

Gestão de lista de espera como abordagem para planejamento e coordenação de serviços de saúde eletivos

Waiting list management as an approach to planning and coordination of elective health services
Gestión de lista de espera como enfoque para el planeamiento y coordinación de servicios de salud
electivos

Maria Clara Lippi¹; Raquel Gonçalves Coimbra Flexa²; Guido Vaz
Silva³; Leonardo Luiz Lima Navarro⁴

Resumo

Este artigo é uma revisão da literatura sobre artefatos de gestão pertinentes ao planejamento e coordenação de operações de serviços hospitalares eletivos e, especificamente, para gestão de suas listas de espera. O estudo sobre a gestão de lista de espera justifica-se em função das exigências por mais eficiência e qualidade nesse atendimento, além da tensão entre capacidades de atendimento e níveis crescentes de demanda por tais serviços. A literatura brasileira sobre o tema ainda é escassa, embora este seja discutido na literatura internacional, principalmente na forma de estudos de caso. Os resultados da pesquisa são apresentados em três temas: (a) causas de variação nos tempos de espera; (b) fatores que impactam e são impactados por

tempo de espera elevado; e (c) soluções para a gestão da lista e seus efeitos. Por fim, o artigo consolida os principais pontos de discussão do conhecimento internacional sobre o tema. É esperado que tal consolidação contribua para o avanço da literatura nacional e as práticas relacionadas à gestão de lista de espera e à gestão em saúde.

Descritores: Agendamento de Consultas; Administração de Serviços de Saúde; Eficiência Organizacional; Listas de Espera; Procedimentos Cirúrgicos Eletivos.

Abstract

This article reviews the literature on artifacts of management related to operations planning and coordination of hospital elective services

¹ Engenheira de Produção e bacharel em Direito, mestre em Engenharia de Produção. Professora substituta na Escola Politécnica da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Endereço: Av. Athos da Silveira Ramos, 149, sala C203 - Cidade Universitária, Rio de Janeiro - RJ, 21941-909. Email: mariaclara.lippi@ufrj.br. Telefone: (21) 3938-7414

² Engenheira de Produção, mestre e doutoranda em Engenharia de Produção. Professora Assistente do Magistério Superior do Centro Federal de Educação Tecnológica Celso Suckow da Fonseca. Endereço: Av. Maracanã, 229 - Maracanã, Rio de Janeiro - RJ, 20271-110. Email: raquelflexa@gmail.com. Telefone: (21) 2566-3015

³ Administrador, mestre em Administração de Empresas, doutor em Engenharia de Produção. Professor Adjunto no Departamento de Engenharia de Produção da Universidade Federal Fluminense. Endereço: Rua Recife, s/n, Jardim Bela Vista - CEP: 28890-000 - Rio das Ostras - RJ. Email: guidovazsilva.gpi@gmail.com. Telefone: (22) 2760-0848

⁴ Engenheiro de Produção, mestre e doutor em Engenharia de Produção. Professor Adjunto no Departamento de Engenharia de Produção da Universidade Federal Fluminense. Endereço: Rua Recife, s/n, Jardim Bela Vista - CEP: 28890-000 - Rio das Ostras - RJ. Email: llnavarro@gmail.com. Telefone: (22) 2760-0848

and, specifically, the waiting lists management. This study is relevant due to the requirements for increasing efficiency and quality in services, besides the tension between service capacity and increasing demand. The Brazilian literature on the subject is still scarce, although it is discussed in the international literature, mainly as case studies. The results are grouped in three blocks: (a) the causes of waiting times variations; (b) the impact and impacted factors from long waiting times; and (c) the most relevant solutions developed internationally and their effects. Finally, the article discusses and establishes bridges between these themes to contribute to the conceptual model of elective hospital services.

Keywords: Appointments and Schedules; Health Services Administration; Organizational Efficiency; Waiting Lists; Elective Surgical Procedures.

Resumen

Este artículo es una revisión de literatura sobre cuestiones de gestión pertinentes al planeamiento y coordinación de operaciones de servicios electivos hospitalarios y, específicamente, la gestión de listas de espera. La relevancia es debido a los requerimientos de creciente eficiencia y calidad en los servicios, y a la tensión entre la capacidad de servicio y el aumento de la demanda. La literatura brasileña sobre el tema es aún escasa, aunque se discute en la literatura internacional,

principalmente, como estudios de caso. Los resultados se agrupan en tres bloques: (a) las causas de variaciones de los tiempos de espera; (b) los factores que impactan y son impactados por largos tiempos de espera; (c) las soluciones más relevantes desarrolladas internacionalmente y sus efectos. Finalmente, el artículo discute y establece puentes entre estos temas para contribuir al modelo conceptual de servicios hospitalarios electivos.

Descriptor: Citas y Horarios; Administración de los Servicios de Salud; Eficiencia Organizacional; Listas de Espera; Procedimientos Quirúrgicos Electivos.

Introdução

A gestão em saúde é uma área que busca aprimorar o desempenho das organizações envolvidas na prestação de serviços de saúde, seja do ponto de vista da eficiência na utilização de recursos e minimização de perdas, como da efetividade na resolução de problemas e atendimento aos seus objetivos⁽¹⁻⁷⁾. Os hospitais, enquanto uma das principais instalações prestadoras desse tipo de serviço, precisam ser mais eficientes de modo a conciliar a expansão de capacidade para o atendimento a uma demanda em crescimento, obedecendo às exigências relacionadas à qualidade dos serviços prestados⁽⁸⁻¹¹⁾.

No entanto, planejar e coordenar os serviços prestados por hospitais é uma tarefa

complexa⁽¹²⁻¹⁵⁾, de maneira que um dos desafios dos sistemas de saúde é o projeto de estruturas de gestão que aumentem a capacidade de prover atenção à saúde adequadamente⁽¹⁶⁾.

As demandas por serviços hospitalares podem ser classificadas em demanda de caráter emergencial (que se refere à necessidade de atendimento imediato) e eletivo. A característica eletiva está relacionada à oferta do hospital (inerente a um procedimento ou a um serviço), em que se deve considerar critérios dependentes da evolução do quadro clínico (gravidade do risco do paciente, que pressupõe que este não possui caráter de urgência ou emergência, ou seja, os pacientes não demandam o serviço de imediato) e da avaliação das vantagens e desvantagens da espera em relação às condições do paciente (horizonte de planejamento, no qual o serviço pode ser agendado, preparado e organizado previamente)⁽¹⁷⁻²²⁾.

Este artigo é sobre serviços hospitalares eletivos. O cuidado eletivo, portanto, é geralmente definido como aquele destinado às pessoas cujo estado clínico requer um procedimento ou tratamento que pode ser gerenciado por colocação em uma lista de espera⁽¹⁷⁾. Um dos principais componentes para avaliar o desempenho deste tipo de serviço é o tempo de espera⁽²³⁾, pois gerir os tempos de espera melhora a utilização da capacidade dos serviços hospitalares em relação à demanda por cuidado eletivo⁽²⁴⁾.

