



Bruna de Moraes Rubim Alelaf¹
Carlos André Moura Arruda²

TEMPO DE ESPERA PARA CIRURGIAS AMBULATORIAIS: FATORES QUE INTERFEREM NA REALIZAÇÃO DE CIRURGIAS ELETIVAS.

**Waiting Time For Outpatient Surgeries: Factors That Interfere
With The Performance Of Elective Surgeries.**

Abstract: Long waiting times for elective surgery generate adverse consequences such as anxiety, worsening symptoms, need for medical services and increased health costs, and may be considered as ineffective care delivery. The study aims to identify the factors that interfere in the time patients wait for elective surgical procedures in a Regional Hospital of Sobral - Ceará. Documentary and quantitative research, based on 23 records of preoperative patients. Data collection took place from March to July 2015, through a form with questions that addressed factors that interfere with waiting time. Data analysis was performed using Microsoft Excel® 2013 software. The following were observed: preoperative exams (91%), referral to other medical specialties (17%), and suspension of the surgical procedure (22%). involving clinical conditions of the patient (50%) and impossibility of the anesthesiologist (33%). These data prolong the waiting time causing physical and emotional exhaustion to the patient, which can often lead to the withdrawal of the procedure. The real need and impact of the factors that interfere with the waiting time for surgery must be considered. Effective management is of great importance as it can reduce

significant harm to the patient and healthcare system.

Keywords: Ambulatory Surgical Procedures; Health Services Accessibility; Surgical centers; Time Factors; Waiting lists.

Resumo: Longos períodos de espera para cirurgias eletivas, geram consequências adversas como ansiedade, agravamento da sintomatologia, necessidade de serviços médicos e aumento de custos na saúde, podendo ser considerado como uma ineficaz prestação de assistência. O estudo pretende identificar os fatores que interferem no tempo que os pacientes aguardam por procedimentos cirúrgicos eletivos em um Hospital Regional da cidade de Sobral – Ceará. Pesquisa documental e quantitativa, baseada em 23 prontuários de pacientes pré-operatórios. A coleta de dados ocorreu do mês de março ao mês de julho de 2015, através de um formulário com questões que abordou sobre fatores que interferem no tempo de espera. A análise dos dados foi realizada através do software Microsoft Excel® 2013. Foram observados como a solicitação de exames pré-operatórios (91%), encaminhamento para outras especialidades médicas (17%), além da suspensão

do procedimento cirúrgico (22%), que envolvem condições clínicas do paciente (50%) e impossibilidade do médico anestesista (33%). Estes dados prolongam o tempo de espera causando um desgaste físico e emocional ao paciente, podendo levar, muitas vezes, a desistência do procedimento. Deve-se considerar a real necessidade e impacto dos fatores que interferem no tempo de espera pela cirurgia. Uma gestão eficaz é de grande importância, pois pode reduzir danos significativos ao paciente e ao sistema de saúde.

Palavras-chave: Procedimentos Cirúrgicos Ambulatoriais; Acesso aos Serviços de Saúde; Centros Cirúrgicos; Fatores de Tempo; Listas de Espera.

INTRODUÇÃO

Longos períodos de espera para procedimentos cirúrgicos eletivos, geram consequências adversas, podendo ser considerado como uma inadequada prestação de assistência e planejamento de cuidados de saúde¹. A espera para a realização de uma cirurgia causa maiores custos para o Sistema Único de Saúde, uma vez que o paciente pode necessitar de internações, durante este período, devido às condições clínicas que estão relacionadas ao procedimento^{1,2}.

A partir do momento em que os procedimentos cirúrgicos são marcados, ocorre o aumento da ansiedade do paciente e dos familiares, afetando todos que estão envolvidos, principalmente quando os pacientes são muito jovens, idosos, representam um papel significativo na renda familiar ou nos cuidados domésticos³, pois a rotina do paciente se modifica de forma

significativa devido aos cuidados pré-operatórios. Além disso, pode afetar também a recuperação pós-operatória⁴.

Os fatores que interferem na espera por cirurgias eletivas vem sendo abordados em diversos estudos^{2,3,5,6,7,8}, além de ser uma das principais preocupações de algumas políticas de saúde⁹, como a Política Nacional de Promoção da Saúde, que tem como dois de seus princípios a equidade e integralidade, visando uma distribuição igualitária de serviços de saúde e intervenções pautadas na complexidade e singularidade dos indivíduos¹⁰.

O desenvolvimento das cirurgias em regime ambulatorial tem sido uma das estratégias para reduzir o tempo de aguardo. Esta modalidade de cirurgia oferece uma série de vantagens como o curto tempo de internação, e, conseqüentemente a redução da ansiedade, do risco de se contrair infecção hospitalar e do custo para a instituição de saúde¹¹. Apesar das melhorias, existem diversos fatores que impedem a ocorrência eficaz desta alternativa uma vez que, são considerados processos menos agudos¹².

