

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA - CEUB
PROGRAMA DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA

BRUNA MORENO BARBOSA
MAYARA MARANHÃO JORGE

ANÁLISE DA MORBIDADE CAUSADA PELA DEMORA NA REALIZAÇÃO DA
COLECISTECTOMIA NA LITÍASE BILIAR- UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

BRASÍLIA

2022

BRUNA MORENO BARBOSA
MAYARA MARANHÃO JORGE

**ANÁLISE DA MORBIDADE CAUSADA PELA DEMORA NA REALIZAÇÃO DA
COLECISTECTOMIA NA LITÍASE BILIAR- UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**

Relatório final de pesquisa de Iniciação Científica apresentado à Assessoria de Pós-Graduação e Pesquisa.

Orientação: Dr. Alberto Villar Trindade

BRASÍLIA

2022

RESUMO

O presente estudo é uma revisão bibliográfica narrativa que tem como objetivo apresentar e discutir os estudos mais recentes e relevantes a respeito do tratamento cirúrgico através da colecistectomia dos pacientes diagnosticados com litíase biliar e com indicação cirúrgica, a qual sendo uma indicação eletiva de cirurgia, apresenta a problemática relacionada com o tempo de espera prolongado das cirurgias eletivas no Brasil. O estudo partiu da pergunta norteadora “Quais os fatores que levam ao tempo de espera prolongado dos pacientes diagnosticados com colelitíase, e com indicação cirúrgica, até a realização da colecistectomia e as possíveis complicações, devido a essa espera prolongada?”, sendo realizado a revisão bibliográfica dos artigos mais relevantes. O estudo mostra as consequências advindas dessa espera prolongada até o ato cirúrgico, demonstrando um maior número de internações ou reinternações desses pacientes, além do aparecimento de complicações consequentes da história natural da litíase biliar (ex.: colecistite e pancreatite) que poderiam ser evitadas com uma intervenção cirúrgica precoce. A revisão bibliográfica também mostra uma complicação tardia devido a essa alteração da arquitetura da vesícula biliar, que é o câncer de vesícula biliar. Com isso, além dessas consequências fisiopatológicas no organismo, esse atraso nas cirurgias eletivas também levam a um comprometimento psicológico importante dos pacientes. O atual estudo também elenca as possíveis causas que podem contribuir para o atraso da realização da colecistectomia, como questões gerenciais da fila de espera do SUS das cirurgias eletivas, questões financeiras e a organização da própria equipe que realizará a cirurgia. Dessa forma, foi concluído a necessidade de reestruturação da organização das filas de cirurgia eletiva nacional e maiores estudos demonstrando como o andamento dessas listas pode ser feito de forma mais eficaz.

Palavras-chave: “delay in performing cholecystectomy”; “morbidity in biliary lithiasis”; “Cholecystectomy”, “Cirurgia eletiva”; “Atraso cirurgias eletivas”.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	5
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	6
3. MÉTODO	11
4. RESULTADOS E DISCUSSÕES	12
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	17
REFERÊNCIAS	18

1. INTRODUÇÃO

A colelitíase constitui um grave problema de saúde pública, afetando até 20% da população brasileira, sendo a patologia gastrointestinal que mais comumente provoca a admissão hospitalar nos países desenvolvidos (CASTRO, 2019). Estimativas advindas de estudos com necropsia avaliaram que 50% dos pacientes idosos têm colelitíase aos 75 anos de idade e essa incidência é maior em mulheres com múltiplas gestações e nos pacientes com obesidade (HERMANN, 1989). No Brasil, apresenta indicação cirúrgica em até 9,4% dos casos (MENEZES, 2016), que são por exemplo os pacientes sintomáticos, os quais são a minoria, pois 40 a 60% dos portadores de colelitíase são assintomáticos (MCSHERRY, 1985).

Os sintomas típicos se caracterizam principalmente pela cólica biliar, além de náuseas, vômitos e indigestão. Isso ocorre pela presença dos cálculos na vesícula, podendo evoluir com quadro agudo inflamatório, muitas vezes grave quando não operado. Além deste quadro clínico típico, pode predispor complicações inflamatórias locais e, pela migração dos cálculos pela via biliar principal, ocorrer icterícia ou pancreatite biliar, que é a principal complicação (FOUSEKIS, 2019). Além de poder predispor a neoplasia de vesícula (CASTRO, 2019).

Em 1992 o Instituto Nacional de Saúde dos EUA definiu a colecistectomia por videolaparoscopia como escolha no tratamento da litíase biliar, essa modalidade cirúrgica é mais estética, reduz dor pós operatória, infecção de ferida operatória, tempo de internação, morbidade, mortalidade (0,1%), permanência hospitalar e pode ser feita em regime ambulatorial (FELÍCIO, 2017).

Devido ao risco do paciente desenvolver uma complicação da colelitíase é necessário que a espera pela cirurgia eletiva da colecistectomia não seja algo demorado, porém no Brasil, a colecistite aguda (complicações da colelitíase) representa a segunda maior causa de abdome agudo cirúrgico, perdendo somente para apendicite aguda (CASTRO, 2019), mostrando que essa alta incidência cirúrgica juntamente com as listas de cirurgias eletivas lotadas, levam o paciente a somente conseguir ser operado quando desenvolve um quadro de abdome agudo.

O Sistema Único de saúde (SUS) apresenta grandes listas de espera e possíveis explicações para o maior tempo de resolução dos problemas de saúde verificado no hospital

público são: longa fila de espera para realização de consultas, exames ou cirurgias; falta de médicos e funcionários; grande demora nas referências e no agendamento para outros serviços; profissionais muitas vezes pouco preparados para o atendimento; condições de trabalho e de remuneração incompatíveis com a grande demanda; e orçamento público insuficiente (SOBOLEV, 2004 e GOUVEA, 1997).