Os tempos de espera estão no cerne da experiência do paciente no processo de cuidados de saúde e são um reconhecido problema no âmbito hospitalar e das políticas públicas de saúde. A tendência de aumento dos tempos de espera para serviços eletivos cria preocupações sobre os seus efeitos negativos nas condições clínicas do paciente (físicas e psicológicas) e em seus níveis de satisfação e qualidade de vida^(16,23,25,26).

A literatura brasileira sobre o tema ainda é escassa, embora este seja discutido na literatura internacional, principalmente na forma de estudos de caso. A título exemplificativo, em novembro de 2017, a busca na base Capes por “espera” (no título e “é exato”) AND “gestão” (qualquer e “é exato”), sem qualquer outro filtro, resulta em 10 resultados, dos quais 3 remetem ao tema e discutem casos de outros países⁽²⁷⁻²⁹⁾, e 5 não são afetos ao setor da saúde. Dessa forma, esta pesquisa almeja contribuir para a consolidação deste conhecimento internacional, de modo a divulgá-lo e difundi-lo na literatura brasileira em saúde.

Este artigo, portanto, é uma revisão da literatura com o objetivo de identificar, dentro do contexto do planejamento e coordenação de operações hospitalares, as principais discussões abarcadas pela literatura acerca da gestão de filas de serviços de saúde eletivos. Os principais pontos que estruturam este debate são as causas de variações nos tempos de espera; os fatores que impactam e são

impactados por tempo de espera elevado; e as soluções para gestão da lista de espera e seus efeitos.

Revisão da Literatura

O cuidado eletivo é geralmente definido como o cuidado para com o paciente cuja condição clínica requer que o procedimento ou tratamento seja gerenciado através de alocação em uma lista de espera⁽³⁰⁾. O tempo de espera é definido como o tempo que decorre entre a primeira decisão do médico em admitir um



Figura 1: Modelo de lista de espera⁽³²⁾

O tempo de espera também pode ser fragmentado nos seguintes estágios: (a) tempo entre o primeiro contato com o médico de atenção primária e a consulta com um especialista; (b) tempo entre a consulta com um especialista e o agendamento do procedimento, e (c) tempo entre o agendamento do procedimento e sua execução. Geralmente, a definição adotada internacionalmente é uma mescla dos estágios b e c, que consiste no tempo entre a primeira

paciente para um procedimento, após a avaliação clínica, e um segundo momento, que é a data de internação hospitalar⁽²²⁾. Destaca-se quatro tempos de espera⁽³¹⁾: tempo de espera para internação, tempo de espera de encaminhamento para tratamento, tempo de espera de internação e tempo de espera do encaminhamento até o tratamento. O modelo disposto na Figura 1 apresenta outra definição.

consulta com um especialista e a execução do procedimento⁽¹⁶⁾.

O governo chileno considera outros elementos⁽³³⁾: os marcos para aumento ou redução da lista são, respectivamente, a entrada ou referenciamento de paciente e a prestação do serviço que se espera. O tempo de espera se inicia a partir da data de solicitação do procedimento e se encerra na data da execução do procedimento. O modelo de gestão empregado é baseado nos indicadores apresentados no Quadro 1.

Quadro 1: Indicadores de desempenho do modelo chileno de gestão de lista de espera⁽³³⁾

Tipo do indicador	Indicador	Fórmula de cálculo
De acesso	Número de solicitação de procedimentos	Somatório das solicitações de procedimentos em espera de atendimento

Tipo do indicador	Indicador	Fórmula de cálculo
	Número de procedimentos em espera	Subtração entre os ingressos totais na lista e todos os egressos desta, a uma data de corte (período considerado para a análise)
De tempo de espera	Média de dias de espera das solicitações de procedimentos pendentes	Somatório (data de corte – data de entrada do registro na lista) / número de solicitações no registro
	Média de dias de espera das solicitações de procedimentos atendidas	Somatório (data de corte – data de entrada do registro na lista) / total de solicitações atendidas no período

O tempo de espera de 2 a 25 semanas é considerado como aceitável, variando de acordo com o tipo e a gravidade do problema⁽³⁴⁾. Especificamente para cirurgias, as medidas de desempenho devem ser restritas e escolhidas estrategicamente para alavancar padrões substanciais de assistência ao paciente, por exemplo^(21,35):

- Porcentagem de pacientes com menos de seis meses de espera para cirurgia, contando a partir do momento de decisão do tratamento;
- Porcentagem de pacientes que têm um plano de cuidados que detalha seu diagnóstico, as próximas ações planejadas, e quem contatar se houver um problema;
- Porcentagem de pacientes operados por quem realmente foram agendados ou relatou garantias do tratamento, no momento da avaliação;
- Nível de qualidade do hospital na coleta de dados, análise e realimentação, para melhorar a prática clínica (por exemplo, na avaliação das relativas necessidades dos pacientes).

Para controlar a excessiva demanda de serviços médicos, o tempo de espera é usado como um dispositivo de racionamento para lidar com a alta demanda por um recurso limitado no contexto de múltiplos níveis de prioridade⁽³⁶⁻³⁸⁾. Três indicadores se destacam: (a) número de dias em que 50% dos pacientes são internados; (b) número de dias em que 90% dos pacientes são internados; e (c) proporção de pacientes internados que esperaram por mais de 365 dias nas listas de espera⁽²²⁾.

A definição de indicadores adequados e a disponibilização de uma equipe administrativa para acompanhá-los permite, também, que acordos e contratos de prestação de serviços sejam focados nos resultados desejados, em vez de volume de entrega. Tal estrutura de desempenho direciona melhor auditorias clínicas e reuniões internas do hospital, nas quais são discutidos o nível de serviço do hospital e questões-chave para influenciá-lo. Desta forma, o papel do tempo de espera no sistema de saúde pode ser avaliado conforme percepções descritas no Quadro 2.

Quadro 2: Papel dos tempos de espera nos sistemas de saúde⁽³⁰⁾

Percepção	Descrição
Eficiência Hospitalar	Entendimento e gestão do tempo de espera garantem que as instalações hospitalares possam ser utilizadas com capacidade máxima.
Problemas de suprimento	O tempo de espera não é uma questão de suprimento apenas para serviços cirúrgicos (por exemplo: número adequado de leitos, equipe médica etc.). A demanda por cirurgias eletivas é gerida pelo cirurgião e variações entre os médicos podem ser minimizadas usando a combinação de protocolos práticos e ferramentas de priorização.
Garantias do tempo de espera	O foco crescente em tempo de espera geralmente guia para uma redução integral no tempo médico de espera, incluindo os casos mais longos.
Tempos de espera desiguais	Pacientes com melhores condições socioeconômicas, normalmente, vivenciam menores tempos de espera, pois eles participam mais ativamente do sistema de saúde e podem exercer maior pressão ao enfrentarem longas esperas. Além disso, eles têm menor probabilidade de falta de consultas.

