

UNIVERSIDADE FEDERAL DOS VALES DO JEQUITINHONHA E MUCURI

Programa de pós Graduação Ensino em Saúde

Katheryne Tolentino de Souza

CIRURGIAS ELETIVAS NA MACRORREGIÃO NORTE DE MINAS GERAIS:

Um Estudo Sobre as Filas de Espera

Diamantina/MG

2023

Katheryne Tolentino de Souza

**CIRURGIAS ELETIVAS NA MACRORREGIÃO NORTE DE MINAS GERAIS:
Um Estudo Sobre as Filas de Espera**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação Ensino em Saúde - Mestrado Profissional da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri como pré-requisito para obtenção de título de mestre.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Ana Paula Azevedo Hemmi

Coorientadora: Prof^a. Dr^a. Thábata Coaglio Lucas

**Diamantina/MG
2023**

Catálogo na fonte - Sisbi/UFVJM

S729c de Souza, Katheryne Tolentino
2023 CIRURGIAS ELETIVAS NA MACRORREGIÃO NORTE DE MINAS GERAIS
[manuscrito] : um estudo sobre as filas de espera / Katheryne
Tolentino de Souza. -- Diamantina, 2023.
101 p. : il.

Orientador: Prof. Ana Paula Azevedo Hemmi.
Coorientador: Prof. Thábata Coaglio Lucas.

Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) --
Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri,
Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Diamantina,
2023.

1. Listas/ filas de espera. 2. Cirurgias eletivas. 3.
Regionalização em saúde. I. Hemmi, Ana Paula Azevedo. II.
Lucas, Thábata Coaglio. III. Universidade Federal dos Vales
do Jequitinhonha e Mucuri. IV. Título.


Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UFVJM com os
dados fornecidos pelo(a) autor(a).
Este produto é resultado do trabalho conjunto entre o bibliotecário Rodrigo Martins Cruz/CRB6-
2886
e a equipe do setor Portal/Diretoria de Comunicação Social da UFVJM

**CIRURGIAS ELETIVAS NA MACRORREGIÃO NORTE DE MINAS GERAIS:
UM ESTUDO SOBRE AS FILAS DE ESPERA**

Dissertação apresentada ao
MESTRADO EM ENSINO EM SAÚDE,
nível de MESTRADO como parte dos
requisitos para obtenção do título de
MESTRA EM ENSINO EM SAÚDE

Orientador (a): Prof.^a Dr.^a Ana Paula
Azevedo Hemmi
Coorientador: Thabata Coaglio Lucas


Data da aprovação : 10/03/2023

Documento assinado digitalmente
 ANA PAULA AZEVEDO HEMMI
Data: 02/04/2023 14:12:23-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>


Prof.Dr.^a ANA PAULA AZEVEDO HEMMI - UFVJM

Documento assinado digitalmente
 THABATA COAGLIO LUCAS
Data: 29/05/2023 22:50:02-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof.Dr.^a THABATA COAGLIO LUCAS - UFVJM

Documento assinado digitalmente
 DANIELA LACERDA SANTOS
Data: 26/05/2023 09:52:03-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof.Dr.^a DANIELA LACERDA SANTOS - UNIFASE

Documento assinado digitalmente
 CLEYA DA SILVA SANTANA CRUZ
Data: 29/05/2023 10:43:03-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Dr.^a CLEYA DA SILVA SANTANA CRUZ - SES/MG

Dedico este trabalho a minha família, meu esposo e filha.

Aos meus pais e irmãos.

Aos amigos e colegas de trabalho.

AGRADECIMENTOS

Aos que caminharam comigo esse caminho árduo, não apenas pela dedicação ao mestrado, mas por todas as vivências dos últimos anos e por tudo o que passamos no nosso país.

A Deus por ter me sustentado em todos os momentos.

À minha família pela incorrigível confiança no meu potencial, ao apoio irrestrito e ao amor incondicional.

À minha filha Isadora pela parceria e incentivo nos momentos mais desafiadores e ao marido Ted Ronaldo pelo amor e compreensão.

Aos meus amigos Cleiton e Siderllany, meus veteranos, pelos conselhos e incentivos.

À minha amiga Fernanda Marinela, colega de trabalho e parceira no desafio de cursar um mestrado e trabalhar ao mesmo tempo.

À Superintendência Regional de Saúde de Montes Claros por ter possibilitado a realização dessa dissertação.

Aos meus colegas de turma, pelos momentos de debates e aprendizados compartilhados mesmo não nos conhecendo pessoalmente.

À minha queridíssima Prof^a. Dr^a. Ana Paula Azevedo Hemmi, orientadora e incentivadora, pela confiança imensa e apoio de sempre.

À minha coorientadora Prof^a. Dr^a. Thábata Coaglio Lucas, pelo auxílio nas dificuldades para que pudesse me desenvolver academicamente.

A todos os professores do EnSa pela dedicação e conhecimentos compartilhados de forma abnegada e adaptada aos tempos de pandemia. Sei que também não foi fácil pra vocês.

À UFVJM pela oportunidade de me permitir a experiência de cursar o mestrado, um sonho realizado, e de me desenvolver como ser humano.

Obrigada a todos por acreditarem em mim!

“Somos o resultado de tanta gente, de tanta história, tão grandes sonhos que vão passando de pessoa a pessoa, que nunca estaremos sós”
(O Filho de Mil Homens - Valter Hugo Mãe, p.204).