Com relação aos estudos existentes, poucos destes levam em consideração todo o fluxo seguindo pelo paciente, desde o momento do diagnóstico cirúrgico até a realização do procedimento. O baixo conhecimento sobre as causas e intervenções é consequência de evidências com baixa qualidade sobre a temática, dificultando o conhecimento sobre a aplicação e eficácia de intervenções para o sistema de saúde¹³. A falta de uma avaliação crítica de problemas relacionados a gestão, afetam de forma significativa o planejamento de um sistema equilibrado e universal, voltado para a promoção da saúde.

É necessária uma reflexão sobre o surgimento de estratégias utilizadas para reduzir a demanda de pacientes que aguardam por cirurgias eletivas, no intuito de diminuir as filas e controlar ansiedade da população envolvida, que se tornou um problema constante de saúde pública. Desta forma, a pesquisa permite a percepção dos fatores mais comuns, além de possibilitar uma intervenção adequada e efetiva. Ante ao exposto, o objetivo do presente estudo é identificar os fatores que interferem no tempo que os pacientes aguardam por procedimentos cirúrgicos eletivos, em um Hospital Regional na cidade de Sobral - CE.

METODOLOGIA

Trata-se de pesquisa documental, descritiva e com abordagem quantitativa. Foi realizada em um Hospital Regional de grande porte, localizado na cidade de Sobral – Ceará. A referida instituição funciona 24 horas, atende pacientes encaminhados de diversos municípios do estado, recebe demandas eletivas, além de urgência e emergência.

A coleta de dados ocorreu do mês de março ao mês de julho do ano de 2015, em um centro cirúrgico geral, que conta com oito salas cirúrgicas. Os procedimentos mais realizados são: colecistectomia, herniorrafia, exérese de cisto, histerectomia, postectomia, amigdalectomia, adenoidectomia e septoplastia. Neste mesmo centro cirúrgico são realizados, também, procedimentos cirúrgicos de grande porte e procedimentos de urgência e emergência.

Na referida pesquisa foram incluídos 23 prontuários, de pacientes de ambos os sexos, de todas as faixas etárias, internados no centro cirúrgico geral, em pré-operatório e que possuíam

aviso de cirurgia, ou seja, que tiveram seus procedimentos marcados com antecedência, sendo caracterizada como uma cirurgia eletiva. Foram excluídos da pesquisa prontuários de pacientes que estavam aguardando por exames invasivos e de pacientes que tiveram a sua cirurgia suspensa no dia da coleta de dados.

Os dados foram coletados através da utilização de um formulário composto de questões de múltipla escolha, que abordou sobre fatores que interferem no tempo de espera. Entre as questões estavam: tempo de espera entre a consulta com o cirurgião e data da cirurgia, encaminhamento para outra especialidade médica, solicitação de exames pré-operatórios, suspensão de procedimentos cirúrgicos e quais motivos causaram a suspensão do procedimento. A análise dos dados foi realizada através do software Microsoft Excel® 2013, onde foram apresentados em percentuais, sob forma de gráficos, para facilitar a compreensão dos dados levantados.

Vale ressaltar que os dados encontrados nos prontuários, foram preservados de forma segura e a identidade do paciente não foi necessária. A presente pesquisa foi realizada baseada na Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde que incorpora sobre a ótica do indivíduo e da coletividade referenciais como: autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, visando a assegurar os direitos e deveres aos participantes da pesquisa¹⁴. O referido estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP), através da Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA, conforme Parecer Consubstanciado nº 975.086.

RESULTADOS

Dentre os prontuários analisados, foi observado que 4% (n=1) dos pacientes esperou um tempo que excede um mês entre a data da primeira consulta com o cirurgião e a data da cirurgia, 9% (n=2) dos pacientes esperaram mais de dois meses, 4% (n=1) mais de três meses, 4% (n=1) mais de quatro meses, 9% (n=2) mais de cinco meses, 43% (n=10) entre seis meses e um ano e 26% (n=6) mais de um ano. Conforme mostra a figura 1.