O desempenho da gestão de listas de espera depende fundamentalmente do monitoramento de indicadores, pois os fatores que influenciam são numerosos e variam conforme organizações e indivíduos. É necessário definir as expectativas de desempenho e as regras mínimas, incluindo mecanismos de prestação de contas firmes e acompanhamento eficaz. As atividades envolvidas são: (a) planejamento de produção, incluindo modelagem de prováveis tendências de oferta e demanda no curto e médio prazo; (b) monitoramento e análise de tendência no fluxo do paciente e suas relativas necessidades; (c) ligação efetiva com os clínicos gerais e outros grupos de atenção primária; (d) garantia de que os pacientes que procuram a cirurgia sejam rastreados, cuidados, e revistos em prazos adequados⁽²¹⁾.

As listas de espera amortecem a demanda por serviços eletivos, resguardando a capacidade que o sistema tem para fornecê-los. Nessa lógica, torna-se possível refletir se há insuficiência no investimento dos cuidados de saúde, principalmente no que se refere à

conciliação entre capacidade de oferta e demanda⁽³⁹⁾.

Método

O presente artigo emerge de uma exploração sobre artefatos de gestão para planejamento e coordenação de operações de serviços hospitalares eletivos, dentro do contexto de um projeto de extensão, e foca na gestão de lista de espera.

Em síntese, e para fins de contextualização metodológica, o projeto de extensão teve o objetivo de modelar conceitualmente uma unidade hospitalar prestadora de serviços assistenciais eletivos. Em resultado, definiu-se que o referido modelo conceitual seria composto por três eixos: espécies de serviço, fluxo de pacientes, e abordagens de planejamento e coordenação. O escopo temático deste artigo abarca o último eixo do modelo, e consistiu na revisão da literatura sobre uma das abordagens de planejamento e coordenação. O detalhamento do método de trabalho é apresentado na Figura 2.

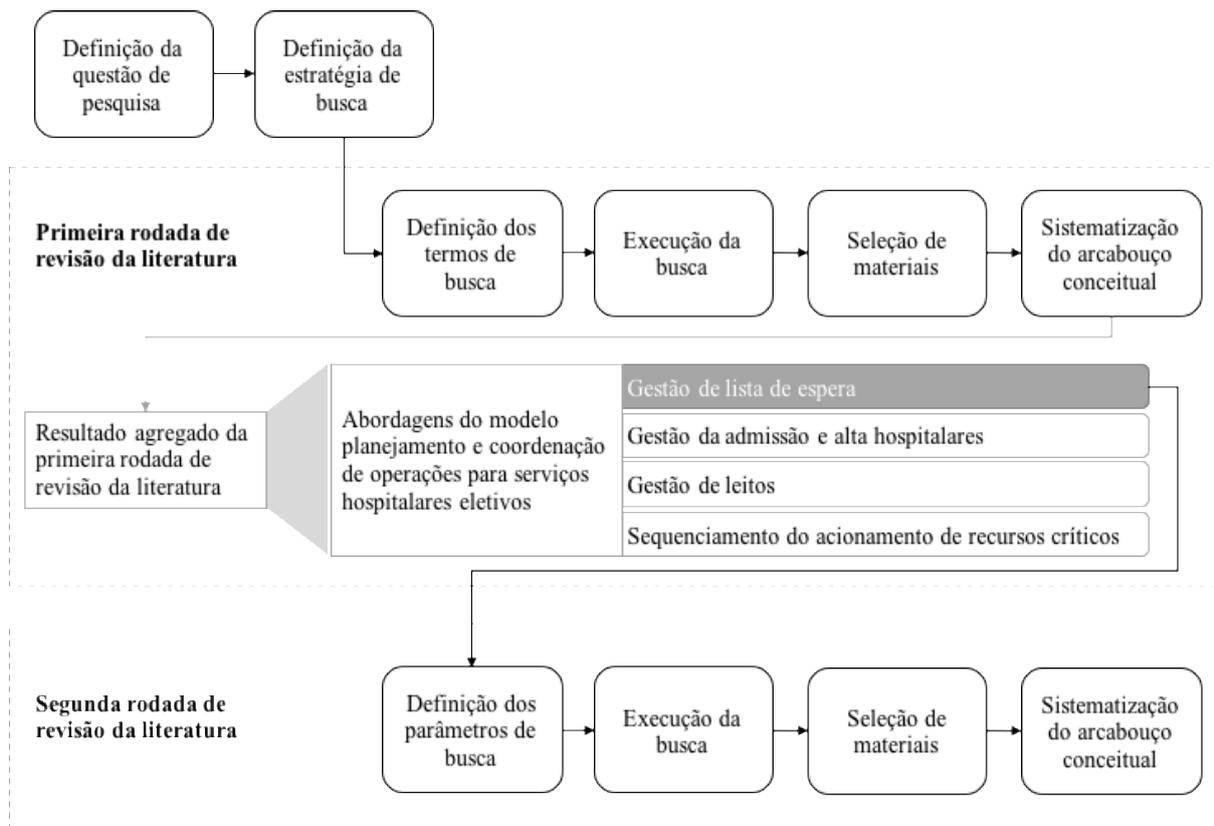


Figura 2: Método de trabalho

A primeira rodada de revisão (realizada entre março e maio de 2015) contemplou artigos, livros, relatórios, dissertações e teses, apresentações, documentos institucionais, instrumentos normativos e manuais. As bases de busca utilizadas foram: Portal de Periódicos CAPES/MEC, *Amazon Internacional*, *Livraria Cultura*, *Google Scholar*, e *Biblioteca Digital*

Brasileira de Teses e Dissertações. A extensão da busca considerou todo texto, sem limitação de horizonte temporal e, ainda, busca não sistemática na *Literatura Cinza*. As palavras-chaves utilizadas são dispostas no Quadro 3.

Quadro 3: Palavras-chave da busca bibliográfica

Termo em Português	Termo em Inglês
Eletivo	Elective
Hospital	Hospital
Procedimento	Procedure
Gestão	Management
Leito	Bed
Cirurgia	Surgery
Porta Aberta	-
Porta Fechada	-
Ambulatório	Ambulatory Surgical Center
Organização do cuidado	-
-	Operation Room

Os materiais resultantes foram selecionados, classificados e inventariados. Após a leitura detalhada dos resumos e abstracts para avaliação de sua aplicabilidade à pesquisa, foram selecionados 133 artigos (excluindo

duplicatas). A sistematização do arcabouço conceitual desta primeira rodada de revisão para o eixo de abordagens de planejamento e coordenação resultou nos elementos indicados na Figura 3.