Desse modo, a litíase biliar se apresenta como uma doença de alta incidência na população e alto impacto na saúde pública, pois as fragilidades do sistema público de saúde do Brasil terão reflexos importantes nesses pacientes. Com isso, o estudo tem como objetivo realizar uma revisão bibliográfica narrativa para demonstrar os fatores que levam ao tempo de espera prolongado dos pacientes diagnosticados com colelitíase, e com indicação cirúrgica, até a realização da colecistectomia e as possíveis complicações, devido a essa espera prolongada.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A Portaria GM/MS nº 1.919 de 15 de julho de 2010 estabeleceu o conceito de procedimento cirúrgico eletivo como: Procedimento cirúrgico eletivo é todo aquele atendimento prestado ao usuário em ambiente cirúrgico, com diagnóstico estabelecido e indicação de realização de cirurgia a ser realizada em estabelecimento de saúde ambulatorial e hospitalar com possibilidade de agendamento prévio, sem caráter de urgência ou emergência. (BRASIL, 2010). E foi estabelecido o conceito de procedimentos de média complexidade do Sistema de Informações Ambulatoriais, o qual abrange a realização colecistectomia na litíase biliar, os procedimentos especializados realizados por profissionais médicos; cirurgias ambulatoriais especializadas; procedimentos traumato-ortopédicos; ações especializadas em odontologia; patologia clínica; anatomopatologia e citopatologia; radiodiagnóstico; exames ultrassonográficos; diagnose; fisioterapia; terapias especializadas; próteses e órteses e anestesia (BRASIL, 2009)

De acordo com o levantamento de dados sobre cirurgia eletiva feito em 2017, o tempo de espera médio para “Cirurgia do Aparelho Digestivo, Órgãos Anexos e Parede Abdominal”, subgrupo em que a colecistectomia está contida, é de 294 dias (uma média de 10 meses), podendo este tempo variar tanto para menos quanto para mais (BRASIL, 20218).

Houve um levantamento feito em 2017 pelo Conselho Federal de Medicina com dados de 16 Secretarias da Saúde dos Estados e 10 Capitais por meio da Lei de Acesso à Informação (Lei nº 12.527/2011), que demonstrou que cerca de 904 mil pessoas ainda esperavam por uma cirurgia eletiva no país. Entre os procedimentos com o maior número de demandas estão as cirurgias de catarata (113.185), correção de hérnia (95.752), retirada da vesícula biliar (90.275), varizes (77.854) e de amígdalas ou adenoide (37.776). Só estes cinco tipos concentram quase metade de todos os pedidos desta fila.

De acordo com Carvalho e Gianini (2008), a variação do tempo de espera para a realização de uma cirurgia eletiva podem ser agrupados em duas categorias: oferta de serviços referentes a estrutura e processos ou a características da demanda. Nos fatores estruturais pode-se encontrar números de leitos disponíveis, menor experiência do cirurgião, tipo de hospital e capacidade da rede pública. Relativos aos processos tem-se o cancelamento de procedimentos eletivos devido a ocupação de leitos por urgência, gerenciamento hospitalar, dentre outros. Giamberardino Filho (2017) concorda, e completa que além da incapacidade de suprir a demanda, o problema de gestão conta com a falta de integração entre as redes de assistência em seus diferentes níveis de complexidade.

Destaca-se a pouca valorização financeira dos procedimentos cirúrgicos de atenção em média complexidade, os quais acabam sendo negligenciados quando comparados aos serviços de atenção básica e alta complexidade, passando por longos períodos de congelamento dos valores atribuídos na tabela de referência nacional do SUS e os reajustes insuficientes que levam ao seu subfinanciamento e demonstram o descaso da administração pública com este nível de assistência (SILVA, 2017)

O ministério da saúde criou a fila única de espera para cirurgias eletivas, com objetivo de ter maior transparência e agilidade, facilitando maior comunicação entre as regiões para a realização do procedimento, com isso o paciente não fica dependendo de apenas um número restrito de hospitais. Além disso, as informações globalizadas auxiliam a gestão de recursos de forma mais eficiente, entretanto, a falta de informações e transparência sobre quantidade de pacientes inscritos e tempo de espera reforçam uma má gestão desse sistema (SILVA, 2017).

Aplicando a Lei de Acesso à Informação, Lei 12.527/2011, o Conselho Federal de Medicina apresentou em 2017 a solicitação referente as filas de cirurgias eletivas às Secretarias de Saúde de 26 estados e o Distrito Federal, com isso foi evidenciado que a

maioria dos estados os gestores têm apenas dados parciais sobre a demanda reprimida ou nem sequer os possuem (Souza, 2017). Esse fato contribui ainda mais com a falta de transparência dessa fila de espera, além de ressaltar a má gestão pública do controle das listas de cirurgias eletivas (Giamberardino, 2017).

Devido a esses problemas elencados, como a má gestão pública do funcionamento da fila de espera das cirurgias eletivas, assim como a falta de transparência, uma consequência observada foi a criação de esquemas “intra hospitalares”, em que os parentes ou amigos dos profissionais da saúde que atuam no serviço público são beneficiados nas filas de cirurgias eletivas, ou ainda existência de casos mais graves nos quais são vendidas consultas ou mesmo um lugar na fila da triagem do hospital (JUNIOR, 2005).

Existem propostas para intensificar a transparência das informações das listas de espera cirúrgica, como a proposta apresentada do uso da tecnologia *Blockchain*, que são livros razão distribuídos, ao mesmo tempo compartilhados e confiáveis (Killmeyer, 2017). O qual, o Ministério da Saúde iria conceder a autorização às contas das secretarias de saúde para que essas possam realizar suas operações; As secretarias de saúde, e somente elas, criam filas de espera; As secretarias de saúde, e somente elas, incluíram pacientes no final das respectivas filas de espera, bem como, registraram a movimentação da fila indicando o atendimento ao primeiro paciente da fila e qualquer cidadão ou órgão de controle poderá auditar as movimentações em qualquer uma das filas de espera. (NASCIMENTO, 2018).