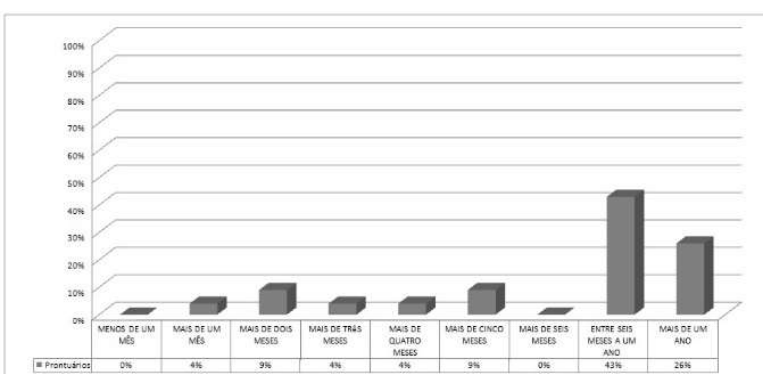


Figura 1 - Tempo entre a data da consulta com o cirurgião e a data do procedimento cirúrgico. Fonte: Dados coletados em um hospital regional de Sobral – Ceará, no período de Março a Julho de 2015.

No que se refere à existência de encaminhamento para outra especialidade médica, observou-se ainda que, 17% (n=4) dos prontuários constaram encaminhamento e 83% (n=19) não apresentaram a solicitação. Dentre os prontuários com encaminhamento para outra especialidade, 25% (n=1) deles apresentaram menos de um mês para retornar ao cirurgião, 25% (n=1) mais de um mês, 25% (n=1) mais de três meses e 25% (n=1) entre seis meses e um ano. Conforme apresenta a figura 2.

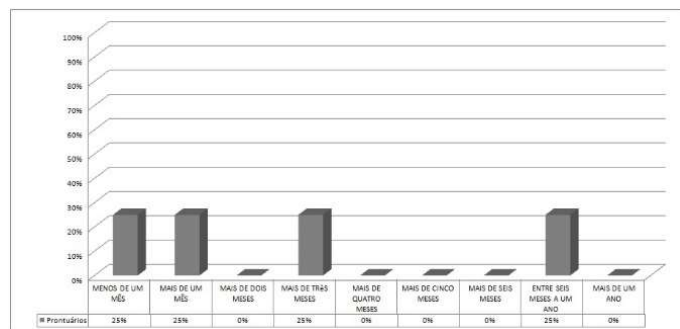


Figura 2 - Tempo entre a data da solicitação para outra especialidade e a data de retorno ao cirurgião. Fonte: Dados coletados em um hospital regional de Sobral – Ceará, no período de Março a Julho de 2015.

Outra questão investigada foi a existência da solicitação de exames pré-operatórios onde, 91% (n=21) dos prontuários apresentaram esta solicitação. Dentre estes, 38% (n=8) apresentaram menos de um mês para retornar ao cirurgião, 29% (n=6) mais de um mês, 14% (n=3) mais de dois meses, 5% (n=1) mais de três meses, 5% (n=1) mais de quatro meses e 10% (n=2) mais de cinco meses. Conforme apresenta a figura 3.

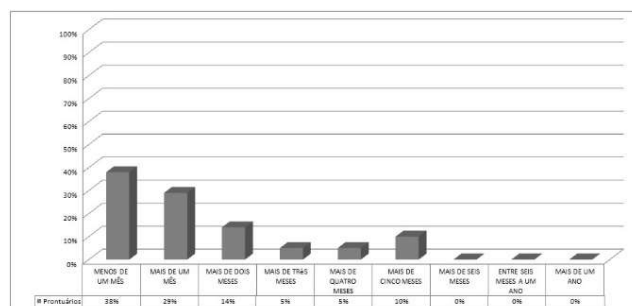


Figura 3 - Tempo entre a data da solicitação do exame e a data do retorno ao cirurgião. Fonte: Dados coletados em um hospital regional de Sobral – Ceará, no período de Março a Julho de 2015.

A suspensão do procedimento cirúrgico também foi observada, e dentre todos os

prontuários pesquisados (n=23), apenas 22% (n=5) apresentaram suspensão. Foi analisado também quantas suspensões ocorreram com cada paciente que passou por esta realidade, sendo encontrado que 80% (n=4) dos pacientes passaram por uma suspensão e 20% (n=1) dos pacientes passaram por duas suspensões, do mesmo procedimento. Conforme apresenta a figura 4.

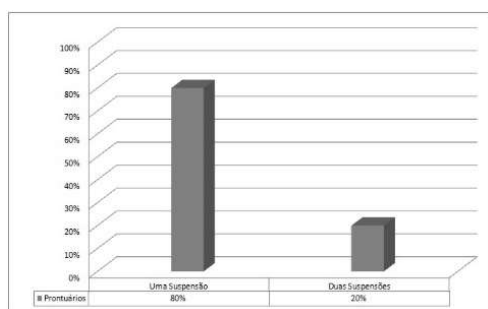


Figura 4 - Quantidade de suspensão cirúrgica por prontuário que apresentaram suspensão. Fonte: Dados coletados em um hospital regional de Sobral – Ceará, no período de Março a Julho de 2015.