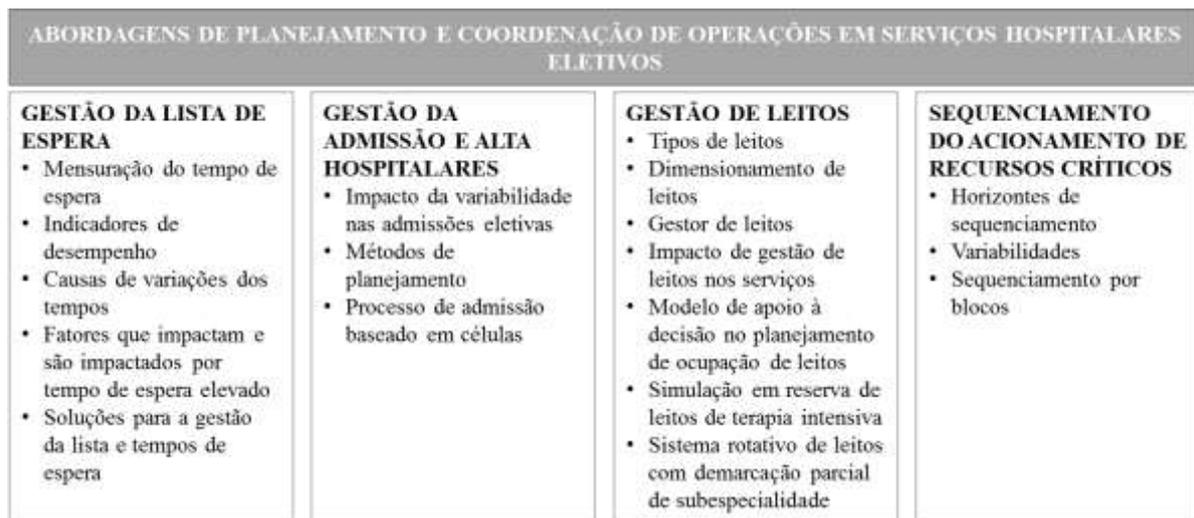


Figura 3: Abordagens sobre planejamento e coordenação de operações em serviços hospitalares eletivos

Esse artigo apresenta os resultados da revisão da literatura sobre uma abordagem específica, a gestão de listas de espera. Para tanto, procedeu-se a uma revisão mais específica sobre gestão de listas de espera (entre março e maio de 2015, com atualização não sistemática em agosto e setembro de 2017). A denominada segunda rodada de revisão na literatura foi conduzida na base Capes com os seguintes parâmetros: “*waiting list*” (no título) AND “*management*” (no assunto), para artigos publicados em qualquer ano, em qualquer idioma, em periódicos avaliados por pares. Após a execução da busca, foram selecionados

11 artigos dos 39 resultantes, excluindo duplicatas da primeira rodada.

Resultados e discussão

A organização do arcabouço conceitual resultou em três tópicos: causas de variações nos tempos de espera (4.1); fatores que impactam e são impactados por tempo de espera elevado (4.2); e soluções para a gestão da lista e seus efeitos (4.3).

Causas de variações nos tempos de espera

Em qualquer modelo de filas, a solução de equilíbrio deriva de condições de igualdade entre a quantidade média de entradas e de

saídas em qualquer período⁽⁴⁰⁾. Quando isto não ocorre, há variações de fila e de tempo de espera^(36,41,42). As causas de longos tempos de espera para cirurgia são multifatoriais⁽⁴³⁾.

O tempo de espera varia segundo diversos fatores, que podem ser agrupados em duas categorias: relacionados à oferta de serviços (estrutura e processo) ou a características da demanda. Entre os fatores estruturais pode-se citar: leitos disponíveis; experiência do médico e sua equipe; tipo de hospital; e capacidade da rede pública. Os fatores relativos ao processo são: cancelamento de procedimentos eletivos devido à ocupação de leitos por urgências; organização do hospital; eficiência do administrador e do gerenciamento hospitalar; formação de redes hospitalares para o atendimento da demanda; política de cobertura populacional; critérios de priorização de pacientes com indicações de urgência no procedimento ou em melhores condições clínicas⁽³⁴⁾.

As admissões dos pacientes de emergência podem atrasar o tratamento de pacientes eletivos (públicos e privados)⁽⁴⁴⁾. Um trabalho realizado em hospital público australiano⁽²²⁾ concluiu que o fator principal de influência na lista de espera é a capacidade (expressa como disponibilidade de leitos hospitalares, de profissionais de enfermagem e de cirurgões especialistas). A diferença de disponibilidade de recursos implica em variações nos tempos de espera⁽¹⁶⁾.

Na ocasião de reforma do National Health Service (NHS) no Reino Unido, na década de 1990, constatou-se que um aumento de recursos (que ampliam a capacidade de atendimento) pode simplesmente levar ao aumento de demanda de pacientes e, com isso, elevar o tempo médio de espera⁽⁴⁵⁾. Isso porque a ampliação de capacidade também pode induzir ao crescimento da demanda para serviços de saúde. O mesmo ocorre com o aumento da oferta de leitos hospitalares e de médicos⁽²²⁾.

Portanto, para gerenciar tempos de espera, os hospitais precisam lidar com um ciclo de causalidade: por um lado, a ampliação da oferta (seja através da ampliação da estrutura ou da melhoria de processos) pode diminuir tempos de espera e, por outro lado, a diminuição de tempos de espera pode induzir a um crescimento da demanda pelos serviços do hospital. A busca por um ponto de equilíbrio entre oferta e demanda é apresentada pela literatura como um importante desafio para os hospitais que realizam cirurgias eletivas.

Fatores que impactam e são impactados por tempo de espera elevado

As diferenças entre os tempos de espera em diferentes instituições, em primeiro momento, podem ser explicadas por diferenças na disponibilidade de recursos. Um estudo de análise exploratória dos tempos de espera e produtividade hospitalar⁽¹⁶⁾ revelou que

instalações maiores (no sentido de terem maior carga de pacientes) são mais propensas a alta produtividade e baixos tempos de espera. Tal fato pode ser explicado por outros aspectos, como as taxas de utilização da capacidade, as práticas de gestão e a eficiência técnica em geral.

Contextos de quadro carente de atenção primária associado a falhas na prevenção secundária (como diagnóstico tardio e tratamento insatisfatório) convergem em um paciente de risco e com prognóstico comprometido, gerando a necessidade de melhorar a condição clínica geral para tê-lo em condições de receber o procedimento⁽³⁴⁾.

As melhores condições clínicas explicam menores tempos de espera, mas não apenas. No caso de tratamento cirúrgico de catarata, alguns fatores foram identificados como barreiras que, por conseguinte, ampliam o tempo até a cirurgia. São eles: falta de conhecimento da doença, medo da cirurgia, dificuldade de realização dos exames pré-operatórios, número de retornos necessários até a data da cirurgia e despesas do paciente com os retornos ao serviço⁽⁴⁶⁾.

No caso de consultas ambulatoriais, o longo tempo de espera para o atendimento pode contribuir para o diagnóstico tardio que, por sua vez, compromete a qualidade de vida e condição de saúde do cidadão, além de elevar os custos de tratamento^(32,33,40,47). A gestão da lista geralmente é organizada por tipos de

procedimento, o que pressupõe um encaminhamento médico a partir de um diagnóstico do paciente. Ou seja, um tempo longo de espera até o diagnóstico prejudica também a própria tarefa da gestão de lista⁽⁴⁸⁾.

Por fim, identificou-se que a espera na lista pode comprometer também a confiança do paciente em relação ao profissional de saúde (confiança interpessoal) e às instituições envolvidas na entrega dos serviços (confiança institucional, como por exemplo, as unidades de saúde e governos). Dessa forma, pode haver reflexos na satisfação do usuário, na qualidade percebida do cuidado, e nas condições de saúde do paciente^(23,49).