RESUMO

As filas ou listas de espera se constituíram em um mecanismo para organizar a demanda de necessidades dos cidadãos à oferta de serviços disponibilizados pelo sistema público de saúde, principalmente aos sistemas universais. Em 2015, a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais implantou o módulo de “filas de cirurgias eletivas” no sistema SUSFácil/MG através do qual pode-se conhecer a demanda por cirurgias eletivas no estado. O objetivo desse estudo foi caracterizar a demanda por cirurgias eletivas na Macrorregião Norte de Minas Gerais a partir das filas de espera no período de 2015 a 2021. Estudo transversal de natureza analítica, retrospectiva, de abordagem quantitativa de base documental, a partir do banco de dados do SUSFÁCIL/MG no módulo “filas de eletivas”, de 2015 até dezembro de 2021. Considerou-se o universo de cadastros, respeitados os critérios de inclusão e exclusão. A análise dos dados se deu pela estatística descritiva e análise de associação entre as principais variáveis através do Teste de Qui Quadrado de Pearson com 95% de significância. Verificou-se que as principais variáveis estudadas tiveram associação estatística significativa, (valor de $p < 0,05$), como o tempo de espera com a complexidade do procedimento, e os grupos de procedimentos, principalmente o G1- cirurgias do aparelho digestivo, órgãos anexos e parede abdominal, que é também o mais frequente na região como um todo e o G6- Cirurgia e outros tratamentos em Oncologia; Outras Cirurgias, Tratamentos Clínicos - Coleta De Material; Diagnóstico em Endoscopia; Pequenas Cirurgias de pele e tecidos, que é também o grupo com menores tempos de espera. O perfil sociodemográfico mostrou a predominância de cadastros de pessoas do sexo feminino e com idades superiores a 40 anos. Apenas 03 das 11 microrregiões apresentaram o correspondente a cerca de 61% da demanda da Macrorregião. Outro achado foi que o polo Montes Claros, além de atender a sua microrregião na média complexidade e toda a alta complexidade enquanto polo de macrorregião, ainda atendeu parte da média complexidade de todas as microrregiões. Tal resultado deixou perceptível, uma aparente dependência por parte das microrregiões em relação ao polo macrorregional. Concluiu-se que, além de responder aos objetivos propostos, o estudo evidenciou necessidades de uma governança regional mais potente, o que permite que as estruturas assistenciais e administrativas e a força de trabalho dos profissionais sejam melhor utilizadas e que as tomadas de decisões sejam mais eficientes para melhor atendimento das necessidades de saúde da população desta região. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa parecer nº 5.522.934.

Palavras-chave: Listas de espera. Cirurgia eletiva. Regionalização em saúde

ABSTRACT

Waiting lists constituted a mechanism to meet the demand of the needs of citizens for the services provided by the public health system, especially those that are universal. In 2015, the State Department of Health of Minas Gerais implemented the “Elective Surgery Waiting Lists” module in the SUSFácil/MG system, through which the demand for elective surgeries in the state can be known. This study's objective is to characterize the demand for elective surgery in the Northern Macroregion of Minas Gerais from the waiting lists from 2015 to 2021. It is a cross-sectional study of analytical and retrospective nature, with a quantitative approach based on documents, and founded on the SUSFÁCIL/MG database in the module “Elective Waiting Lists”, from 2015 until December 2021. It was considered the universe of entries, with the inclusion and exclusion criteria assessed. The data analysis was performed using descriptive statistics and analysis of the association between the main variables raised in the study using Pearson's Qui Square Test with 95% significance. The main variables studied were found to have a statistically significant association (value $p < 0.05$), such as waiting time with procedure complexity, and procedure groups, mainly G1 - Surgery of the digestive tract, adnexal organs and abdominal wall and G6 - Surgery and other treatments in oncology; Other surgeries, clinical treatments - material collection; Endoscopic diagnosis; Minor skin and tissue surgeries, that is also the group with the lowest waiting time. The socio-demographic profile showed a predominance of registrations of females aged over 40 years. Only 03 of the 11 microregions presented the corresponding to about 61% of the demand of the Macroregion and the Montes Claros pole, in addition to serving its microregion in the medium complexity and all the high complexity as a macroregion pole, still served part of the medium complexity of all the microregions, which made it noticeable, an apparent dependence on the part of the microregions. It has been concluded that, besides responding to the proposed objectives, the study of the waiting list for elective surgeries in the macro-region evidenced the need for stronger regional governance so that the care and administrative structures and the workforce of professionals can be better used through more efficient decision-making to better meet the health needs of the population in this region. This study was approved by the Research Ethics Committee, technical advice n° 5.522.934.

Key-words: Waiting lists. Elective Surgery. Regionalization in health.

LISTA DE FIGURAS

Figura 01 - Representação Cartográfica da Macrorregião Norte	30
Figura 02- Representação gráfica e dados demográficos da Microrregião de Montes Claros	31
Figura 03- Representação gráfica e dados demográficos da microrregião de Pirapora	32
Figura 04- Representação gráfica e dados demográficos da microrregião de Janaúba/MonteAzul	32
Figura 05- Representação gráfica e dados demográficos da microrregião de Brasília de Minas/SãoFrancisco	33
Figura 06- Representação gráfica e dados demográficos da microrregião de Taiobeiras	33
Figura 07- Representação gráfica e dados demográficos da microrregião de Coração de Jesus	34
Figura 08- Representação gráfica e dados demográficos da microrregião de Bocaiúva.....	34
Figura 09- Representação gráfica e dados demográficos da microrregião de Januária.....	35
Figura 10- Representação gráfica e dados demográficos da microrregião de Francisco Sá	35
Figura 11- Representação gráfica e dados demográficos da microrregião de Salinas	36
Figura 12- Representação gráfica e dados demográficos da microrregião de Manga.....	36
Gráfico 1- Distribuição das cirurgias eletivas por grupos de procedimentos, Macronorte, MG (jan- 2015/dez-2021)	42
Gráfico 02 - Tempo de espera em dias por percentual de procedimento por complexidade, Macronorte, MG. Janeiro 2015 a dezembro 2021.	46