Baseado nas suspensões ocorridas foi de interesse saber os motivos que causaram, e dentre eles estavam: condições clínicas do paciente, observado em 50% (n=3) das suspensões; impossibilidade do anestesista em 33% (n=2) dos casos; e outros que ocorreu em 17% (n=1) dos eventos ocorridos. Conforme apresenta a figura 5.

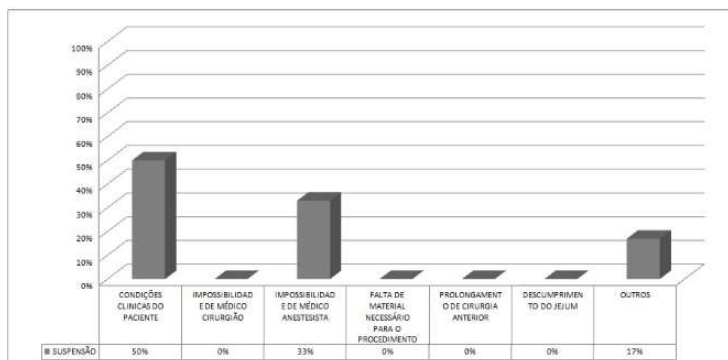


Figura 5 - Motivos encontrados em prontuários que apresentaram suspensão cirúrgica. Fonte: Dados coletados em um hospital regional de

Sobral – Ceará, no período de Março a Julho de 2015.

DISCUSSÃO

O tempo de espera para procedimentos cirúrgicos eletivos é considerado um problema relevante e uma preocupação constante dentro das políticas de saúde pública, em diversos países. A principal causa é a demanda maior do que a oferta de serviços, que gera um ciclo complexo e de grande impacto¹⁵.

A presente pesquisa identificou que em quase a metade dos prontuários analisados (43%), os pacientes aguardaram entre seis meses e um ano pelo procedimento cirúrgico. Uma espera por tempo prolongado também é observado em outros países como Canadá, onde uma pesquisa apresentou um tempo médio de oito meses¹⁶, e outro estudo apresentou um tempo médio de cinco meses¹⁷. No Chile, a mesma realidade foi observada apresentando que, apenas 52% dos pacientes haviam passado pelo procedimento dentro do tempo determinado pelo sistema de saúde local, que seria de 150 dias¹⁸.

O tempo é um fator primordial para o paciente, além de ter um grande valor como base para a avaliação da assistência prestada dentro do centro cirúrgico, uma vez que é um indicador quantitativo e qualitativo, pois está intimamente ligado a produtividade de um serviço¹⁹. A monitorização do tempo de espera é necessária para a assistência, pois permite detectar o surgimento de problemas e a introdução de melhorias necessárias que visam solucioná-los. Para alcançar o aperfeiçoamento dos cuidados e melhorar a promoção da saúde, é importante estabelecer um

sistema de gestão qualificado nos serviços especializados²⁰.

O tempo prolongado também causa problemas físicos, sociais e psicológicos, resultando em um situação difícil para quem aguarda pela cirurgia², além de gerar consequências negativas na assistência realizada pelos profissionais. Os sentimentos vivenciados pelos pacientes podem afetar de forma imediata ou a longo prazo aos resultados cirúrgicos¹⁷. As condições clínicas podem se deteriorar, levando a necessidade de atendimento hospitalar²¹, aumento da morbidade e mortalidade¹³.

Uma pesquisa realizada por Santos e colaboradores²², com pacientes que aguardaram por procedimento cirúrgicos eletivos, corrobora com esta afirmativa ao apresentar uma combinação de preocupação excessiva, medo, nervosismo, receio e agitação. Entre o grupo estudado, 22% apresentou sinais de depressão, 68% dos pacientes que apresentaram ansiedade aguardaram até seis meses para a realização do procedimento cirúrgico e 36% apresentaram tempo de espera superior a um ano. Estes sentimentos se estendem aos familiares que também apresentam preocupação e cansaço²³.

O procedimento cirúrgico remete aos sentimentos de medo e apreensão, envolvendo diversos fatores como: afastamento dos familiares e desconhecimento do procedimento. A perda do controle de si, no momento em que passa a confiar sua vida a outras pessoas, perdendo sua privacidade, também interfere diretamente para o surgimento destes sentimentos²⁴. Desta forma, conhecer a situação física e psicológica do paciente é o primeiro passo para o planejamento do cuidado humanizado, direcionado e qualificado²⁵.

A equipe multiprofissional deve realizar o fornecimento de orientações e esclarecimento de dúvidas, reduzindo os sentimentos negativos tão comuns neste momento²². A implementação de um plano multiprofissional melhora de forma significativa o preparo no pré-operatório, principalmente para jovens e idosos, que são mais fragilizados²⁰. A Política Nacional de Humanização (PNH) enfatiza a importância desta implementação, com a finalidade de incentivar o cuidado qualificado, incluindo os trabalhadores e os usuários neste processo, tornando todos agentes ativos das melhorias na assistência à saúde²⁶.