Soluções para a gestão da lista e seus efeitos

O objetivo principal da gestão de listas de espera é a redução dos tempos de espera. Menores tempos de espera podem ser alcançados, seja por intervenções na oferta ou na demanda. Intervenções do lado da oferta incluem o aumento da capacidade dos hospitais, aumentando o número de recursos humanos e físicos, utilizando a capacidade disponível de outros hospitais públicos da vizinhança, ou aumentando a produtividade dos recursos disponíveis. Intervenções do lado da demanda incluem a priorização de pacientes de acordo com a necessidade e a gestão das listas de espera em conformidade⁽¹⁶⁾. A Figura 4 apresenta as principais práticas.



Figura 4: Políticas de intervenção para redução de tempos de espera⁽⁵⁰⁾

Medidas adotadas internacionalmente no intuito de reduzir o tempo de espera a partir de financiamento público são: utilizar capacidade do/no setor privado; promover cirurgias *day clinic*; aumentar opções para os pacientes; e adotar garantias de tempo máximo de espera como referência^(22,31,51-53). Os países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OECD) adotam políticas para combater tempos de espera: (a) garantias de tempo de espera (paciente não espera mais do que o tempo predeterminado para o tratamento); (b) vínculos entre as garantias de tempo de espera e metas e sanções fixadas perante fornecedores; criar métricas e mensurar as partes da jornada do paciente (em

partes e em sua totalidade); (c) permitir que pacientes façam o uso de fornecedores alternativos (inclusive privados); (d) estabelecer sistemas de informação para monitorar o movimento de pacientes entre fornecedores e permitir que os pacientes possam se enxergar na lista (e, eventualmente, possam invocar seu direito a tratamento em caso de violação das metas fixadas)^(30,31).

Especialmente sobre fixação de garantia de tempo de espera, nenhum paciente deve esperar mais do que um tempo pré-determinado para o tratamento. Esta política é mais eficaz quando vinculada a metas com sanções e quando os pacientes são autorizados a escolher prestadores alternativos, caso a garantia seja violada⁽³⁰⁾. Alguns casos são apresentados no

Quadro 4.

Quadro 4: Mecanismos de incentivo adotados por países europeus para o sistema de garantias de tempo de espera^(30,31,54)

País	Mecanismo de incentivo	
Inglaterra	Metas com penalidades foram introduzidas no período 2000-2005, com forte supervisão política do Primeiro Ministro.	
Finlândia	Há uma agência nacional com autoridade para penalizar financeiramente os municípios que não conseguem cumprir os prazos estabelecidos para o tempo de espera. Os hospitais que não cumprem esses prazos estão sujeitos a multas ⁽³¹⁾ .	
Portugal	No momento em que um paciente na lista de espera atinge 75% do tempo de espera máximo para a cirurgia, um comprovante é emitido permitindo que o paciente procure tratamento em outros lugares, inclusive no setor privado.	
Dinamarca	Em 2002, o país passou a oferecer aos pacientes o direito de escolher um hospital privado ou no exterior, caso seu tempo de espera para cirurgia eletiva ultrapassasse dois meses nos hospitais públicos. Como parte desta garantia, novo financiamento foi fornecido para aumentar a atividade cirúrgica ⁽⁵⁴⁾ .	
Irlanda do Norte	A partir de 2000, houve ações para a redução dos tempos de fila que consistiram em:	a) Iniciativas clínicas: Examinar possibilidade de expansão do papel dos cuidados primários; melhorar protocolos de encaminhamento; desenvolver clínicos gerais para serviços específicos; reduzir desigualdades nos tempos de espera; disseminar iniciativas de boas práticas.
		b) Ação gerencial: Desenvolver planos de ação para lista de espera; realizar acompanhamento trimestral da execução dos planos de ação; fixar gestor responsável pelas listas de espera; estabelecer sistemas para acompanhamento de atividade e tendências; melhorar a informação sobre os usuários do serviço.
		c) Planejamento: Definir metas gerais para reduções de tempos; definir metas específicas para os pacientes na lista para alguns tipos de cirurgia.
		d) Medidas de Eficiência: Validar as listas de espera; aumentar a integração das unidades com o restante do sistema de saúde; melhorar a eficiência do centro cirúrgico; melhorar a eficiência dos sistemas de consultas ambulatoriais; estabelecer processo de gestão para cancelamentos de pacientes.
Holanda	As políticas adotadas são caracterizadas pelo financiamento específico para reduzir os tempos de espera. Uma prática relacionada com essa política é a Atividade Baseada em Financiamento (ABF). Trata-se de um sistema no qual o governo repassa aos hospitais um valor para cada paciente tratado adicionalmente, incentivando assim o aumento da produtividade. No entanto, o financiamento tende a ser insuficiente para aumentar a capacidade de forma significativa ⁽¹⁶⁾ .	

Na Nova Zelândia, a política para gestão da lista de espera está relacionada ao controle da demanda. Ela inclui deslocar a demanda para os hospitais privados, incentivando seguros privados de saúde. Tal prática também foi implantada na Austrália, mas não obteve sucesso. Os resultados foram diferentes dos observados na Nova Zelândia, pois os segurados continuaram a usar hospitais públicos em decorrência de pagamentos adicionais elevados em hospitais privados⁽³⁰⁾.

Outra política identificada na Austrália é a utilização de critérios de avaliação de prioridade clínica. Seu objetivo é garantir que os pacientes com maior necessidade e potencial de se beneficiar sejam tratados em primeiro lugar. Desenvolveu-se ferramentas de pontuação para alguns tipos de cirurgias que se baseiam em fatores clínicos para uma avaliação quantitativa para definir a urgência do procedimento para cada paciente⁽³⁹⁾.

O NHS desenvolveu um projeto, em um hospital na Inglaterra, com abordagem

direcionada à aplicação de princípios *lean*, principalmente no que se refere à produção de listas de espera eletrônicas e desenvolvimento de atitude lógica em relação à sua gestão em toda a organização. Os resultados apontam para a melhora dos sistemas em relação à qualidade e desempenho. Os tempos de espera foram reduzidos consideravelmente e os gestores puderam equalizar a demanda com a capacidade de forma mais eficiente, uma vez que passaram a entender o “perfil da espera”⁽²⁴⁾.

Uma das falhas mais críticas do tradicional gerenciamento de lista de espera é a incapacidade de fornecer informações básicas para os pacientes, por exemplo, expectativa do tempo de espera, as opções de atendimento, ou mesmo quem é o responsável por seus atendimentos nas diferentes fases do processo. Essa falta de informação contribuiu significativamente para a percepção de um mau serviço a partir do sistema de saúde

pública, além da perda de confiança (já apontado neste artigo como fator de impacto). Uma solução seria o desenvolvimento de requisitos mínimos de informação ao paciente⁽³⁵⁾.

A literatura aponta incentivos no setor público que podem responder negativamente à redução de fila, ou seja, o incentivo estabelecido pelo governo tem como resultado o aumento da espera. Isto pode ocorrer em duas situações: (a) quando o governo amplia o orçamento e disponibiliza mais recursos quando a fila ultrapassa determinada dimensão; ou (b) quando é permitido aos profissionais compartilharem sua jornada de trabalho no setor privado; desse modo, tais profissionais se beneficiam quando o paciente optar pelo tratamento privado, e não por esperar^(40,52,53).