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Quantitativo e percentual de cadastros para cirurgias eletivas por sexo e faixa	41
Tabela 2- Distribuição das cirurgias eletivas por microrregião de saúde e por grupos de procedimentos (N e %), Macronorte, MG (jan-2015/dez-2021)	43
Tabela 3 - Distribuição dos procedimentos de cirurgia eletiva por faixa etária e por *grupos de procedimentos (N e %), Macronorte, MG (jan-2015/dez-2021)	43
Tabela 4 - Distribuição das cirurgias eletivas por microrregião de saúde e por tempo de espera em dias (N e %), Macronorte, MG (jan-2015/dez-2021)	44
Tabela 05- Mediana e intervalo interquartil do tempo de espera em dias por microrregião de origem, Macronorte, MG, Jan.2015 a Dez.2021	45
Tabela 6 - Distribuição das cirurgias eletivas por *grupos de procedimentos e por tempo de espera em dias (N e %), Macronorte, MG (jan-2015/dez-2021)	45
Tabela 7 - Distribuição das cirurgias eletivas por grupos de procedimentos e por motivo da baixa no sistema (N e %), Macronorte, MG (jan-2015/dez-2021)	46
Tabela 08- Distribuição de baixas no sistema por ano (N e %), Macronorte, MG (jan-2015/dez-2021)	47
Tabela 9 - Distribuição das cirurgias eletivas por municípios da microrregião de Montes Claros e por tempo de espera em dias, Macronorte, MG (jan-2015/dez-2021)	48
Tabela 10 - Distribuição das cirurgias eletiva dos municípios de origem da microrregião de Montes Claros por estabelecimentos/municípios de destino (N e %), Macronorte, MG (jan-2015/dez-2021)	48
Tabela 11 - Distribuição das cirurgias eletivas por municípios da microrregião de Montes Claros e por complexidade e microrregião de destino (N e %), Macronorte, MG (jan-2015/dez-2021)	49
Tabela 12 - Distribuição das cirurgias eletivas por municípios da microrregião de Pirapora e por tempo de espera em dias, Macronorte, MG (jan-2015/dez-2021)	49
Tabela 13 - Distribuição dos procedimentos de cirurgia eletiva de origem na microrregião de Pirapora por estabelecimentos/municípios de destino, Macronorte, MG (jan-2015/dez-2021)	50
Tabela 14 - Distribuição das cirurgias eletivas de origem na microrregião de Pirapora e por complexidade e microrregião de destino (N e %), Macronorte, MG (jan-2015/dez-2021)	51
Tabela 15 - Distribuição das cirurgias eletivas por municípios da microrregião de Janaúba/Monte Azul e por tempo de espera em dias (N e %), Macronorte, MG (jan-2015/dez-2021)	52

Tabela 16 - Distribuição das cirurgias eletivas por municípios da microrregião de Janaúba/Monte Azul por estabelecimento/município de destino, Macronorte, MG (jan-2015/dez-2021).....	53
Tabela 17 - Distribuição das cirurgias eletivas por municípios da microrregião de Janaúba/Monte Azul e por complexidade e microrregião de destino (N e %), Macronorte, MG (jan-2015/dez-2021)	53
Tabela 18 - Distribuição das cirurgias eletivas por municípios da microrregião de Brasília de Minas/São Francisco por tempo de espera em dias (N e %), Macronorte, MG (jan-2015/dez-2021).....	54
Tabela 19 - Distribuição das cirurgias eletivas de origem na microrregião de Brasília de Minas/São Francisco por estabelecimentos/municípios de destino, Macronorte, MG (jan-2015/dez-2021).....	55
Tabela 20 - Distribuição dos procedimentos de cirurgia eletiva por municípios da microrregião de Montes Claros e por complexidade e microrregião de destino (N e %), Macronorte, MG (jan-2015/dez-2021).....	55
Tabela 21 - Distribuição das cirurgias eletivas por municípios da microrregião de Taiobeiras e por tempo de espera em dias (N e %), Macronorte, MG (jan-2015/dez-2021).....	56
Tabela 22 - Distribuição das cirurgias eletivas de origem na microrregião de Taiobeiras por estabelecimentos/municípios de destino, Macronorte, MG (jan-2015/dez-2021).....	57
Tabela 23 - Distribuição das cirurgias eletivas de origem na microrregião de Taiobeiras por complexidade e microrregião de destino (N e %), Macronorte, MG (jan-2015/dez-2021)	57
Tabela 24 - Distribuição das cirurgias eletivas por municípios da microrregião de Coração de Jesus e por tempo de espera em dias (N e %), Macronorte, MG (jan-2015/dez-2021).....	58
Tabela 25 - Distribuição das cirurgias eletivas de origem na microrregião de Montes Claros por estabelecimentos/municípios de destino, Macronorte, MG (jan-2015/dez-2021).....	59
Tabela 26 - Distribuição das cirurgias eletivas de origem na microrregião de Coração de Jesus por complexidade e microrregião de destino (N e %), Macronorte, MG (jan-2015/dez-2021).....	59
Tabela 27 - Distribuição dos procedimentos de cirurgia eletiva por municípios da microrregião de Bocaiúva e por tempo de espera em dias (N e %), Macronorte, MG (jan-2015/dez-2021)	60
Tabela 28 - Distribuição dos procedimentos das cirurgias eletivas de origem na microrregião de Bocaiúva por estabelecimentos/municípios de destino, Macronorte, MG (jan-2015/dez-2021).....	60
Tabela 29 - Distribuição das cirurgias eletivas de origem na microrregião de Bocaiuva por complexidade e microrregião de destino (N e %), Macronorte, MG (jan-2015/dez-2021)	61
Tabela 30 - Distribuição dos procedimentos de cirurgia eletiva por municípios da microrregião de Januária por tempo de espera em dias (N e %), Macronorte, MG (jan-2015/dez-2021).....	61