O cuidado pré-operatório envolve o encaminhamento para especialidades médicas, que deve ser levado em consideração, devido a existência de patologias pré-existentes, porém, deve ser observada a real necessidade, uma vez que a demanda por estes serviços ocorre em maior quantidade do que a oferta. Outros fatores como limites relacionados a acessibilidade, fragmentação, inadequação do processo de acolhimento e atenção a grupos específicos também interferem de forma negativa na espera, podendo agravar as condições clínicas^{15, 27}.

Um estudo conduzido por Viera, Lima e Gazzinelli²⁸, aponta que o tempo médio de espera pela primeira consulta com o médico especialista é de 244 dias, variando de 6 a 556 dias. A mesma pesquisa mostra que apenas 3,7% dos pacientes acompanhados foram atendidos em três meses, tempo considerado aceitável em casos que não são considerados de urgência.

Corroborando com a afirmativa, Viegas, Carmo e Luz⁹, relatam que existe uma grande demanda por atendimento especializado, associada a demora na marcação de consultas, a falta de

especialistas e as dificuldades encontradas no momentos da regulação. Outro ponto importante, como a acessibilidade geográfica, interfere diretamente no tempo sofrido pelo paciente, quando é encaminhado para serviços especializados. Estes aspectos tornam o paciente descreditado do tratamento, leva à perda de confiança na equipe e instituição^{12,29}, além de reduzir a aderência aos requisitos pré-operatórios².

A demanda por consulta médica especializada pode ser reflexo da capacidade resolutiva da Estratégia Saúde da Família (ESF)²⁸. A resolutividade e credibilidade da ESF evita o agravamento da condição clínica e a necessidade da utilização de hospitais como porta de entrada³⁰, reduzindo a demanda pelo especialista e permitindo o atendimento de quem realmente precisa do serviço⁹. É importante analisar condições que permitem a conformidade e viabilidade da rede de serviços³¹. Para avaliação dos fatores que prolongam o tempo de espera voltado para especialidades, são necessárias mais pesquisas sobre cada demanda. Atualmente existe uma carência de estudos que permitam uma maior intervenção por parte dos gestores²⁸.

Na realização de uma avaliação pré-operatória está incluída a realização de exames complementares, que são definidos conforme dados sugestivos encontrados. Porém, esta solicitação para pacientes hígidos e em cirurgias sem perda considerável de sangue, é cada vez mais questionada. Segundo Fernandes e colaboradores³², menos de 1% dos exames solicitados, nestas condições, são anormais e influenciam de forma significativa na conduta do cirurgião. Desta forma, é importante considerar a

relação risco-benefício no momento da solicitação, devendo ser avaliada a real necessidade.

Uma pesquisa realizada na Índia apresentou a espera por exames laboratoriais pré-operatórios como um dos fatores mais comuns que atrasam a realização de cirurgias eletivas³³. Assim, avaliação de exames, já realizados pelo paciente, pode eliminar a necessidade de novos exames pré-operatórios, com exceção de situações em que o estado clínico do paciente tenha sofrido alterações significativas.

A suspensão cirúrgica também é um fator que interfere no tempo de espera e, apesar da baixa quantidade observada na pesquisa (22%), ainda é uma realidade dentro dos serviços, sendo prejudicial para os indicadores de qualidade de assistência. Interferem de forma negativa dentro da dinâmica hospitalar, uma vez que, causam gastos desnecessários de materiais, de horas de trabalho da equipe multiprofissional envolvida e de salas de cirurgias ociosas, podendo comprometer a arrecadação de recursos e qualidade na assistência¹⁰.

Uma pesquisa realizada por Avila e Bocchi³⁴, mostrou que a equipe cirúrgica possui boas ações voltadas para uma assistência qualificada, mas não prioriza ações para minimizar as suspensões dos procedimentos cirúrgicos, ficando esta função para uma pequena parcela de profissionais. Desta forma, a instituição deve mostrar que esta responsabilidade envolve todos que estão ligados ao processo cirúrgico, visando relações direcionadas ao melhor funcionamento do centro cirúrgico³⁵.

A PNH possui em seus princípios a transversalidade, que enfatiza sobre esta temática ao buscar transformações nas relações de trabalho,

reforçando sobre a ampliação do grau de contato e da comunicação entre as pessoas, reduzindo as relações de poder hierarquizadas. A dissociabilidade entre a atenção e a gestão também está entre os seus princípios e visa o conhecimento da gestão dos serviços de saúde, por trabalhadores e usuários, além da participação no processo de tomada de decisões e das ações de saúde coletiva²⁶.