Outra questão relevante em relação à agilidade para realização das cirurgias eletivas, foi uma revisão realizada sobre métodos de pagamento para médicos que trabalham em atenção primária à saúde, concluiu que o pagamento por procedimento resulta em maior qualidade de serviço que o sistema assalariado (Carvalho, et al, 2008). Outros estudos também corroboram com essa descoberta, nos Estados Unidos um estudo mostrou que 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. (SIU, 1988)

Um estudo publicado em 2017 acompanhou 644 cirurgias eletivas em um hospital universitário em Minas Gerais, evidenciando que o atraso das cirurgias eletivas foi o evento observado com maior frequência, seguido pelo cancelamento e substituição. As principais causas de atrasos relatadas foram motivo do preceptor da cirurgia e motivo do preceptor da anestesia (CAMILO, 2017) corroborando com o estudo realizado por Conchon, Fonseca e

Elias em 2011 onde o motivo pela espera foi relacionado com a equipe médica em por 81,0% dos atrasos. (CONCHON, 2011)

Em relação à espera para a colecistectomia eletiva, os pacientes que apresentam sintomatologia importante da doença biliar neste período, comparecem mais vezes em serviços de urgência e emergência, e podem ser internados, reinternados e medicados até remissão dos sintomas. Recebem alta e retornam às suas residências, muitas vezes sem serem operados, portanto sem solução definitiva para o problema de base. A taxa de reinternação pelo retorno dos sintomas em pacientes em uma lista de espera eletiva para colecistectomia laparoscópica é estimada na literatura entre 5-39% (FELICIO, 2017).

Em 1980, Fowkes e Gunn estudaram a relação entre colecistectomia, tempo nas listas de espera cirúrgicas e custos hospitalares. Os autores demonstraram um potencial custo-benefício se fossem realizadas colecistectomias mais precoces, mostrando assim a relação de quanto menor o tempo de espera para a colecistectomia, menor a taxa de complicações e melhor o prognóstico do paciente. Além disso, em uma revisão de literatura sobre colecistite aguda no Rio de Janeiro, Brasil, foi indicada a operação precoce pela dificuldade de se conseguir leitos para as cirurgias eletivas no país (MAYA, 2009). E sabe-se que adiar a colecistectomia expõe as pessoas ao risco de complicações decorrentes dos cálculos biliares (GURUSAMY, 2013).

Alguns autores indicam que a inflamação associada à colecistite aguda cria um plano edematoso ao redor da vesícula biliar, facilitando sua dissecação das estruturas circundantes. E a conseqüente maturação da inflamação e reorganização das aderências, levando a cicatrizes e contração, ocorrem durante o período de espera, dificultando ainda mais o procedimento cirúrgico (OZKARDEŞ, 2014). Além disso, a delonga para a realização da colecistectomia pode levar à formação de empiemas, necrose ou mesmo uma perfuração da vesícula ou do ducto, fazendo com que a cirurgia tenha que ser realizada em regime de emergência, o que aumenta a morbimortalidade (MAYA, 2009).

As complicações mais clássicas e recorrentes da colelitíase, como colecistite aguda, icterícia obstrutiva, coledocolitíase, colangite, perfuração da vesícula e pancreatite, estão relacionadas com atrasos prolongados no tratamento, entretanto pouco se sabe sobre a relação direta entre o tempo gasto na lista de espera e o risco de internação de emergência (SOBOLEV, 2003). Os cálculos biliares são considerados a principal causa de pancreatite aguda, que se trata de um processo inflamatório agudo do pâncreas relacionado com a

presença ou a passagem de cálculo na ampola de Vater, causando obstrução temporária ou persistente ao fluxo de bile (DUARTE, 2019). Chowdhury, em 2009, constatou que uma espera de 6 a 8 semanas pode resultar nessa afecção, condição que necessita de pronto atendimento e que aumenta a morbidade e o tempo de internação significativamente.

De acordo com as diretrizes atuais, quando o paciente for diagnosticado com a pancreatite aguda de causar biliar todos os pacientes devem receber tratamento definitivo de cálculos biliares durante a mesma internação hospitalar a menos que a cirurgia seja planejada nas próximas duas semanas. A colecistectomia deve ser adiada somente em pacientes com pancreatite aguda grave ou comprometimento sistêmico grave. (TAKADA, 2015)

Salvo as complicações já supracitadas, existem também outras mais raras da litíase biliar, mas que também têm seu risco de ocorrerem e estão diretamente relacionadas com colelitíase de longa data, possivelmente relacionado à demora da cirurgia, como a síndrome de Mirizzi e o íleo biliar. A primeira consiste na obstrução tanto do ducto hepático comum quanto do ducto colédoco devido a compressão extrínseca por cálculos biliares estagnados no ducto cístico ou no infundíbulo da vesícula biliar (TORRES, 2002). Enquanto a segunda se trata de uma obstrução intestinal mecânica que decorre da impactação de cálculos biliares na luz intestinal advindos da formação de uma fístula entre a vesícula e algum segmento intestinal (GUIMARÃES, 2010). Ambas situações necessitam de cirurgia de urgência, com altas taxas de morbimortalidade associadas.

Outra consequência mais rara da colelitíase, mas que também está relacionada com o maior tempo de doença é a neoplasia de vesícula, encontrada em 94 casos em um estudo brasileiro de 4.482 autópsias realizadas em homens e mulheres, mostrando um percentual aparentemente baixo, de 2,1%, mas que ao ser analisado deve se considerar o risco para com outras possíveis complicações advindas desta neoplasia (KIMURA, 1989).

Além do espectro fisiológico, a demora para a realização da colecistectomia pode apresentar problemas psicológicos e sociais. A espera pelo tratamento causa ansiedade, angústia e incerteza entre os pacientes, além de prolongar a licença médica, a perda de renda e levar a limitações na vida social. Sabe-se que esse impacto grande que a espera pela colecistectomia gera é reflexo da recidiva dos sintomas, o que leva a uma piora gradual da saúde, e do advento de outras patologias, principalmente as complicações da colelitíase, que

umentam a sintomatologia e pioram ainda mais a qualidade de vida do indivíduo (OUDHOFF, 2007).