O Quadro 5 sintetiza e complementa as soluções apresentadas pela literatura para gestão de lista de espera e redução dos tempos de espera.

Quadro 5: Síntese das políticas de intervenção para gestão da lista de espera e seus efeitos⁽⁵⁰⁾

Objetivo	Intervenção	Efeitos
Aumentar oferta	Pague para aumento de atividade (bônus, taxa por serviço, “ <i>targeted funding</i> ”, etc.).	- Se temporário: redução temporária do <i>backlog</i> , mas reaparece quando o financiamento se esgota. - Se é sustentado: reduz as esperas, especialmente quando combinado com incentivos para reduzi-las.
	Aumente a capacidade (com financiamento público).	- Suporta esperas reduzidas no longo prazo. - De forma transversal, maiores recursos (gastos gerais, leitos, às vezes médicos, equipamentos) associados a esperas mais baixas.
	Compre capacidade de outros países ou regiões.	- Não parece reduzir a espera geral. Custoso. Resultados dos pacientes mais pobres documentados.
	Compre capacidade do setor privado (com fins lucrativos).	- Provavelmente não teve grande impacto, já que o volume da atividade do setor privado foi pequeno. - Se o serviço é simples e fácil de monitorar: pode facilitar a instalação imediata de clínicas independentes de alto rendimento (“ <i>high-throughput</i> ”).

Objetivo	Intervenção	Efeitos
		- Se o serviço é complexo e difícil de monitorar: propriedade com fins lucrativos (especialmente grandes empresas) associada a menor qualidade e custos mais altos.
	Incentive o seguro privado de saúde a estimular a capacidade no setor privado (duplicar o seguro de saúde privado e público para os mesmos pacientes e mesmos serviços.)	- Falta de efeito sobre os tempos de espera do setor público. - Pode até não aumentar a capacidade (onde os setores privado e público usam os mesmos recursos, por exemplo, médicos, hospitais públicos), ou pode aumentar a capacidade de maneira que não reduz a lista de espera (por exemplo, criar nova demanda). - Pessoas que podem pagar seguro privado recebem cuidados mais rapidamente (problema de equidade).
	Use a capacidade existente de forma mais eficiente (incentivar processos simplificados e sistemas melhor projetados a nível local).	- Enfatizar/focar em cirurgias <i>day clinic</i> aumenta a eficiência. - Boa evidência para a necessidade e importância de reprojeto do sistema (ex: agrupamentos de listas; endereçamento de gargalos na jornada do paciente; remodelagem de responsabilidades, etc). Mas a evidência sobre os efeitos das iniciativas de reprojeto permanece irregular. - Promover a aceitação das melhores práticas (um desafio mesmo com grandes esforços de disseminação).
	Redirecione os pacientes para listas de espera mais curtas através da escolha do paciente.	- De forma isolada: pouca evidência de impacto. Os pacientes tendem a mostrar baixa aceitação de escolha (e os provedores nem sempre oferecem isso). - Com nova capacidade e coordenador central para oferecer opções para pacientes que aguardam por muito tempo: tempos de espera reduzidos. - Não é claro se os esquemas de escolha de pacientes podem estimular os provedores a melhorar seus serviços.
Reduzir demanda	Evite doenças para reduzir a necessidade de tratamento.	- Não está claro até que ponto isso foi tentado e quais são os efeitos.
	Priorize os pacientes e trate apenas aqueles que atendam a um determinado limite de prioridade (acionamento).	- Reduz a espera para pacientes definidos como de alta prioridade, mas exclui outros pacientes que podem se beneficiar do tratamento (especialmente quando o limite é determinado a partir de critérios financeiros). - As esperas dos pacientes não selecionados tornam-se "invisíveis".
	Elimine testes e tratamentos inapropriados.	- Falta de evidência de efeitos de grande escala. - As iniciativas locais para melhorar a adequação tiveram resultados mistos.
Estratégias globais	Defina metas obrigatórias (geralmente tempo de espera máximo) com incentivos diretos para atendê-las.	- Com forte gerenciamento central (incentivos positivos e negativos): evidência clara de espera reduzida. Reflete tanto o aumento da oferta, quanto a gestão de demanda. - 'Gaming' é um efeito colateral. Outros efeitos colaterais (perda de qualidade, tratamento de pacientes fora da ordem clínica) foram alegados, mas não comprovados. Os efeitos podem depender de quais pacientes são cobertos por alvo(s). - Os tempos de espera podem se deslocar para os doentes, serviços ou partes da espera não cobertos pelo alvo. Sem uma forte gestão com incentivos: não reduz as esperas ou apenas as reduz temporariamente.
	Utilize mecanismos de mercado (por exemplo, divisão do fornecedor-comprador, incentive a concorrência) para promover incentivos para menores esperas.	- Esperas reduzidas onde provedor, procedimento e paciente são cobertos pelo esquema (as esperas médias podem não mudar). - Há algumas evidências de que os hospitais podem passar a focar nos tempos de espera em detrimento da qualidade.
	Invista em coleta e uso de dados, monitoramento, relatórios, etc.	- Medir e monitorar os tempos de espera podem ser passos necessários para entendê-los e reduzi-los. Pouca evidência de eficácia por si só. - O relatório público pode ser uma parte valiosa da estratégia que inclui incentivos. Pode atrair o interesse dos pacientes, mas pode ou não afetar suas escolhas.

Conclusão

A mensuração dos tempos de espera é apontada pela literatura como um importante meio para avaliação da eficiência do planejamento e coordenação de operações hospitalares eletivas. Tempos de espera excessivamente longos ou desiguais podem indicar, por parte do hospital, insuficiência, ineficiência de uso e/ou má priorização de recursos, bem como refletir, por parte dos pacientes, condições desiguais de acesso aos recursos.

Partindo da lógica de eficácia produtiva, a literatura aponta que o tamanho da lista ou o número de pessoas na lista de espera não é um indicador consistente para mensurar a qualidade do tratamento, apesar de ser reportado constantemente em organizações de saúde. A decomposição dos tempos de espera em etapas, por sua vez, pode ser útil para o diagnóstico de gargalos no fluxo dos pacientes e resolução de outros problemas do sistema. Os tempos de espera podem ser melhorados a partir de intervenções tanto no lado da oferta, quanto no da demanda. O artigo apontou diversas práticas reais adotadas nesse sentido. Uma das lacunas observadas, e apontada pela literatura como solução determinante para o problema que envolve a gestão de listas de espera, é a comparação internacional. Isso porque a colaboração entre os países tende a facilitar a comparação dos indicadores e parâmetros de mensuração dos tempos de espera e da gestão da lista, de modo a

contribuir para a melhoria dos serviços de saúde. Nesse sentido, deve-se levar em conta que a comparação internacional pode ser dificultada pelo fato dos países adotarem modelos de atenção diferentes.

Apesar da literatura apontar medidas que são sustentadas por evidências que sugerem sua efetividade em relação à redução dos tempos de espera, não foram encontrados estudos que explicitassem impactos mais específicos como, por exemplo, a indicação de ganhos de eficiência na gestão da lista de espera em termos percentuais.