Vale ressaltar que a importância da participação da equipe ocorre tanto na prevenção quanto na orientação em casos de suspensão cirúrgica. Esta relevância foi observada em uma pesquisa, realizada dentro de um hospital público do Rio de Janeiro, onde os sujeitos da pesquisa viam o enfermeiro como um ser carinhoso que orienta, assiste e supervisiona durante toda a permanência do paciente na instituição. O acompanhamento da equipe multiprofissional é considerado como um fator de segurança e confiabilidade³⁶, sendo fundamental para a redução da ansiedade e dor durante todo o processo³⁷.

No que se refere aos motivos que levaram a suspensão, as condições clínicas do paciente foi o mais comum (50%), corroborando com uma pesquisa realizada em um hospital universitário do maranhão, onde este motivo estava entre os maiores índices apresentados como causas de suspensão cirúrgica, com 13,79%¹⁰. Avila e Bocchi³⁴, também citam este motivo como o mais comum, chegando a 20,6%. Este fator não ocorre apenas no Brasil, sendo encontrado também em maior quantidade para suspensão em hospitais dos Estados Unidos e Noruega¹¹.

Esta realidade mostra que o paciente, provavelmente, já se encontrava debilitado, devido a espera para a realização do procedimento, reforçando a ideia observada por Guará e

colaboradores¹⁰, onde afirmam que a permanência prolongada do paciente no ambiente hospitalar deixa o mesmo mais exposto ao risco de infecções e agravos, aumentando os custos da instituição. Desta forma existe a necessidade de uma reestruturação dos serviços, visando um melhor planejamento e organização.

Apesar das condições clínicas surgir como o fator mais comum para suspensão de cirurgias, sabe-se que uma parte considerável dos fatores envolvidos com os atrasos para a realização dos procedimentos são de governabilidade de equipe multiprofissional, que envolve marcação do procedimento, orientações, equipamentos, e realização do procedimento. Por este motivo, é plausível reduzi-los através de conscientização e adequações no programa cirúrgico³². Entender as intervenções, instalações e necessidades para a realização de procedimentos ambulatoriais é muito importante para gerenciar o fluxo de pacientes e a crescente lista de espera³⁸.

É possível perceber que os métodos que auxiliam na percepção de prováveis motivos de suspensão são buscados cada vez mais. Alguns são eficazes conforme mostra uma pesquisa realizada por Avila e Bocchi³⁴, através da confirmação pré-operatória com pacientes, onde 30% dos pesquisados informaram que não iriam para a cirurgia. Esta avaliação mostra que a implementação da rotina de confirmação reduz de maneira significativa o absenteísmo cirúrgico, uma vez que outros pacientes podem ser convocados, antecipando alguns procedimentos e evitando o aumento do tempo na fila de espera.

Uma avaliação crítica do fluxo seguido pelo paciente, que vai desde o momento da sua primeira consulta com o cirurgião, até o momento da sua

cirurgia, mostra claramente que existem fatores de suspensão cirúrgica que podem ser evitados, permitindo a intervenção da instituição. O maior desafio não se encontra em levantar os índices, motivos e responsáveis pelos cancelamentos de cirurgias, mas sim em avaliar e reconhecer os fatores ocasionais, propondo medidas para minimizar estes acontecimentos³⁴.

Uma limitação encontrada por este estudo foi que os fatores socioeconômicos dos

participantes não foram avaliados, e deve-se ressaltar que podem influenciar no tempo de espera³⁹. Existe a necessidade de outros estudos que abordem a associação entre fatores de gestão associados aos fatores regionais e sociais como: região de habitação, transporte, composição familiar, entre outros que afetam diretamente o fluxo seguido pelo paciente durante o período pré-operatório.

CONCLUSÕES

Um tempo prolongado afeta de forma negativa todos os envolvidos e tal situação é mais comum do que se imagina. A solicitação de exames, encaminhamento para outras especialidades médicas e a suspensão do procedimento cirúrgico são fragilidades que interferem diretamente na longa espera pela cirurgia. Esta realidade ainda é uma problemática que deve ser avaliada constantemente, com o intuito de descobrir e intervir, fornecendo assim uma assistência integral e equitativa.

É necessária a participação ativa da gestão e dos profissionais que prestam assistência direta ao paciente. A sensibilização de todos é fundamental para o sucesso do procedimento cirúrgico. A realização de um Plano de Ação, baseado na Política Nacional de Humanização, que vise a promoção da saúde, e que permita o acompanhamento da situação emocional e física do cliente durante o aguardo para o procedimento cirúrgico, auxilia em uma intervenção adequada e minimiza os efeitos danosos, beneficiando a todos os envolvidos.