3. MÉTODO

Trata-se de uma revisão bibliográfica narrativa com objetivo de evidenciar e discutir os estudos mais relevantes sobre o tema proposto, buscando elucidar dúvidas sobre o manejo e as consequências da demora no tratamento efetivo da litíase biliar no contexto brasileiro e identificação de lacunas que devem ser preenchidas com a realização de novos estudos. Ademais, possibilita a demonstração do estado atual do conhecimento do tema investigado, além de clarear implementações de intervenções efetivas na atenção à saúde e diminuição de consequências clínicas e sociais advindas desse processo.

Para esse estudo, o primeiro passo foi a realização da pergunta norteadora, a qual foi: “Quais os fatores que levam ao tempo de espera prolongado dos pacientes diagnosticados com colelitíase, e com indicação cirúrgica, até a realização da colecistectomia e as possíveis complicações, devido a essa espera prolongada?”. Foi utilizado o período de janeiro até julho de 2022 para a procura de artigos em bases de dados, como a Scientific Electronic Library Online (SciELO), National Library of Medicine (PubMed) e Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), buscando por artigos em português e inglês, priorizando os trabalhos publicados nos últimos 15 anos. Os termos procurados nos descritores foram: “delay in performing cholecystectomy”, “morbidity in biliary lithiasis”, “Cholecystectomy”, “Atraso na realização da colecistectomia”, “Atraso cirurgias eletivas” e “Colelitíase”.

Com isso, foram selecionados os artigos originais, revisões e série de casos publicados nos idiomas inglês e português que abordassem o tema estudado e os critérios de exclusão foram os artigos não disponibilizados na íntegra e artigos que fogem ao tema da discussão proposta.

Por fim, foi realizada a análise das informações coletadas pelos estudos mais recentes do tema abordado para chegar a conclusão sobre as possíveis causas da demora para a realização da colecistectomia na litíase biliar no Brasil e as consequências impostas por esse tempo de espera prolongado.

4. RESULTADOS E DISCUSSÕES

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. De acordo com a Portaria nº 1.919 do Ministério da Saúde, "procedimento cirúrgico eletivo é todo aquele atendimento prestado ao usuário em ambiente cirúrgico, com diagnóstico estabelecido e indicação de realização de cirurgia a ser realizada em estabelecimento de saúde ambulatorial e hospitalar com possibilidade de agendamento prévio, sem caráter de urgência ou emergência". (BRASIL, 2010). Os pacientes dessa fila se encontram numa sala de espera virtual, sendo chamados um por vez, de acordo com a ordem da mesma (SARMENTO, 2005).

A presente pesquisa demonstrou que no que tange o assunto tempo de espera em cirurgia eletiva de colecistectomia e suas complicações, poucas mudanças foram observadas na realidade da vivência hospitalar atual com as descritas nas últimas publicações. Continua sendo um fenômeno complexo e desafiador, podendo variar de meses até anos, o que pode gerar como consequência insatisfação de pacientes, piora do prognóstico, perda funcional e custos financeiros elevados (BAURA, 2012; RODRIGUES, 2020).

A literatura constata que o atraso nas cirurgias eletivas de colecistectomia é uma realidade brasileira, o que reforça o levantamento de dados sobre cirurgia eletiva feito em 2017 pelo SUS, no qual diz que em média o tempo de espera para a realização do ato cirúrgico é de 294 dias (BRASIL, 2018).

Corroborando com o que já foi explanado por Luigi e Hurst (2005) e Carvalho e Gianini (2008) sobre os fatores determinantes das listas e tempos de espera, a atual revisão vem demonstrando que estes envolvem a interação complexa entre variáveis tanto associadas à oferta assistencial, como capacidade instalada (leitos hospitalares e salas de centro cirúrgico), tecnologia disponível, recursos humanos (cirurgião e equipe capacitada) e orçamentários e formas de pagamento, quanto à aspectos relacionados à demanda, como fila com entrada única, adiamento por medo da cirurgia e qualificação/estratégias de priorização (tempo julgado adequado segundo a demanda, gravidade e tipo de problema).

Foi observado uma relação do tempo de espera prolongado para realização de cirurgias eletivas com o profissional médico; foram relatados que o principal motivo de atraso das cirurgias eletivas em um hospital brasileiro foi relacionado com preceptores de cirurgia e anestesia (CAMILO, 2017) e um estudo também brasileiro constatou que 81% dos

atrasos dessas cirurgias eletivas foram culpabilizados pela equipe médica (CONCHON, 2011). Além disso, foi ilustrado na literatura a relação entre agilidade nas listas de espera das cirurgias eletivas e o tipo de remuneração médica, ressaltando que hospitais onde a remuneração é feita através de procedimento, ao invés de assalariado, as filas são mais ágeis, devido ao incentivo financeiro, algo que não é a grande realidade brasileira (SIU, 1988).

O número de cancelamentos cirúrgicos são indicadores de qualidade e produtividade hospitalar e, os fatores que levam ao atraso, ou até suspensão do procedimento revela os principais motivos que diminuem a qualidade do serviço (SODRÉ; EL FAHL, 2014). Um motivo que pode ser enfatizado é a questão do mau gerenciamento público na organização das filas de espera, o qual carece de transparência sobre seu funcionamento, hierarquia na classificação de risco, quantidade de pacientes inscritos e o tempo até a cirurgia (SILVA, 2017).

Um sistema de fila de espera para realização de cirurgias eletivas em que não haja transparência favorece a criação de caminhos alternativos e ilegais para conseguir adiantar as cirurgias de pessoas ligadas aos profissionais de saúde (amigos e/ou familiares), com isso “urgenciando” cirurgias eletivas (JUNIOR, 2005). Fato que propicia esquemas de vendas de cirurgias dentro do próprio SUS, algo que vai contra todos os princípios criados na lei orgânica 8080, mas principalmente o de equidade, infringindo o direito dos indivíduos portadores de um mesmo problema de saúde, que, independentemente de sua condição social e econômica, devem ter a mesma oportunidade de utilizar serviços de saúde e receber cuidados médicos adequados (TRAVASSOS, 1997).