Tabela 31 - Distribuição das cirurgias eletivas de origem na microrregião de Januária por estabelecimentos/municípios de destino, Macronorte, MG (jan-2015/dez-2021).....	62
Tabela 32 - Distribuição das cirurgias eletivas de origem na microrregião de Januária por complexidade e microrregião de destino (N e %), Macronorte, MG (jan-2015/dez-2021)	62
Tabela 33 - Distribuição das cirurgias eletivas por municípios da microrregião de Francisco Sá e por tempo de espera em dias (N e %), Macronorte, MG (jan-2015/dez-2021)	63
Tabela 34 - Distribuição das cirurgias eletivas de origem na microrregião de Francisco Sá por estabelecimentos/municípios de destino, Macronorte, MG (jan-2015/dez-2021).....	64
Tabela 35 - Distribuição dos procedimentos de cirurgia eletiva de origem na microrregião de Francisco Sá por complexidade e microrregião de destino (N e %), Macronorte, MG (jan-2015/dez-2021).....	64
Tabela 36 - Distribuição das cirurgias eletivas por municípios da microrregião de Salinas e por tempo de espera em dias, Macronorte (N e %), MG (jan-2015/dez-2021)	65
Tabela 37 - Distribuição das cirurgias eletivas dos municípios de origem da microrregião de Montes Claros por estabelecimentos/municípios de destino, Macronorte, MG (jan-2015/dez-2021).....	65
Tabela 38 - Distribuição das cirurgias eletivas de origem na da microrregião de Salinas por complexidade e microrregião de destino (N e %), Macronorte, MG (jan-2015/dez-2021)	66
Tabela 39 - Distribuição das cirurgias eletivas por municípios da microrregião de Manga e por tempo de espera em dias (N e %), Macronorte, MG (jan-2015/dez-2021)	66
Tabela 40 - Distribuição das cirurgias eletivas dos municípios de origem da microrregião de Manga por estabelecimentos/municípios de destino, Macronorte, MG (jan-2015/dez-2021) .	67
Tabela 41 - Distribuição das cirurgias eletivas de origem na microrregião de Manga por complexidade e microrregião de destino (N e %), Macronorte, MG (jan-2015/dez-2021)	67
Tabela 42- Associação entre sexo e as variáveis complexidade do procedimento, grupo de procedimentos e tempo de espera em dias (N e %), Macronorte, MG, (jan/2015 a dez 2021)	68
Tabela 43- Associação entre o tempo de espera em dias e a complexidade do procedimento, o grupo de procedimentos e faixa etária (N e %), Macronorte, MG, (jan/2015 a dez 2021)	69

LISTA DE SIGLAS

AIH – Autorização de Internação Hospitalar
ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar
CANCON – Centro de Alta Complexidade em Oncologia
CONASEMS – Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CF/1988 – Constituição Federal de 1988
CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
EPI – Equipamento de Proteção Individual
FAEC – Fundo de Ações Estratégicas e de Compensação
GRS – Gerência Regional de Saúde
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MAC – Média e Alta Complexidade
MS – Ministério da Saúde
NHS – *National Health Service*
NOAS – Norma Operacional de Assistência à Saúde
OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico
ONU – Organização das Nações Unidas
PDR- Plano Diretor de Regionalização
PNAISH – Política Nacional de Atenção à Saúde do Homem
PNPCC - Política Nacional para Prevenção e Combate ao Câncer
PNS – Pesquisa Nacional de Saúde
PPI – Programação Pactuada Integrada
RASPDC – Rede de Atenção as Pessoas com Doenças Crônicas
SES/MG – Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais
SIGTAP – Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órteses
Próteses e Materiais
SNS – *Sistema Nacional de Salud*
SRS – Superintendência Regional de Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
UNACON – Unidade de Alta Complexidade em Oncologia.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	15
2 OBJETIVOS.....	18
2.1 OBJETIVO PRIMÁRIO	18
2.2 OBJETIVOS SECUNDÁRIOS.....	18
3 REFERENCIAL TEÓRICO.....	19
3.1 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E O DIREITO À SAÚDE	19
4 METODOLOGIA.....	29
4.1 CENÁRIO DA PESQUISA	29
4.1.1 O Estado de Minas Gerais e a Macrorregião Norte	29
4.1.1. 1 As Microrregiões de Saúde e os Municípios	31
4.2 MÉTODO.....	37
4.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	37
4.4 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	37
4.6 RISCOS E BENEFÍCIOS.....	39
4.7 ASPECTOS ÉTICOS	39
4.8 ANÁLISES DE DADOS.....	39
5. RESULTADOS	41
5.1 A MACRORREGIÃO NORTE E A FILA DE ESPERA	41
5.1.1 A Fila de Espera na Microrregião de Montes Claros.....	48
5.1.2 A Fila de Espera na Microrregião de Pirapora.....	49
5.1.3 A Fila de Espera na Microrregião de Janaúba/Monte Azul.....	51
5.1.4 A Fila de Espera na Microrregião de Brasília de Minas/São Francisco	54
5.1.5 A Fila de Espera na Microrregião de Taiobeiras	56
5.1.6 A Fila de Espera na Microrregião de Coração de Jesus	58
5.1.7 Fila de Espera na Microrregião de Bocaiúva.....	59
5.1.8 A Fila de Espera na Microrregião de Januária.....	61
5.1.9 A Fila de Espera na Microrregião de Francisco Sá.....	63

5.1.10 A Fila de Espera na Microrregião de Salinas.....	64
5.1.11 A Fila de Espera na Microrregião de Manga.....	66
5.2 ANÁLISES ESTATÍSTICAS DOS DADOS COLETADOS.....	68
6. DISCUSSÃO.....	70
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	80
REFERÊNCIAS.....	84
APÊNDICE I- INSTRUMENTO PARA COLETA DOS DADOS.....	93
ANEXO A – PARECER APROVAÇÃO DO CEP.....	94

INTRODUÇÃO

As listas/filas de espera constituem um recurso para organizar o atendimento às demandas dos pacientes que aguardam um mesmo tratamento ou serviço médico cuja demanda é maior que a oferta. (HUBER, *et al.*, 2008).

Para Lindsay e Feigenbaum, (1984) apud Levy, *et al.*, (2021), p1.

As filas são uma característica dos serviços de saúde que contam com financiamento central, financiado principalmente por meio de impostos gerais, e estão presentes em vários outros países europeus, incluindo Itália, Grécia e Espanha, onde há necessidade de gerenciar a dinâmica de capacidade e demanda.

A discussão sobre filas de espera é algo que perpassa diferentes sistemas de saúde no mundo. No sistema de saúde inglês NHS (*National Health Service- NHS*), essa dificuldade no acesso a procedimentos sempre foi um problema particularmente importante. (KUSCHNIR, 2014). E no sistema de saúde espanhol (*Sistema Nacional de Salud - SNS*), também se discute a problemática dos tempos de espera. (CONILL; GIOVANELLA; ALMEIDA, 2011).

Não existem avaliações sistemáticas sobre o Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil quanto aos prazos de espera para internações, consultas ou exames nem sobre o número de pessoas que aguardam nas filas para serem atendidas. (MARINHO, 2009).