REFERÊNCIAS

1. Visvanathan V. Interventions to reduce waiting times for elective procedures: a Cochrane review summary. *Int J Nurs Stud*. 2016; 61: 260-1.
2. Carvalho TC, Gianini RJ. Equidade no tempo de espera para determinadas cirurgias eletivas segundo o tipo de hospital em Sorocaba, SP. *Rev Bras Epidemiol*. [periódico na Internet]. 2008; 11(3): 473-83. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415790X2008000300014&script=sci_abstract&tlng=pt Acesso em: 22 Nov. 2016.
3. Sadeghi T, Nayeri ND, Abbaaszadeh A. Factors Influencing Intraoperative Waiting Time According to the Experience of Iranian Families. *J Perianesth Nurs*. 2016; 31: 217-25.
4. Tesser NL, Prebianchi HB. Preparação psicológica de pacientes adultos e infantis para cirurgia: uma revisão. In: ENCONTRO DE INICIAÇÃO EM DESENVOLVIMENTO TECNOLÓGICO E INOVAÇÃO; 2013 Set 24-25; Campinas; 2013.
5. Viegas APB, Carmo RF, Luz ZMP. Fatores que influenciam o acesso aos serviços de saúde na visão de profissionais e usuários de uma unidade básica de referência. *Saúde Soc*. [periódico na Internet]. 2015; 24(1): 100-12. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010412902015000100100&script=sci_abstract&tlng=pt Acesso em: 22 Nov. 2016.
6. Guará ED, Damasceno EMF, Viana MCV, Coutinho NPS. Suspensão de cirurgias programadas em um hospital universitário: causas e implicações na dinâmica da instituição. *Revista do Hospital Universitário/ UFMA* 2008; 9(1): 52-5.
7. Macedo JM, Kano JÁ, Braga AM, Garcia MA, Caldeira SM. Cancelamento de cirurgias em um hospital universitário: causas e tempo de espera para novo procedimento. *Rev SOBECC* 2013; 18(1): 26-34.
8. Lippi MC, Flexa RGC, Silva GV, Navarro LLL. Gestão de lista de espera como abordagem para planejamento e coordenação de serviços de saúde eletivos. *Rev. Gest. Saúde* 2018 Jan; 9(1): 159-77.
9. Pinto LF, Soranz D, Scardua MT, Silva IM. A regulação municipal ambulatorial de serviços do Sistema Único de Saúde no Rio de Janeiro: avanços, limites e desafios. *Cien Saude Colet*. [periódico na Internet]. 2017; 22(4): 1257-67. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232017002401257&script=sci_abstract&tlng=pt Acesso em: 20 Out. 2018.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 2.446, de 11 de novembro de 2014. Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). *Diário Oficial da União* 13 de nov 2014; Seção 1.
11. Pinto TV, Araújo IEM, Gallani MCBJ. Enfermagem em cirurgia ambulatorial de um hospital escola: clientela, procedimentos e necessidades biológicas e psicossociais. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2005; 13(2): 2018-15.
12. Badakhshan A, Arab M, Gholipour M, Behnampour N, Saleki S. Heart Surgery Waiting Time: Assessing the Effectiveness of an Action. *Iran Red Crescent Med J*. 2015 Ago; 17(8): e24851.
13. Visvanathan V. Interventions to reduce waiting times for elective procedures: a Cochrane review summary. *Int J Nurs Stud*. 2016; 260-1.
14. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução Nº 466, de 2012. *Diário Oficial da União* 13 jun. 2013; seção 1.
15. Julio C, Wolff P, Yarza MV. Modelo de gestión de listas de espera centrado en oportunidad y justicia. *Rev Med Chile* 2016; 144: 787-97.
16. Newton E, Janjua A, Lai E, Liu G, Crump T, Sutherland JM. The impact of surgical wait time on patient reported outcomes in sinus surgery for chronic rhinosinusitis. *Int Forum Allergy Rhinol*. 2017 Dec; 7(12): 1156-61.
17. Sutherland JM, Crump RT, Chan A, Liu G, Yue E, Bair M. Health of patients on the waiting list: Opportunity to improve health in Canada? *Health Policy* 2016 Jul; 120(7): 749-57.
18. Bay C, Ocares M, Toledo F, Barticevic N, Mora I, Villouta F, et al. Acceso a colecistectomía en un programa de tamizaje ecográfico de colelitiasis en centros de medicina familiar. *Rev Med Chile* 2016; 144: 317-24.
19. Conchon MF, Fonseca LF, Elias ACGP. Atraso cirúrgico: o tempo como um indicador de qualidade relevante. In: ENCONTRO INTERNACIONAL

DE PRODUÇÃO CIENTÍFICA SESUMAR; 2011 out. 25-28; Maringá, Brasil. Paraná: CESUMAR; 2011.