Não há consenso sobre o ponto principal de agravamento da espera para o procedimento eletivo, mas em uma análise ampla e contextual fica claro a falta de planejamento e da criação de protocolos que busquem a equidade na base gerencial dos sistemas.

Ademais, foi visto o subfinanciamento atrelado aos serviços de média complexidade, o qual a cirurgia eletiva de colecistectomia está inserida (SILVA, 2017), o que combinado com a má gestão evidenciada, reforça ainda mais o prolongamento desse tempo de espera para resolução do problema da litíase biliar dos pacientes diagnosticados, e os colocam em risco de desenvolverem complicações.

A mesma lei 8080 determina também o direito à saúde na sua concepção mais ampla, do completo bem-estar físico, psicológico e social, mostrando que é dever do Estado garantir

a saúde ao formular e executar políticas econômicas e sociais que visem a redução de riscos de doenças e no estabelecimento de condições que assegurem a equidade e o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1990).

Tostes, Covre e Fernandes (2016) afirmam que o que acontece na prática é diferente do escrito em lei: “o acesso e a cobertura dos serviços cirúrgicos essenciais, como parte do direito humano à saúde, não estão amplamente garantidos. Em consequência, patologias cirúrgicas agravam-se, afetam a condição socioeconômica da população ativa, prejudicam a qualidade de vida e tornam-se potencialmente letais”.

Trazendo a ampla definição da palavra saúde para o contexto de litíase biliar e suas complicações, fica nítido a carência do auxílio do sistema para com o paciente que apresenta complicações da doença e consequentes recidivas ao meio hospitalar e reinternações, sendo oneroso ao sistema de saúde e piorando cada vez mais a qualidade de vida do doente.

As principais complicações descritas da litíase biliar são decorrentes da migração de cálculos para o ducto cístico ou para o colédoco, sendo a migração de um único cálculo já passível de causar uma complicação. Ao migrar e impactar no ducto cístico pode resultar em colecistite aguda e/ou síndrome de Mirizzi. Se o cálculo conseguir atravessar o cístico e passar para o colédoco, pode obstruí-lo provocando coledocolitíase, colangite ou pancreatite biliar (TOZATTI, 2015; SHAFFER, 2005).

Cerca de 10-20% dos pacientes com colecistite aguda evoluem com complicações graves que indicam cirurgia de urgência, como o empiema (proliferação bacteriana excessiva e produção de pus no lúmen vesicular), que caso não for operado, a perfuração costuma ser a regra da história natural da doença, podendo levar o indivíduo a um quadro gravíssimo com risco de vida (SHAFFER, 2005; GILANI, 2009).

Em relação ao câncer de vesícula biliar, dentre as neoplasias de via biliar, é o mais frequente e o quinto tumor maligno mais diagnosticado do sistema digestório (CARRIAGA, 1995). Sua causa é desconhecida, mas estudos indicam que processos irritativos e inflamatórios da vesícula são fatores de risco para o desenvolvimento da doença; demonstrando mais um benefício na precocidade do tratamento cirúrgico definitivo da litíase biliar, evitando assim a inflamação crônica do órgão e possível evolução para carcinoma (SERRA, 1996).

Como se não bastasse o agravamento da patologia cirúrgica de base em consequência do tempo de espera nas filas que podem perdurar por anos, o mesmo indivíduo se encontra susceptível ao prejuízo emocional e a uma qualidade de vida prejudicada, na maioria dos casos devido a longa espera a sua doença pode tornar-se incapacitante ou mesmo letal (TOSTES, COVRE, FERNANDES, 2016).

O grande desafio dos gestores de saúde repousa sobre a tentativa de equalizar o processo de entrada e saída das listas de forma que os ganhos em saúde e a satisfação dos usuários sejam maximizados diante de um cenário de recursos limitados do sistema público. De acordo com Ballini et al. (2016), uma das estratégias de qualificação da demanda para priorização de cirurgias é guiada pela hierarquia de necessidades do paciente, onde as intervenções cirúrgicas são classificadas em emergentes, urgentes e não-urgentes. De maneira geral, as de emergência são realizadas imediatamente por risco de morte iminente, já em relação aos procedimentos eletivos, ainda não há consenso quanto aos critérios de definição e tempo considerado ótimo para sua realização (LUIGI e HURST, 2005).

Entretanto, a demora na realização de cirurgias pode levar ao agravamento do quadro de saúde do paciente, que, apesar de não ter sido considerado como de caráter de urgência e emergência inicialmente, alguns casos podem sofrer complicações e precisam ser abordados com certa prioridade, para que não haja a piora no prognóstico e aumento dos custos para o próprio sistema (HILKHUYSEN, 2005).

Rathnayake e Clarke (2021) elaboraram uma revisão sistemática sobre o gerenciamento dinâmico de filas de espera por cirurgia e, com base nas evidências disponíveis, observaram que a gestão que conta com a utilização de protocolos e padronização de critérios de prioridade pode reduzir o tempo de espera pela diminuição do acúmulo de casos clínicos não-cirúrgicos e redirecionamento dos mesmos.

A título de referência e comparação, no Canadá o sistema de gerenciamento de listas de espera foi desenvolvido para cinco grandes áreas (cirurgia geral, ortopedia, oftalmologia, ressonância magnética e saúde mental infantojuvenil) e os critérios utilizados para prioridade foram dor, complicações e prejuízo funcional (DE COSTER, 2007; TAYLOR, 2002).