Os critérios de priorização e mensuração devem ser delimitados, publicizados e possuir equidade clínica de modo a possibilitar que a gestão da lista de espera reflita os objetivos esperados pelos sistemas de saúde. A adequada gestão de listas de espera deve permitir equidade na utilização dos serviços públicos de saúde, de modo que as oportunidades de acesso e qualidade sejam as mesmas para sujeitos que apresentem um mesmo problema.

Por fim, os resultados e discussões desta pesquisa consolidam os principais pontos de discussão do conhecimento internacional sobre o tema. É esperado que tal consolidação contribua para o avanço da literatura nacional e das práticas relacionadas à gestão de lista de espera.

Referências

1. Machado CML, Scavarda A, Vaccaro G, Kipper LM, Khan MS. Healthcare lean operations:

- Building an effective management framework. 23rd Int Conf Prod Res ICPR 2015 [Internet]. 2015;(August). Available from: <https://goo.gl/RDP11u>
2. Poksinska B. The current state of Lean implementation in health care: literature review. *Qual Manag Health Care* [Internet]. 2010;4(19):319–29. Available from: <https://goo.gl/bZKjbr>
 3. Hopp W, Lovejoy W. *Hospital operations: principles of high efficiency healthcare*. 1st ed. Pearson FT Press; 2012.
 4. Neto GV, Malik AM. *Gestão em Saúde*. Reimpressã. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2012.
 5. Pedroso MC, Malik AM. As quatro dimensões competitivas da saúde. *Harv Bus Rev*. 2011;89:59–67.
 6. La Forgia GM, Couttolenc BF. *Desempenho Hospitalar no Brasil: em busca da excelência*. Banco Mundial. São Paulo: Editora Singular; 2008. 4 p.
 7. Dotti E. Modelo de planejamento hospitalar eletivo via programação dinâmica aproximada [Internet]. Instituto Tecnológico de Aeronáutica; 2010. Available from: <https://goo.gl/S8jbdS>
 8. Laselva C. Gestão do fluxo do paciente internado e seus impactos: qualidade, segurança e sustentabilidade. In: *I Congresso Internacional sobre Segurança do Paciente* [Internet]. Ouro Preto - MG: Instituto para Práticas Seguras no Uso dos Medicamentos (ISMP Brasil); 2014. Available from: <https://goo.gl/s5a4Mu>
 9. Moser A, Korstjens I, van der Weijden T, Tange H. Themes affecting health-care consumers' choice of a hospital for elective surgery when receiving web-based comparative consumer information. *Patient Educ Couns* [Internet]. 2010;78(3):365–71. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2009.10.027>
 10. Jeang A, Chiang AJ. Economic and quality scheduling for effective utilization of operating rooms. *J Med Syst* [Internet]. 2012;36(3):1205–22. Available from: <https://goo.gl/Fj5PVN>
 11. Marcinko DE, Hetico HR. *Hospitals & Health Care Organizations: Management Strategies, Operational Techniques, Tools, Templates, and Case Studies*. 1st ed. CRC Press: Taylor & Francis Group; 2013. 413 p.
 12. Erdmann AL, Mello ALSF De, Meirelles BHS, Marino SRDA. As organizações de saúde na perspectiva da complexidade dos sistemas de cuidado. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2004;57(4):467–71. Available from: <https://goo.gl/P3eAs8>
 13. Santibáñez P, Begen M, Atkins D. Surgical block scheduling in a system of hospitals: An application to resource and wait list management in a British Columbia health authority. *Health Care Manag Sci* [Internet]. 2007;10(3):269–82. Available from: <https://goo.gl/XKLWcD>
 14. Rouse WB. *Health Care as a Complex Adaptive System: Implications for Design and Management*. In: Bugliarello G, editor. *The Bridge: linking engineering and society*. Washington DC: National Academy of Sciences.; 2008. p. 68.
 15. Lippi MC, Silva GV. *GESTÃO PÚBLICA EM MOVIMENTO: reorientação de políticas e serviços públicos de saúde*. *Perspect em Políticas Públicas* [Internet]. 2016;IX(18):79–120. Available from: <https://goo.gl/j2ADn4>
 16. Contreras-Loya D, Gómez-Dantés O, Puentes E, Garrido-Latorre F, Castro Tinoco M, Fajardo-Dolci G. Waiting times for surgical and diagnostic procedures in public hospitals in México. *Salud Publica Mex* [Internet].

- 2015;57(1):29–37. Available from: <https://goo.gl/mT4CE9>
17. Lewis R, Dixon J. Rethinking management of chronic diseases. *BMJ Br Med J* [Internet]. 2004;328(7433):220–2. Available from: <https://goo.gl/f9gojT>
18. Chauhan M, Bankart MJ, Labeit A, Baker R. Characteristics of general practices associated with numbers of elective admissions. *J Public Heal (United Kingdom)* [Internet]. 2012;34(4):584–90. Available from: <https://goo.gl/TuaLRQ>
19. Sena AC de, Nascimento ERP do, Maia ARCR. Prática do enfermeiro no cuidado ao paciente no pré-operatório imediato de cirurgia eletiva. *Rev gaúcha Enferm* [Internet]. 2013;34(3):132–7. Available from: <https://goo.gl/tHaEko>
20. Mantoani CC. A transfusão sanguínea no perioperatório e a ocorrência da infecção de sítio cirúrgico [Internet]. Universidade de São Paulo; 2012. Available from: <https://goo.gl/ggedu4>
21. Ministry of Health of New Zeland. Targeting more elective operations: Improved access to elective surgery [Internet]. Wellington: Ministry of Health of New Zeland; 2011. p. 1–12. Available from: <https://goo.gl/D6HwQ4>
22. Mervin MC, Jackson S. How can we improve waiting time for elective surgery in Australian public hospitals? [Internet]. St Lucia, Brisbane; 2009. Available from: <https://goo.gl/38YjgL>
23. Ward PR, Rokkas P, Cenko C, Pulvirenti M, Dean N, Carney AS, et al. “Waiting for” and “waiting in” public and private hospitals: a qualitative study of patient trust in South Australia. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2017;17(1):333. Available from: <https://goo.gl/4x9YUu>
24. Lodge A, Bamford D. Leadership in Health Services Health service improvement through diagnostic waiting list management. *Leadersh Heal Serv Leadersh Heal Serv Iss Int J Heal Care Qual Assur* [Internet]. 2007;20(3):254–65. Available from: <http://dx.doi.org/10.1108/17511870710829364>
25. Johar M, Jones G, Keane M, Savage E, Stavrunova1 O. The demand for private health insurance: do waiting lists or waiting times matter? [Internet]. Sydney; 2010. Available from: <https://goo.gl/imVG1W>
26. Escobar A, Quintana JM, González M, Bilbao A, Ibañez B. Waiting list management: Priority criteria or first-in first-out? A case for total joint replacement. *J Eval Clin Pract* [Internet]. 2009;15(4):595–601. Available from: <https://goo.gl/suwZbe>
27. Baptista Rodrigues GM, Garcia A, Abreu R, Quintas A, Ferreira R, Camacho N, et al. Tempos de espera na endarterectomia carotídea: realidade institucional e estratégias de melhoria. *Angiol e Cir Vasc* [Internet]. 2015;(August):85–92. Available from: <https://goo.gl/zwHvht>
28. Henriques TGP. Tempo de espera no acesso a consultas médicas: influência do gradiente socioeconómico [Internet]. Universidade de Coimbra; 2012. Available from: <https://goo.gl/5DLPDy>
29. Conill EM, Giovanella L, Almeida PF de. Listas de espera em sistemas públicos: da expansão da oferta para um acesso oportuno? Considerações a partir do Sistema Nacional de Saúde espanhol. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2011;16(6):2783–94. Available from: <https://goo.gl/TAsQDM>
30. Thompson J. Waiting Times for Elective Care [Internet]. Belfast: Research and Information Service - Northern Ireland Assembly; 2013. Available from: <https://goo.gl/kXBcPA>
31. Siciliani L, Moran V, Borowitz M. Measuring and comparing health care waiting times in OECD countries. *Health Policy (New York)* [Internet]. 2014;118(3):292–303. Available