Para Santos (2018), essa ausência de avaliações sistemáticas pode ser considerada um obstáculo a ser superado no SUS, pois só a partir da identificação dos problemas e suas causas é possível propor estratégias de enfrentamento para redução de filas de espera por cirurgias eletivas e tecer perspectivas organizacionais para as próximas décadas. Ainda, reforça que, desde 2004, quando o Ministério da Saúde do Brasil instituiu a Política Nacional de Incentivo aos Procedimentos Cirúrgicos Eletivos, todas as iniciativas para tentar reduzir o tempo de espera nas filas por procedimentos cirúrgicos adotados pelo Ministério da Saúde (MS) têm se mostrado ineficientes.

Também inexistente no país um modelo uniforme para a gestão das filas para acesso aos procedimentos no Sistema Único de Saúde. Percebe-se uma variação enorme de práticas relacionadas a este processo que vão desde a implantação de sistemas/software que auxiliam na execução da dinâmica do fluxo regulatório do acesso aos procedimentos de saúde, nos níveis municipais, estaduais e federal. Por outro lado, ainda existe locais onde o trabalho é feito manualmente e de forma fragmentada, onde não é possível identificar o fluxo e as prioridades. As listas de espera no setor de saúde vêm sendo temas de trabalhos e pesquisas há mais de duas

décadas, porém, ainda não é possível encontrar um consenso quanto a sua gestão e das possibilidades de sua extinção do cotidiano dos sistemas de saúde por diversos fatores. (MARINHO, 2004).

No ano de 2015, a Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais (SES/MG) desenvolveu uma funcionalidade denominada “fila de eletivas”, que foi inserida no SUSFÁCIL¹ com o objetivo de conhecer e controlar a demanda por este tipo de procedimento. A orientação de uso dessa funcionalidade é a de que todas as solicitações de procedimentos eletivos fossem cadastradas no sistema mesmo sem previsão de vaga ou de data para realização e, a movimentação desses procedimentos/pacientes no sistema deveria se dar conforme agendamento e realização dos procedimentos (SES/MG, 2015).

O Ministério da Saúde em conjunto com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) aprovaram, no dia 27 de Maio de 2017, a resolução que cria o cadastro único de pacientes que aguardam pela realização de cirurgias eletivas no país (BRASIL, 2017a), porém este não foi disponibilizado oficialmente para todas as regiões do país. Inclusive o estado de Minas Gerais optou por manter o gerenciamento da fila através do SUSFácil.

Acrescenta-se a esse cenário a ocorrência da pandemia da COVID-19 e todas as consequências que envolvem esse contexto, que resultaram no agravamento das filas. Para Minas Gerais (2021), em razão da pandemia da COVID-19 e a suspensão de procedimentos cirúrgicos eletivos para preservar os serviços de saúde e evitar o colapso do SUS, “fica evidente que o aumento da demanda reprimida pelos procedimentos eletivos tenha surgido como efeito colateral, comprometendo ainda mais esse cenário”.

Então, o presente estudo transversal de abordagem quantitativa, com base documental a partir dos dados do SUSFácil/MG, foi realizado com o objetivo de caracterizar a demanda de cirurgias eletivas na Macrorregião Norte de Minas Gerais a partir das filas de espera no período de 2015 a 2021.

Sendo composto por 07 capítulos, que a partir da introdução faz uma apresentação do assunto de forma sucinta e sobre o problema de pesquisa. No segundo capítulo são destacados os objetivos primário e secundários do estudo. O terceiro capítulo é a parte que traz um pouco da história do SUS, sua formação, princípios e desafios para a sua efetivação. Além disso, é onde também se aprofunda a temática das filas de espera por cirurgias eletivas tanto no

¹ Ferramenta digital disponibilizada pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES/MG) através da qual se realiza a regulação do acesso aos leitos hospitalares no estado.

contexto nacional, quanto internacional. No quarto capítulo é apresentada de forma detalhada a metodologia aplicada ao estudo, que vão desde o cenário da pesquisa passando pela coleta e análise dos dados, até os aspectos éticos. No quinto capítulo estão expostos os principais resultados a partir da análise dos dados levantados. No sexto capítulo são feitas as discussões pertinentes a cada ponto avaliado levando em conta importantes referências tanto teóricas quanto técnicas. Por fim, no sétimo e último capítulo são apresentadas as principais conclusões do estudo, apresentadas as suas limitações e as contribuições deste para futuros estudos dentro da temática abordada.

Para atingir os objetivos propostos foi elaborada a seguinte pergunta norteadora: O que revelam as filas de cirurgias eletivas na Macrorregião Norte de Minas Gerais entre 2015 e 2021?

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO PRIMÁRIO

Caracterizar a demanda de cirurgias eletivas na Macrorregião Norte de Minas Gerais a partir das filas de espera no período de 2015 a 2021.

2.2 OBJETIVOS SECUNDÁRIOS

Descrever o perfil dos pacientes cadastrados na fila de eletivas através dos dados de origem (microrregião de residência), do sexo e idade.

Identificar qual é a microrregião/município de origem que mais possui demanda por procedimentos eletivos cadastrado na fila por frequência.

Identificar os tipos de procedimentos cirúrgicos cadastrados por frequência.

Identificar os tempos de espera em fila.

Identificar a situação dos procedimentos na fila de espera.

Descrever as baixas da fila de espera e seus motivos

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E O DIREITO À SAÚDE

A saúde talvez seja um dos aspectos da vida em que melhor reflita os nossos desejos e anseios para conquistar qualidade de vida e também que desperta nas pessoas sentimentos de igualdade e justiça social. Porém, o adoecimento, o sofrimento e a morte acompanham os seres humanos em diversas fases da vida. A primeira vez que a saúde foi entendida como um direito de todos e uma responsabilidade do estado foi na proclamação da Declaração Universal dos Direitos Humanos na Assembleia Geral da ONU (Organização Nacional das Nações Unidas) no ano de 1948. E mesmo não sendo um documento impositivo ou de caráter obrigatório, acabou se tornando uma ferramenta importantíssima na busca de avanços nas políticas públicas no mundo inteiro. A partir daí, surgiram outros documentos que constituíram pactos internacionais para cuidados de saúde pudessem se tornar mais acessíveis. (BITTENCOURT, 2013).