No Reino Unido o sistema foi desenvolvido por um comitê de cirurgiões, anestesistas e enfermeiros e leva em consideração, além das condições de segurança do procedimento e quadro clínico, aspectos biopsicossociais como grau de prejuízo da

independência/autonomia funcional, sofrimento psíquico, dor e dependência de opióides (LOGISHETTY, 2021).

No Chile o sistema é regido com base em doze critérios, sendo eles: gravidade e progressão da doença ou condição cirúrgica, urgência, julgamento clínico sobre o tempo máximo de espera, presença de distúrbios do sono, probabilidade de melhora com a cirurgia, probabilidade de desenvolver comorbidades se não realizar a cirurgia, área afetada, diagnóstico na admissão e durante a espera, outras doenças associadas, escala de dor e necessidade de leitos de UTI (SILVA-ARAVENA, 2021).

Já a Itália e a Austrália utilizam sistemas de filas semelhantes, com critérios relacionados com a urgência ou não dos casos e a evidência do potencial de progressão rápida que dado quadro clínico por gerar (VALENTE, 2009; CURTIS, 2010)

Pode-se apontar, como síntese desta revisão narrativa, que a história natural da colelitíase sintomática já está bem documentada, mas ainda há um número pequeno de estudos que discorrem sobre os riscos físicos específicos da espera pelo tratamento definitivo; e os estudos sobre o impacto psicossocial que resulta de estar nessa lista de espera ainda são amplamente desconhecidos. Até o momento, poucas evidências foram reunidas sobre o assunto e isso torna difícil avaliar se o tempo de espera para realizar o procedimento cirúrgico é aceitável e se garante excelência na qualidade dos serviços de saúde.

Devido a enorme variedade de fatores demonstrados como responsáveis pelo tempo de espera, fica ainda em aberto a questão de como aprimorar a regulação em relação a lista de prioridades de cirurgias de caráter eletivo no âmbito público e com isso buscar diminuir as complicações, tanto fisiológicas quanto psicológicas, dos pacientes portadores de litíase biliar e que necessitam de intervenção cirúrgica.

Embora não haja consenso sobre qual sistema ou modelo seria o ideal de priorização e qualificação de listas, os autores são unânimes quanto à necessidade de se observar os princípios bioéticos fundamentais. Faz-se necessário o incremento de estudos e pesquisas mais detalhadas e que tenham como foco a criação de um plano programado para que diminuam os pontos críticos que foram obtidos com a nesta análise.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dessa forma, o presente estudo reforçou, por meio da literatura, o problema brasileiro com a elevada espera para a realização da colecistectomia nos pacientes diagnosticados com litíase biliar e com indicação cirúrgica. Além disso, elencou os principais fatores envolvidos para que essa espera seja tão longa, reforçando fatores gerenciais, financeiros e da própria equipe realizadora das cirurgias, evidenciando onde novos estudos poderiam acrescentar para propor medidas de reestruturação do manejo da fila de espera de cirurgias eletivas no Brasil. Ademais, o estudo citou as consequências sofridas pelo próprio paciente aguardando para a realização da cirurgia, o qual está propenso a desenvolver doenças inflamatórias regionais, como a colecistite e a pancreatite aguda, ou uma consequência de uma inflamação crônica da vesícula biliar que é o câncer de vesícula biliar, além de ter que conviver com a dor da cólica biliar, podendo levar a internações e todo o transtorno psicológico que está interligado com o processo de recidiva de doença e piora da saúde global.

Sugere-se o incremento em estudos e pesquisas nas áreas de gestão em medicina em âmbito nacional, que apresentem e discutam, de forma detalhada um novo modelo de classificação, a fim de hierarquizar a fila dentro de um mesmo critério de prioridade, avaliando não somente o diagnóstico inicial do paciente, mas considerando todos os aspectos clínicos individuais de cada um e a progressão esperada da doença, dando importância aos graus de dor, disfunção e incapacidade.

Por se tratar de uma revisão narrativa em que a discussão foi pautada em uma análise contextual e ampla da produção científica acerca das causas na demora para realização da cirurgia eletiva de colecistectomia e as consequências ao paciente e ao serviço de saúde advindas deste tempo de espera, pode ter ocorrido vieses relacionados a uma avaliação crítica dos autores, sendo esta uma limitação do presente estudo.

REFERÊNCIAS

1. Ballini, L., Negro, A., Maltoni, S., & Vignatelli, L. (2016). Interventions to reduce waiting times for elective procedures: a Cochrane review summary. *International Journal of Nursing Studies*, 61, 260–261. Disponível em <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.06.009>.
2. Barua, B., Rovere, M. C., & Skinner, B. J. (2012). Waiting Your Turn: Wait Times for Health Care in Canada 2010 Report. *SSRN Electronic Journal*. Disponível em <https://doi.org/10.2139/ssrn.1783079>.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 1.919, de 15 de julho de 2010. Redefine no âmbito do SUS a prestação de Procedimentos Cirúrgicos Eletivos. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 837 de 23 de abril de 2009. Altera e acrescenta dispositivos à Portaria nº 204/GM, de 29 de janeiro de 2007, para inserir o Bloco de Investimentos na Rede de Serviços de Saúde na composição dos blocos de financiamento relativos à transferência de recursos federais para as ações e os serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília: 2009.
5. CAMILO, M. B. et al. Motivos de cancelamentos, substituição e atrasos de cirurgias eletivas realizadas em um hospital universitário em Minas Gerais. *Revista Acreditação: ACRED*, v. 7, n. 13, p. 1–11, 2017.
6. Carriaga MT, Henson DE. Liver, gallbladder, extrahepatic bile ducts and pancreas. *Cancer*. 1995; 75: 171-90.
7. CARVALHO, Thiago Caldi de; GIANINI, Reinaldo José. Equidade no tempo de espera para determinadas cirurgias eletivas segundo o tipo de hospital em Sorocaba, SP. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, [s.l.], v. 11, n. 3, p.473-483, set. 2008.
8. Castro, Daniela Cirqueira. ;Souza, Bruno de Oliveira Araujo. Análise das Internações eletivas e de urgência por coledolitíase no SUS no Tocantins entre 2013 e 2017. *Revista de Patologia do Tocantins*. V. 6 n. 1 (2019)
9. Curtis, A. J., Russell, C. O. H., Stoelwinder, J. U., & McNeil, J. J. (2010). Waiting lists and elective surgery: Ordering the queue. *Medical Journal of Australia*, 192(4), 217–220. Disponível: <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2010.tb03482.x>.
10. De Coster, C., McMillan, S., Brant, R., McGurran, J., Noseworthy, T., Cave, A., Dawyduk, B., Findlay, T., Hall, W., Hilderman, T., Hurlburt, M., Mazowita, G., Miller, A., & Vaughan, G. (2007). The Western Canada Waiting List Project: Development of a priority referral score for hip and knee arthroplasty. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 13(2), 192–197. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2006.00671.x>.
11. Duarte A. S., Roque A. B. B., Gouveia M. A., Pereira Juliana P. P., Brito A. P. S. O., Garcia H. C. R. (2019) Fisiopatologia e tratamento da pancreatite aguda: revisão de literatura. *Res Med J*. ;3(1):e06.
12. FELÍCIO Saulo José Oliveira, Matos Ediriomar Peixoto, Cerqueira Antonio Maurício, Farias Kurt Wolfgang Schindler Freire de, SILVA Ramon de Assis, TORRES Mateus de Oliveira. Mortalidade Da Colecistectomia Videolaparoscópica De Urgência Versus