20. Rodenas FM, Grifell JC, Quintana PD, Corchón JG, Casares FB, Garanto XG, et al. Indicadores de calidad asistencial en cirugía mayor ambulatoria (2010-2012). *Rev Calid Asist* 2014; 29(3): 172-9.

21. Schulz M. The intertwined relationship between patient education, hospital waiting times and hospital utilization. *Health Serv Manage Res.* 2017 Nov; 30(4): 2013-218.

22. Santos MA, Rossi LA, Paiva L, Dantas RAS, Pompeo DA, Machado ECB. Medida da ansiedade e depressão em pacientes no pré-operatório de cirurgias eletivas. *Rev Eletr Enf.* [periódico na Internet]. 2012; 14(4): 922-7. Disponível em: <https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/16987/13357> Acesso em: 20 Out. 2018.

23. Velhote AB, Bohomol E, Velhote MCP. Reações do acompanhante diante dos procedimentos pré-operatórios em cirurgia pediátrica ambulatorial. *Einstein* 2016; 14(3): 403-7.

24. Sampaio CEP, Costa TMN, Araujo D, Santoro DC. Mecanismos de enfrentamento desencadeado por pacientes em situações estressoras: cirurgia ambulatorial. *Rev Enferm UERJ* 2013; 21(4): 515-20.

25. Siqueira DS, Costa BEP, Figueiredo AEPL. *Coping* e qualidade de vida em pacientes em lista de espera para transplante renal. *Acta Paul Enferm.* 2017; 30(6): 582-9.

26. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Brasília: Premium; 2013.

27. Assis MMA, Jesus WLA. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Ciênc. Saúde Colet.* 2012; 17(11): 2865-75.

28. Vieira EWR, Lima TMN, Gazzinelli A. Tempo de espera por consulta médica especializada em um município de pequeno porte de minas gerais, Brasil. *Rev. Min. Enferm.* 2015; 19(1): 65-71.

29. Riganti A, Siciliani L, Fiorio CV. The effect of waiting times on demand and supply for elective surgery: Evidence from Italy. *Health Econ.* [periódico na Internet]. 2017; 26 (Supl 2): 92-105. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/hec.3545> Acesso em: 20 Out. 2018.

30. Arantes LJ, Shimizu HE, Merchán-Helmann E. Internações sensíveis à atenção primária após implantação do Plano Diretor em Minas Gerais. *Rev. Saúde Publ.* 2018; 52:78.

31. Navas-Aparicio MC. Estrategia en salud: establecimiento de una red de servicios de salud como alternativa para la reducción de listas de espera para cirugía. *Rev Chil Cir.* [periódico na Internet] 2017; 69(2): 184-8. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0379389316301557> Acesso em: 20 Out. 2018.

32. Fernandes EO, Guerra EE, Pitrez FAB, Fernandes FM, Rosito GBA, González HE, et al. Avaliação Pré-operatória e Cuidados em Cirurgia Eletiva: recomendações baseadas em evidências. *Rev. AMRIGS* 2010; 54(2): 240-58.

33. Ray S, Kirtania J. Waiting Time of Inpatients before Elective Surgical Procedures at a State Government Teaching Hospital in India. *Indian J Public Health* 2017; 61: 284-9.

34. Avila MAG, Bocchi SCM. Confirmação de presença de usuário à cirurgia eletiva por telefone como estratégia para reduzir absenteísmo. *Rev Esc Enferm USP* 2013; 47(1): 193-7.

35. Trajano MFC, Gontijo DT, Silva MW, Aquino JM, Monteiro EMLM. Relações interpessoais no centro cirúrgico sob a ótica da enfermagem: estudo exploratório. *Online Braz. J. Nurs.* (Online) 2017; 16(2): 159-69. Disponível em: http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/5530/pdf_2 Acesso em: 20 Out. 2018.

36. Gomes AMT, Sampaio CEP, Oliveira MV, Leal V, Comino LBS, Romano RAT. Representação social da cirurgia ambulatorial: compreendendo o processo de atendimento e o papel do enfermeiro. *Rev Enferm UERJ* 2012; 20(3): 328-33.

37. Tabibian BE, Kuhn EN, Davis MC, Pritchard PR. Patient expectations and preferences in the spinal surgery clinic. *World Neurosurg.* 2017 Out; 106: 595-601.

38. Keane F, Hammond L, Kelliher G, Mealy K. Elective ambulatory surgical care in Ireland—why it needs to be better coded, classified and managed. *Ir J Med Sd.* 2017; 187(3): 747-54.

39. Landi S, Ivaldi E, Testi A. Socioeconomic status and waiting times for health services: An international literature review and evidence from the Italian National Health System. *Health Policy* 2018; 122(4): 334-51.