No início da década de 1970, iniciaram-se no Brasil alguns movimentos oriundos da Reforma Sanitária, que lutava contra a ditadura militar – esta que entendia unicamente como saúde a aquisição de assistência médica – e que reivindicavam pela democratização da saúde e pela melhoria das condições de vida da população, culminaram em 1988, no reconhecimento da saúde como direito de todos e um dever do estado brasileiro (SOUTO; OLIVEIRA, 2016).

Como marco legal da criação do SUS, a Constituição Federal de 1988 (CF/1988) representa significativo avanço em relação aos direitos sociais e às políticas de proteção social. Além disso, ela coloca a saúde como integrante do tripé da seguridade social e elenca como diretrizes: descentralização, atendimento integral e participação da comunidade. A funcionar de forma hierarquizada e regionalizada, com direção única em cada esfera de governo. (COUTINHO; SANTOS, 2019).

Convém destacar que o SUS foi criado com a CF/1988, e regulamentado com as Leis Orgânicas da Saúde – Lei n. 8.080/1990 e Lei n. 8.142/1990 – que determinaram os critérios organizativos tais como: os objetivos e atribuições, os princípios e diretrizes, planejamento, financiamento, orçamento, e as competências dos de cada ente federado: União, Estado e Município (BRASIL, 2009).

As ações e serviços de saúde que integram o SUS são desenvolvidos segundo os princípios de universalidade, equidade, integralidade e utilização da epidemiologia explicitados na Lei n. 8.080/90. Sendo universalidade, a garantia do direito ao atendimento no SUS a todas

as pessoas independentemente de qualquer característica ou condição. A equidade é um princípio de justiça social que visa diminuir as desigualdades/disparidades sociais e regionais no país, o que significa tratar desigualmente os desiguais, investindo mais onde há maiores necessidades, e a integralidade se refere às ações e serviços de saúde serem articulados para que possam atender os indivíduos de forma integral em todos os níveis de complexidade. (BRASIL, 1990a, 1990b).

Para Souza (2009), o SUS é uma política das mais importantes para a construção de um país socialmente justo. Porém, “é difícil se pensar em um sistema de saúde universal e equitativo em um país, como o Brasil, onde a muitos faltam condições de sobrevivência”.

Outro dispositivo legal que constitui a base para a operacionalização do SUS é o Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei n. 8.080/90 que dispõe sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa (BRASIL, 2011). Vale destacar que o papel da regulação e da estrutura organizativa do SUS, aspectos tão importantes para a consolidação e aprimoramento permanente de sua gestão, foram explicitados a partir da publicação do referido decreto.

Segundo Carvalho, Jesus e Senra (2017, p.1156), o decreto 7508/11, cumpre, dentre outras coisas:

[...] a determinação constitucional de que o SUS deve ser formado por uma rede regionalizada e hierarquizada e que suas “regiões de saúde” devem organizar-se para ofertar, no mínimo, ações de atenção primária, urgência e emergência, atenção psicossocial, atenção ambulatorial especializada e hospitalar, e vigilância em saúde, explicitando a complementaridade entre essas ações para garantir, minimamente, um cuidado integral em tempo oportuno.

3.2 A REGIONALIZAÇÃO E A HIERARQUIZAÇÃO COMO GARANTIA DO ACESSO E DA INTEGRALIDADE NO SUS

A Política Nacional de Saúde só dá espaço para a regionalização a partir dos anos 2000 com a publicação da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), com reforço mais incisivo após a edição do Pacto pela Saúde em 2006, quando foi concebido como uma estratégia para integração dos sistemas municipais, ampliação do acesso e redução da iniquidade em saúde. Shimizu *et al.* (2021), compreendem a regionalização como um processo político que inclui os diferentes atores sociais como governos, cidadãos e instituições no poder de tomada de decisões de forma colaborativa, cooperativa e participativa, em um dado espaço territorial. Também inserem nesse processo novos instrumentos de gestão, planejamento, integração, financiamento de redes de ações e serviços de saúde e regulação.

Para Duarte (2016), o que impossibilitou a efetivação dos preceitos constitucionais da saúde foi a falta de um projeto para o desenvolvimento do país, fruto do ideário neoliberal iniciado na década de 90, limitando a capacidade do sistema de seguridade social idealizado de forma a incorporar toda a população de forma equitativa e integrar as políticas de bem estar social.

Trata-se de processo complexo, a regionalização se dá de maneira diversa de um território para outro, segundo Melo *et al.* (2017), ela é condicionada pela correlação de forças políticas, estrutura de oferta e incorporação de tecnologias de cuidado, assim como pelos pactos estabelecidos por diferentes atores (governamentais e não governamentais; públicos e privados), que viabilizam o acesso aos serviços de maior densidade tecnológica (VIANA, *et al.*, 2018), além de todo o contexto sócio econômico.

O princípio da integralidade, para além do acesso a bens e serviços, para o seu alcance e consolidação também envolve construção e gestão de políticas públicas que não se findam em si próprias, devido à complexidade das ações necessárias tanto por parte dos serviços de saúde e seus profissionais e gestores, e da participação do cidadão, para que seja alcançada no âmbito individual e coletivo. Pinafo, Carvalho e Nunes (2016), consideram que a insuficiente e fragmentada oferta de serviços especializados, responsável por parte expressiva dos atendimentos e gastos públicos em saúde, representa um dos principais entraves à regionalização e ao acesso aos serviços de saúde.

Assim sendo, a integralidade é obrigatoriamente atrelada à integração de serviços por meio de redes assistenciais, reconhecendo a interdependência dos atores e organizações, em face da constatação de que nenhuma delas dispõe da totalidade dos recursos e competências necessários para a solução dos problemas de saúde de uma população em seus diversos ciclos de vida (HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004).

Em um sistema hierarquizado, a continuidade da assistência deve ser assegurada principalmente pelo estabelecimento de um sistema de referências, configurado na regionalização e na hierarquização, e os serviços devem ser organizados em níveis de complexidade tecnológica crescente, dispostos numa área geográfica delimitada e com a definição da população a ser atendida. Isso implica na capacidade dos serviços em oferecer, a uma determinada população, todas as modalidades de assistência, bem como o acesso a todo tipo de tecnologia disponível, possibilitando a resolutividade (BRASIL, 2002a).