- Operação Eletiva Para Colecistite Aguda. ABCD, arq. bras. cir. dig. 2017 Mar; 30(1): 47-50.
13. FOUSEKIS, F.S, et al. Hepatobiliary and pancreatic manifestations in inflammatory bowel diseases: a referral center study. BMC Gastroenterology, v.19, p 1-8, 2019.
 14. Fowkes FG, Gunn AA. The management of acute cholecystitis and its hospital cost. Br. J. Surg. 1980; 67: 613–17
 15. GIAMBERARDINO FILHO, Donizetti Dimer. O Sistema Único de Saúde e as filas de espera para cirurgias eletivas. Conselho Federal de Medicina, Paraná, dez. 2017.
 16. GIAMBERARDINO, D. O Sistema Único de Saúde e as filas de espera para cirurgias eletivas. Jornal Medicina, nº 272, p.12, Out. 2017. Disponível em: <http://www.flip3d.com.br/web/pub/cfm/?numero=272&edicao=4169#page/12>
 17. Gilani SNS, Bass G, Leader F, Walsh TN. Collins' sign: validation of a clinical sign in cholelithiasis. Irish journal of medical science. 2009; 178(4): p.397
 18. GOUVEA CSD, Travassos C, Fernandes C. Produção de serviços e qualidade da assistência hospitalar no Estado do Rio de Janeiro, Brasil - 1992 a 1995. Rev Saúde Pública 1997; 31(6): 601-17.
 19. Guimarães Samuel, Moura José Custódio de, Pacheco Jr Adhemar Monteiro, Silva Rodrigo Altenfelder. Ileo biliar - uma complicação da doença calculosa da vesícula biliar. Rev. bras. geriatr. gerontol. 2010 Apr; 13(1): 159-163. se of Systematic Reviews 2013, Issue 6. Art. No.: CD005440.
 20. Gurusamy K, Davidson C, Gluud C, Davidson BR. Early versus delayed laparoscopic cholecystectomy for people with acute cholecystitis. Cochrane Databa
 21. HERMANN RE. The spectrum of biliary stone disease. Am. j.surg. 1989; 158:171-3
 22. Hilkhuisen GLM, Oudhoff JP, Rietberg M, Van der Wal G, Timmermans DRM: Waiting for elective surgery: a qualitative analysis and conceptual framework of the consequences of delay. Public Health 2005, 119:290-293.
 23. <http://www.flip3d.com.br/web/pub/cfm/?numero=272&edicao=4169#page/10>
 24. KILLMEYER, J.; WHITE, M.; CHEW, B. Will blockchain transform the public sector? Tech Trends 2018, 2017.
 25. Kimura W, Nagai H, Kuroda A, Morioka Y. Clinicopathologic study of asymptomatic gallbladder carcinoma found at autopsy. Cancer. 1989;64(1):98-103.
 26. LEI No 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm.
 27. Logishetty, K., Edwards, T. C., Subbiah Ponniah, H., Ahmed, M., Liddle, A. D., Cobb, J., & Clark, C. (2021). How to prioritize patients and redesign care to safely resume planned surgery during the COVID-19 pandemic. *Bone & Joint Open*, 2(2), 134–140. Disponível em: <https://doi.org/10.1302/2633-1462.22.bjo-2020-0200.r1>.
 28. Maya MCA, Freitas RG, Pitombo MB, Ronay A. Colecistite aguda: diagnóstico e tratamento. Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto. 2009;8(1):52-60
 29. McSherry CK, Ferstenberg H, Callhoum F, Lahman E, Virshup M. The natural history of diagnose gallstone disease in symptomatic and asymptomatic patients. Ann. surg. 1985; 202:
 30. Menezes, Francisco Julimar Correia de et al. Total cost of hospitalization of patients undergoing elective laparoscopic cholecystectomy related to nutritional status. Abcd, arq. Bras. Cir. Dig., june 2016, vol.29, no.2, p.81-85. Issn 0102-6720
 31. NASCIMENTO, F. R. A. (2018). Transparência nas filas de cirurgias eletivas realizadas com recursos do SUS através da tecnologia Blockchain. Relatórios Técnicos do

