioridade mais importante, pois representa um risco aumentado de óbito. As complicações devem ser estratificadas em seus graus de severidade e possibilidade de recorrência. Como regra geral, as complicações infecciosas intra-cranianas (meningite, abscesso intracraniano, empiema) são consideradas mais graves, pelo risco de vida e alta taxa de recorrência. Em seguida vêm as complicações em órgãos adjacentes (como as orbitárias na polipose nasal) e restritas ao órgão alvo da doença (como a paralisia facial no colesteatoma).

Os pacientes com comorbidades graves são outro grupo prioritário. Entenda-se por comorbidade outras afecções sistêmicas com ou sem relação com a doença otorrinolaringológica e que a revestem de maior gravidade ou possibilidade de complicação pela interação mútua das duas condições. Exemplos clássicos são a associação entre polipose

e asma ou entre hipertrofia adenoamigdaliana e síndrome de apnéia obstrutiva do sono. Entretanto, outras afecções sistêmicas, mesmo sem relação direta com a doença otorrinolaringológica, devem ser levadas em conta, tais como insuficiência renal, transplantados (ou candidatos a transplante), pacientes com SIDA, diabéticos graves, etc.

Pacientes com sinais clínicos ou radiológicos de doença avançada que sugeriram a possibilidade aumentada de evolução para complicações também devem ser priorizados. Colesteatomas com erosão avançada do *tegmen timpani* encaixam-se neste grupo.

Pelo estatuto da criança e do adolescente⁸ e pelo estatuto do idoso⁹, ambos já em vigor em nosso país, estes grupos etários devem sempre ser priorizados no atendimento em qualquer hospital público e na implantação de qualquer política de saúde. Portanto, também devem ser considerados casos prioritários.

Já os fatores sócio-econômicos são sem dúvida importantes, mas a sua consideração no estabelecimento dos critérios de prioridade é bastante controversa. Alguns serviços, por exemplo, priorizam a cirurgia de pacientes que moram em municípios distantes ou mesmo em outros estados, por entenderem que o acompanhamento prolongado em hospital tão distante de suas residências causa transtorno e sofrimento maiores. Outros podem considerar relevantes questões mais sutis, como o impacto da doença na vida profissional do paciente, ou o caso de pacientes que cuidam de parentes doentes e que portanto não têm tempo para cuidar de sua própria saúde, etc. As possibilidades são infinitas. Por isso é necessário que haja abertura para ampla discussão dos critérios a serem estabelecidos e também para casos particulares. O uso do livre entendimento e do bom senso da equipe cirúrgica não pode ser negligenciado, desde que se aplique sempre os mesmos critérios para todos os casos.

Mudanças na política de saúde com impacto na fila de espera

Apresentamos até aqui várias medidas e conceitos a serem implementados em nível local com grande impacto nas filas de cirurgia em nossa especialidade. Entretanto, seria inocente fugir do fato que mudanças profundas na política de saúde são essenciais para um controle definitivo do problema.

Foge ao escopo deste artigo uma discussão mais aprofundada sobre política de saúde em nosso país. Entretanto, julgamos relevante alguns comentários sobre questões específicas com grande impacto no problema das filas de espera.

Salário X Remuneração por procedimento

A OECD (Organization for Economic Co-operation and Development - Organização de Cooperação e Desenvolvimento Econômicos), uma instituição de mais de 40 anos

formada por países do primeiro mundo, realizou uma pesquisa na qual dividiu seus países membros em dois grupos: aqueles em que a fila de espera para cirurgias era um problema (Austrália, Canadá, Dinamarca, Finlândia, Irlanda, Itália, Holanda, Nova Zelândia, Noruega, Espanha e Inglaterra) e aqueles em que não era (Áustria, Bélgica, França, Alemanha, Japão, Luxemburgo e Suíça), comparando então alguns aspectos da política de saúde entre os dois grupos¹⁰.

As primeiras constatações já eram esperadas. Países com maior investimento em leitos hospitalares, médicos, salas de cirurgia e tecnologia eram os que menos sofriam com filas de cirurgia. A análise estatística multivariada demonstrou que cada um destes itens isolados eram significativos.

Entretanto algumas constatações do estudo chamam muita atenção. Segundo a pesquisa, a forma de remuneração do médico no serviço público, quando analisada isoladamente, é um fator de forte impacto sobre a fila de cirurgia. Países em que a remuneração é feita por procedimento (o médico recebe por cirurgia) ou que adotam sistemas mistos (salário mais produtividade) tinham menos problemas com filas de espera do que países em que o médico ganha um salário fixo.

Esta constatação é apoiada por vários outros estudos. Uma revisão recente sobre métodos de pagamento para médicos que trabalham em atenção primária à saúde, que adotou critérios de inclusão na revisão bastante rígidos, valorizando os ensaios randomizados, concluiu que o pagamento por procedimento resulta em maior qualidade de serviço que o sistema assalariado¹¹. No âmbito da cirurgia, em um estudo randomizado conduzido por Siu et al. nos Estados Unidos¹², a taxa de cirurgias eletivas provou-se maior nos hospitais com sistema de remuneração do cirurgião por procedimento do que naqueles em que era estabelecido salário. A taxa de cirurgias de emergência manteve-se igual nos dois sistemas. Outros dois trabalhos comparando hospitais americanos com diferentes sistemas de remuneração dos cirurgiões chegaram à mesma conclusão^{13,14}. Em outro desenho de estudo, Ransom et al. observaram uma queda de 15% no número de cirurgias eletivas em um hospital em que o sistema de remuneração do cirurgião foi modificado de pagamento por cirurgia para salário¹⁵.