É perceptível que, desde a criação do SUS, ocorreram avanços e uma crescente expansão de serviços. Porém, as dificuldades de acesso motivadas pela baixa oferta ainda persistem, além de conviver com problemas de qualidade técnica. Por isso, a estratégia

fundamental para aproximar o SUS possível do SUS necessário, conquistando o apoio da população, é expandir e melhorar a qualidade dos serviços de saúde (SOUZA, 2009).

A partir da distribuição de competências entre a União, os estados e os municípios na gestão do SUS estabelecida, os entes federativos utilizam vários instrumentos de gestão, objetivando a provisão e organização de um sistema regionalizado, visando a identificação de demandas e necessidades de saúde da população, o estabelecimento dos fluxos assistenciais dos serviços para a conformação de redes de atenção organizadas, com base em tipologias distintas, garantir e aperfeiçoar o funcionamento do sistema de saúde em todos os níveis de atenção. (SHIMIZU *et al.*, 2019).

Dentre os instrumentos mais importantes está a Programação Pactuada e Integrada (PPI)² que é o instrumento de gestão por meio do qual, com base no Plano Diretor de Regionalização (PDR)³, se programam as ações que serão realizadas, uma vez que as prioridades já foram estabelecidas nas Agendas de Saúde e planejadas quando da elaboração dos Planos de Saúde (BRASIL, 2003).

Segundo Bretas e Shimizu, 2017, p.1085,

[...] a governança regional em saúde como estratégia para estabelecer Cogestão intergovernamental nas regiões de saúde e o justo partilhamento de responsabilidades entre os entes federados dentro do pacto federativo é perspectiva e desafio para o cumprimento dos princípios e diretrizes constitucionais no Brasil.

Mas o que se observa é que existem desigualdades regionais, representada principalmente pela escassez ou ausência de distribuição dos serviços, que marcam o contexto da governança assistencial da Média e Alta Complexidade nas regiões de saúde no Brasil. Ademais, o alto grau de dependência em relação às cidades polo e aos provedores privados, impactam diretamente na arquitetura de poder e, nos arranjos de governança

² A Programação Pactuada Integrada (PPI) é um instrumento de gestão do SUS através do qual são realizados pactos de forma regionalizada observando-se os princípios da integralidade das ações de saúde e da direção única em cada nível de governo, traduzindo todo o conjunto de atividades relacionadas a uma população específica e desenvolvidas num território determinado, independente da vinculação institucional do órgão responsável pela execução destas atividades (BRASIL, 2003). Através deste instrumento são alocados recursos financeiros mediante a pactuação da realização de atendimentos/procedimentos por municípios que possuem oferta de serviços de saúde que possuam capacidade de atendimento (BRASIL, 2003).

³ O PDR como instrumento de gestão foi institucionalizado pela Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS 01/02) e tem sido utilizado com o objetivo de organizar espacialmente a oferta de serviços do SUS/MG entre os municípios, atribuindo a cada um a sua parcela de responsabilidade na assistência a saúde do estado de acordo com os princípios de economia de escala e escopo para que se amplie a acessibilidade ao tratamento demandado, uma vez que existem procedimentos que em virtude do alto custo não são ofertados em todos os municípios.(BRASIL, 2003)

regional. Contexto esse que resulta em disputas políticas por recursos escassos, tanto do ponto de vista das relações quanto poder de decisão. (LIMA, 2019).

3.3 A CIRURGIA ELETIVA E AS FILAS DE ESPERA

Entende-se que problemas de saúde, mesmo que não sejam urgentes, necessitam de tratamento em tempo oportuno. Afinal, um procedimento cirúrgico, apesar de se classificar como eletivo e que a sua não realização imediata não traz risco de morte iminente, podem causar sofrimento físico, psicológicos e social (CARVALHO; GIANINI, 2008).

Segundo o 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, p. 1).

O tempo de espera para realização de cirurgias é um fenômeno complexo e desafiador, tanto em países desenvolvidos quanto em desenvolvimento, podendo variar de meses até anos, o que pode gerar insatisfação de pacientes, piora do prognóstico, perda funcional e custos financeiros elevados para os sistemas públicos de saúde (BARUA *et al.*, 2012; RODRIGUES *et al.*, 2020).

As listas de espera constituem um recurso para organizar os pacientes que aguardam um mesmo tratamento ou serviço médico cuja demanda é maior que a oferta. Huber *et al.* (2008) afirmam que para a diminuição da demanda reprimida por atendimentos eletivos, é necessário que se proporcione acesso equânime aos serviços de saúde. Isso inclui a política de se proporcionar o acesso a todo cidadão a atendimento básico de alta qualidade e estabelecimento de um tempo limite para o acesso à média complexidade, caso seja necessário.

Nesse sentido, observa-se nas últimas décadas, que discussões a respeito das filas de espera por procedimentos eletivos, suas causas e consequências vêm sendo realizadas de forma relevante, como se pode perceber no que diz Haddad *et al.* (2002), que quando o tempo de espera de um paciente é longo demais, os problemas acabam se alongando a partir do paciente e sua família, bem como para o médico e o hospital e também para o sistema de saúde e toda a sociedade. Além da angustiante espera para o paciente, podem surgir complicações com agravamento do seu quadro de saúde, podendo levar até a morte. Com esse agravamento, a complexidade do procedimento cirúrgico também aumenta, elevando os valores a serem

empregados tanto no procedimento cirúrgico quanto no acompanhamento do paciente após a cirurgia.

Um pouco mais tarde na mesma década, Marinho (2004) diz que a demora do serviço público de saúde em atender causa impactos de grande repercussão para a saúde do paciente e sua probabilidade de cura e que, quando não existe prazo previsto, essa situação torna o planejamento de vida do paciente, sua família e todo o sistema de saúde muito mais difíceis. Para o sistema de saúde, além de prejuízos financeiros, ainda tem que arcar com pesados ônus administrativos como a perda de eficiência gerada por estresse causado nos hospitais, por desordem organizacional no SUS, e, por fim, ainda sofre perda de prestígio social decorrentes de tempos de espera elevados e/ou injustos (MARINHO, 2009).