- Departamento de Informática Aplicada da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO). Rio de Janeiro.
32. Oudhoff, JP & Timmermans, Danielle & Knol, Dirk & Bijnen, Bart & G, van. (2007). Waiting for elective general surgery: impact on health related quality of life and psychosocial consequences. *BMC Public Health*.
 33. Ozkardeş AB, Tokaç M, Dumlu EG, Bozkurt B, Ciftçi AB, Yetişir F, Kılıç M. Early versus delayed laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis: a prospective, randomized study. *Int Surg*. 2014 Jan-Feb;99(1):56-61. doi: 10.9738/INTSURG-D-13-00068.1. PMID: 24444271; PMCID: PMC3897343.
 34. Rathnayake, D., Clarke, M., & Jayasinghe, V. (2021). Patient prioritisation methods to shorten waiting times for elective surgery: A systematic review of how to improve access to surgery. *PLoS ONE*, 16(8 August), 1–19. Disponível: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0256578>.
 35. Rodrigues, I. B. P., Bittencourt, R. J., Alonso, R. S., Silva, C. C. G. da, & Göttems, L. B. D (2020). Gestão Da Fila De Cirurgias Eletivas Em Hospital Público Do Distrito Federal, Brasil: Critérios Clínicos Versus Tempo De Espera. *Brasília Médica*, 57, 30–37. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/rbm.org.br/pdf/v57a05.pdf>.
 36. SARMENTO JUNIOR, K. M. A.; TOMITA, S.; KOS, A. O. D. A. O problema da fila de espera para cirurgias otorrinolaringológicas em serviços públicos. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*, v. 71, n. 3, p. 256–262, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rboto/a/czxcPhw7RYhr3zXqwbwYlSf/?lang=pt>
 37. Serra I, Calvo A, Baez S et al. Risk factor for gallbladder cancer: An international collaborative case control study. *Cancer*. 1996; 78: 1515-17.
 38. SHAFFER EA. Epidemiology and risk factors for gallstone disease: has the paradigm changed in the 21st century? *Current gastroenterology reports*, v. 7, n. 2, p. 132-140, 2005. 2005; 7(2): p.132-140
 39. SILVA, J. C. R. Cirurgias eletivas: um estudo sobre a funcionalidade dos procedimentos de média complexidade. *app.uff.br*, 2017.
 40. Silva-Aravena, F., Álvarez-Miranda, E., Astudillo, C. A., González-Martínez, I. & Ledezma, J. G. (2021). Patients' prioritization on surgical waiting lists: A decision support system. *Mathematics*, 9(10). Disponível em: <https://doi.org/10.3390/math9101097>.
 41. SIU AL, et al. Use of the hospital in a randomized trial of prepaid care. *JAMA* 1988; 259: 1343-46
 42. Sobolev B, Mercer D, Brown P, FitzGerald M, Jalink D, Shaw R. Risk of emergency admission while awaiting elective cholecystectomy. *CMAJ*. 2003 Sep 30;169(7):662-5. PMID: 14517123; PMCID: PMC202282.
 43. SODRÉ, Roberto Luiz; EL FAHL, Michely de Araújo Félix. Cancelamentos de cirurgias em um hospital de São Paulo. *Rev. adm. saúde.*, São Paulo, v. 16 n. 63 p. 67-70, 2014. Disponível em: < file:///C:/Users/ccpgu/Downloads/RAS_63_67-70.pdf >
 44. SOUZA, P. Crise no SUS. *Jornal Medicina*, nº 272, p.10-12, Out. 2017. Disponível em:
 45. Taylor, M. C., Hadorn, D. C., Noseworthy, T., Barer, M. L., Black, C., Donnelly, L., Levy, I., Lewis, S., McGurran, J., Sheps, S., Thompson, L., Thomson, D., & Young, B. (2002). Developing priority criteria for general surgery: Results from the Western Canada Waiting List Project. *Canadian Journal of Surgery*, 45(5), 351–357. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3684637/>.

46. TORRES Mateus de Oliveira. MORTALIDADE DA COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA DE URGÊNCIA VERSUS OPERAÇÃO ELETIVA PARA COLECISTITE AGUDA. ABCD, arq. bras. cir. dig. 2017 Mar; 30(1): 47-50.
47. TORRES, Orlando Jorge Martins; MELO, Lucy Anne Lopes; RODRIGUES, Carlos Eduardo Corrêa. Síndrome de Mirizzi. Revista Hospital Universitário/ufma, São Luis, v.2, n.3, p.41-43, jan.2002.
48. Tostes MFP, Covre ER, Fernandes CAM. Acesso à assistência cirúrgica: desafios e perspectivas. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2016 Mar.; 24:e2677.
49. Tozatti, J; Mello ALP; Frazon O. Predictor factors for choledocholithiasis .Arq Bras Cir Dig .2015; 8(2):109-12.
50. TRAVASSOS C. Equidade e o Sistema Único de Saúde: uma contribuição para debate. Cad Saúde Publica 1997; 13(2): 325-30
51. UK Working Party on Acute Pancreatitis. UK guidelines for the management of acute pancreatitis. Gut 2005;54:1–9.
52. Valente, R., Testi, A., Tanfani, E., Fato, M., Porro, I., Santo, M., Santori, G., Torre, G., & Ansaldo, G. (2009). A model to prioritize access to elective surgery on the basis of clinical urgency and waiting time. *BMC Health Services Research*, 9, 1–15. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/1472-6963-9-1>.
53. Yoke M, Takada T, Mayumi T, et al. Japanese guidelines for the management of acute pancreatitis: Japanese guidelines 2015. J Hepatobiliary Pancreat Sci. 2015 Jun;22(6):405–432
54. CONCHON, Marília Ferrari; FONSECA, Lígia Fahl; ELIAS, Adriana Cristina Galbiati Parminondi. Atraso Cirúrgico: o tempo como um indicador de qualidade relevante, Anais eletrônico, Encontro internacional de Produção científica Cesumar, Paraná, 2011.
55. TOSTES, Maria Fernanda do Prado; COVRE, Eduardo Rocha; FERNANDES, Carlos Alexandre Molena. Access to surgical assistance: challenges and perspectives. Revista Latino-americana de Enfermagem, Paraná, v. 24, p.1-7, dez. 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0954.2677>.