O sistema de remuneração por cirurgia parece ser a forma mais eficaz e mais satisfatória para o cirurgião, o anestesista, o hospital e para o paciente.

Mutirões, Campanhas e Recursos do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação

Sempre que se levanta a questão das longas filas de espera a idéia do mutirão de cirurgias é lembrada. Por mutirão entenda-se um esforço concentrado dos serviços cirúrgicos no sentido de realizar uma quantidade maior de determinadas cirurgias em um curto espaço de tempo. Para que o mutirão não ocorra em detrimento do funcionamento do

serviço (consultas ambulatoriais, exames etc.) e da realização das demais cirurgias eletivas da especialidade, é preciso que o mesmo conte com recursos extras, sejam estes alocados do próprio orçamento do hospital ou ainda recursos adicionais municipais, estaduais ou federais. Como conduta emergencial, o mutirão é realmente de grande valia, principalmente quando encarado também como uma medida inicial na implantação de uma nova política de saúde na especialidade.

Em 1999, o Ministério da Saúde criou a Campanha Nacional de Cirurgias Eletivas, destinada a organizar e custear mutirões de cirurgias¹⁶. Foram escolhidas cirurgias para tratamento de problemas de saúde considerados “estratégicos” e principalmente para aqueles em que as filas de espera nos serviços públicos eram mais extensas e de maior relevância. Vários procedimentos foram incluídos no projeto, como a cirurgia de catarata, hérnia inguinal, próstata e varizes. Em abril de 2001, uma nova portaria estabeleceu que as ações de alta complexidade e as chamadas “ações estratégicas” fossem custeadas pelo Fundo de Ações Estratégicas e Compensação - FAEC¹⁷. Desde então vários mutirões foram realizados com recursos da FAEC, não só diretamente ligados à campanha como também outras cirurgias de diversas especialidades, incluindo mutirões de cirurgias otorrinolaringológicas por todo o país¹⁸.

Não obstante, nos últimos cinco anos o período de duração da campanha de mutirões vem sendo estendido por conta de sucessivas portarias. Apesar de realmente ter conseguido quase triplicar o número de cirurgias eletivas realizadas no país nesse período, a adoção da campanha como política permanente gerou distorções indesejáveis.

Os mutirões e os programas estratégicos, que deveriam constituir ações emergenciais passaram a ser o *modus operandi*, a forma de sobrevivência das especialidades cirúrgicas; um mecanismo para obtenção dos preciosos “recursos extra-teto”. O prolongamento desta política vem causando nos hospitais gerais e dentro de cada especialidade uma verdadeira corrida pelo credenciamento para “programas estratégicos”, que passam a ser tratados como as galinhas dos ovos de ouro, fontes geradoras de renda que não raro representam a maior parte de seus orçamentos. Isto cria uma desproporção injusta na remuneração das especialidades e dos procedimentos, já que nem todos podem ser contemplados com o título de “estratégicos” e merecedores de recursos extra-teto da FAEC. É inegável, inclusive, que esta classificação é influenciada por *lobbies* e interesses políticos.

É preciso lutar para que estes programas se transformem gradualmente em verdadeiras políticas de saúde, de atuação mais abrangente, permitindo uma distribuição mais igualitária dos recursos na área de saúde e, por conseguinte, uma remuneração mais justa das cirurgias pelo SUS. A atual implantação da política de saúde auditiva é sem dúvida um passo nesse sentido¹⁹, que deve servir de ponto de partida para uma ação ainda mais completa abrangendo toda a otorrinolaringologia, garantindo assim o tão almejado acesso universal.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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.
12. Siu AL, et al. Use of the hospital in a randomized trial of prepaid care. JAMA 1988; 259: 1343-46.
13. Wilson SE, Longmire WP. Does method of surgeon payment affect surgical care? Journ Surg Res 1978; 24: 457-68.
14. Mot ES. Paying the medical specialist: the eternal puzzle. Experiments in the Netherlands. Tese de doutorado, Amsterdam, 2002.
15. Ransom SB, et al. The effect of capitated and fee-for-service remuneration on physician decision making in gynaecology. Obst Gynaec 1996, 5: 707-10.
16. Portaria GM/MS nº 279 de 07.04.99. Dispõe sobre a Campanha Nacional de Mutirões de Cirurgias Eletivas.
17. Portaria GM/MS nº 627 de 26.04.01. Estabelece que as ações de alta complexidade e ações estratégicas sejam custeadas pelo Fundo de Ações Estratégicas e Compensação - FAEC.
18. Portaria nº 1.196 de 17.08.01. D.O.U nº 159-E de 20.08.01. Libera recursos do FAEC para realização de mutirão de cirurgias otorrinolaringológicas.
19. Portaria GM/MS nº 587 de 07.10.04.