- from:
<http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2014.08.011>
32. Bowers JA. Simulating waiting list management. *Health Care Manag Sci* [Internet]. 2011;14(3):292–8. Available from: <https://goo.gl/opxLhc>
33. Letelier A, Cifuentes Rivas G. Waiting list in a public health facility in Santiago, Chile. *Medwave* [Internet]. 2014;14(6):e6000. Available from: <https://goo.gl/AKW5Am>
34. Carvalho TC de, Gianini RJ. Equidade no tempo de espera para determinadas cirurgias eletivas segundo o tipo de hospital em Sorocaba, SP. *Rev Bras Epidemiol* [Internet]. 2008;11(3):473–83. Available from: <https://goo.gl/kS1W6U>
35. Government Department Strategy of New Zealand. Reduced Waiting Times for Public Hospital Elective Services [Internet]. 2000. Available from: <https://goo.gl/QSsRNR>
36. Pandit JJ, Pandit M, Reynard JM. Understanding waiting lists as the matching of surgical capacity to demand: Are we wasting enough surgical time? *Anaesthesia*. 2010;65(6):625–40.
37. Patrick J, Puterman ML. Improving resource utilization for diagnostic services through flexible inpatient scheduling: A method for improving resource utilization. *J Oper Res Soc* [Internet]. 2006;58(2):235–45. Available from: <https://goo.gl/rNpFRS>
38. Patrick J, Puterman ML. Reducing Wait Times through Operations Research: Optimizing the Use of Surge Capacity. *Healthc policy* [Internet]. 2008;3(3):75–88. Available from: <https://goo.gl/fUU5N3>
39. Curtis AJ, Russell COH, Stoelwinder JU, McNeil JJ. Waiting lists and elective surgery: Ordering the queue. *Med J Aust* [Internet]. 2010;192(4):217–20. Available from: <https://goo.gl/NW5wFb>
40. Goddard J, Tavakoli M. Efficiency and welfare implications of managed public sector hospital waiting lists. *Eur J Oper Res* [Internet]. 2008;184(2):778–92. Available from: <https://goo.gl/PH1Ast>
41. Pandit JJ, Carey A. Estimating the duration of common elective operations: Implications for operating list management. *Anaesthesia*. 2006;61(8):768–76.
42. Buhaug H. Long waiting lists in hospitals. *BMJ* [Internet]. 2002;324(February):252–3. Available from: <https://goo.gl/jEHGq2>
43. Hamlin L, Hale M. Managing Waiting Lists: An Australian Case Study. *AORN J* [Internet]. 2011;93(5):607–13. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aorn.2011.01.009>
44. Johar M, Jones GS, Savage E. Emergency admissions and elective surgery waiting times. *Heal Econ (United Kingdom)* [Internet]. 2013;22(6):749–56. Available from: <https://goo.gl/9A7qSd>
45. Pope C. Cutting queues or cutting corners: waiting lists and the 1990 NHS Reforms. *Br Med J* [Internet]. 1992;305(6853):577–9. Available from: <https://goo.gl/jAS5G2>
46. Lima DMG de, Ventura LO, Brandt CT. Barreiras para o acesso ao tratamento da catarata senil na Fundação Altino Ventura. *Arq Bras Oftalmol* [Internet]. 2005;68(3):357–62. Available from: <https://goo.gl/jkXZu8>
47. Breton M, Brousselle A, Boivin A, Loignon C, Touati N, Dubois C-A, et al. Evaluation of the implementation of centralized waiting lists for patients without a family physician and their effects across the province of Quebec. *Implement Sci* [Internet]. 2014;9(1):117. Available from: <https://goo.gl/HX655x>
48. Viberg N, Forsberg BC, Borowitz M, Molin R. International comparisons of waiting times in

- health care - Limitations and prospects. *Health Policy* (New York) [Internet]. 2013;112(1-2):53-61. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2013.06.013>
49. Calnan MW, Sanford E. Topic collections Public trust in health care: the system or the doctor? *Qual Saf Heal Care* [Internet]. 2004;13:92-7. Available from: <http://qualitysafety.bmj.com/>
50. Kreindler SA. Policy strategies to reduce waits for elective care: A synthesis of international evidence. *Br Med Bull* [Internet]. 2010;95(1):7-32. Available from: <https://goo.gl/9g52yj>
51. Hurst J, Siciliani L. Tackling Excessive Waiting Times for Elective Surgery: A Comparison of Policies in Twelve OECD Countries. *OECD Heal Work Pap* [Internet]. 2003; Available from: <https://goo.gl/9B9Ghj>
52. Iversen T. Potential effect of internal markets on hospitals' waiting time. *Eur J Oper Res* [Internet]. 2000;121(3):467-75. Available from: [https://doi.org/10.1016/S0377-2217\(99\)00044-2](https://doi.org/10.1016/S0377-2217(99)00044-2)
53. Iversen T. The effect of a private sector on the waiting time of a national health service. *J Health Econ* [Internet]. 1997;16:381-96. Available from: [https://doi.org/10.1016/S0167-6296\(96\)00518-8](https://doi.org/10.1016/S0167-6296(96)00518-8)
54. BCMA's Council on Health Economics & Policy. *Waiting Too Long: Reducing and Better Managing Wait Times in BC* [Internet]. 2006. Available from: <https://goo.gl/5a4efP>

Participação dos autores:

LIPPI MC - contribuições substantivas na concepção do trabalho, na análise dados, na redação do conteúdo, e na aprovação final da versão a ser publicada, FLEXA RGC - contribuições substantivas na estruturação do artigo, no levantamento de dados, na redação do conteúdo, e na aprovação final da versão a ser publicada. SILVA GV - contribuições substantivas na concepção do trabalho, na análise dados, na revisão crítica de importante conteúdo intelectual, e na aprovação final da versão a ser publicada. NAVARRO LLL - contribuições substantivas na estruturação do artigo, na interpretação de dados, na revisão crítica de importante conteúdo intelectual, e na aprovação final da versão a ser publicada.

Recebido: 28.09.2017

Revisado: 09.11.2017

Aprovado: 09.01.2018