E, quase uma década depois, Giamberardino Filho (2017) discute o impacto desta situação sobre a vida das pessoas e do sistema de saúde dizendo que o sacrificante tempo de espera de cirurgias eletivas constitui um problema de gestão em diferentes níveis de complexidade, tanto pela incapacidade em suprir a demanda como pela deficiente integração das redes de assistência.

Alguns fatores relacionados à oferta de serviços assistenciais como a disponibilidade de centros cirúrgicos, quantidade de leitos hospitalares, equipamentos e tecnologias; além de recursos humanos e especialistas, recursos financeiros e formas de pagamento e fatores relacionados à gestão da demanda, como o uso ou não de protocolos e/ou estratégias de priorização de casos; ou se a fila é única, se é por especialidade ou localidade/região, são determinantes para o tempo de espera para a realização de um procedimento eletivo. (LUIGI; HURST, 2005).

Quando se discute o acesso ao sistema de saúde, devem-se considerar alguns aspectos relacionados, que vão desde o entendimento de se tratar de “acolhimento”, “porta de entrada”, ou o “percurso terapêutico” para atendimento de alguma necessidade como também se refere, a um aspecto legal, uma vez que no Brasil o acesso no sistema de saúde é uma garantia constitucional, ligada aos princípios de equidade, integralidade e universalidade do SUS e estabelece ações ligadas à justiça social. (SILVA *et al.*, 2017).

Sobre isso, Hadorn *et al.* (*apud* Goiás, 2022), afirmam que o tempo em fila de espera pode ser dividido em dois intervalos. Sendo o primeiro aquele tempo entre a identificação do problema de saúde, o encaminhamento para o especialista, que é o cirurgião que indica a cirurgia, e o segundo que dura até a efetiva realização do procedimento. Em quase todos os países apenas este último é considerado como tempo de espera em fila.

Ainda considerando o acesso aos serviços de saúde, Jesus e Assis (2010), explicam que existem 04 dimensões analíticas, sendo elas: a dimensão econômica, que envolve a equidade, a racionalização e a relação entre oferta e demanda; a dimensão técnica, que trata do planejamento, da organização, da regionalização, da hierarquização, da definição de fluxos, da qualidade e da resolubilidade dos serviços de saúde; a dimensão política que se refere às políticas de saúde, a conformação histórica do modelo de atenção à saúde e a participação da comunidade; e a dimensão simbólica que considera as percepções, concepções e atuação dos sujeitos, as representações sociais do processo saúde-doença, as representações sociais da forma como o sistema de saúde se organiza para atender às necessidades. E que o desafio no âmbito do SUS consiste em operacionalizar proposições que deem conta de atender todas as dimensões.

A cultura das filas predominante no sistema de saúde brasileiro infunde em seus usuários uma descrença em seu tratamento e, por conseguinte, nos profissionais e na gestão da saúde. As estatísticas existentes são insuficientes e incompletas, principalmente porque não contém os dados sobre os casos já atendidos e aqueles em atendimento, criando uma tendência para que a repercussão de fatos negativos se torne mais evidente do que todo o trabalho efetuado até o momento (MARINHO, 2004). Outro ponto importante considerado por Buss (2015) diz que outro problema atual nas listas de espera para cirurgias no Brasil, é a falta de transparência durante todo o processo.

Segundo Santos (2018), as raras publicações de periódicos nacionais sobre as cirurgias eletivas demonstram o quanto que é incipiente a realização de estudos relativos ao tema em todo o país e que o seu fomento se torna imprescindível para que se consiga enfrentar a questão de forma mais efetiva. Essa falta de avaliações sistemáticas pode ser considerada um obstáculo a ser superado no SUS, pois só identificando e conhecendo as causas dos problemas, é possível propor estratégias de enfrentamento para redução de filas de espera por cirurgias eletivas e tecer perspectivas organizacionais para as próximas décadas.

Buscando o enfrentamento do problema das filas por cirurgias eletivas, em 2004, o Ministério da Saúde do Brasil instituiu a Política Nacional de Incentivo aos Procedimentos Cirúrgicos Eletivos ao considerar a necessidade de reestruturação dos Mutirões Nacionais, que existiam desde 1999. Mais do que a disponibilização de recursos financeiros e ampliação da oferta, essa política deu o pontapé inicial para reformulação da rede de atenção voltada para o enfrentamento da demanda reprimida de cirurgias eletivas. Desde então, numerosas Portarias Ministeriais e Deliberações Estaduais foram publicadas ao longo dos anos a fim de fundamentar a competência de atuação das secretarias municipais de saúde do país. (BRASIL, 2004).

Contudo, todas essas iniciativas para tentar reduzir o tempo de espera nas filas por procedimentos cirúrgicos tem se mostrado ineficientes pela existência de fatores relacionados ao fluxo assistencial, conforme apontado por Santos (2018), como os longos tempos de espera para consulta com o especialista, maioria absoluta das Autorizações de Internação Hospitalar (AIH's) preenchidas manualmente, com letras ilegíveis e muitas vezes sem a codificação do procedimento, infraestrutura hospitalar precária, financiamento aquém da necessidade, além de interferências políticas e pessoais para regulação municipal da fila de espera.

Em Minas Gerais, a responsabilidade pela gestão da fila de eletivas é feita pela equipe de regulação municipal. O processo de autorização de procedimentos é realizado por equipe de médicos autorizadores, orientados por meio de regras previamente definidas para o exercício da função. Esta ação visa garantir o acesso ordenado, respeitando critérios clínicos, de necessidade dos pacientes e de disponibilidade de oferta, evitando que sejam criados outros fluxos que não aqueles preconizados pela ação regulatória (BRASIL, 2006). Mas também se observa rotineiramente a adoção de outros critérios como tempo de espera para casos semelhantes como definidor de prioridade. Isso deixa a impressão de que não existe clareza para essa tomada de decisão.

Percebe-se que no contexto internacional, existe uma maior preocupação com este assunto quando se observa a frequência de publicações com diversas abordagens. Um estudo recente de Lee *et al.* (2021), realizou uma série de análises para identificar padrões comuns em relatórios de tempo de espera e lista de espera entre jurisdições da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) amostradas, que identificou que existem padrões distintos de medição e relatório de estatísticas de tempo de espera e lista de espera comuns a várias jurisdições internacionais, que podem formar a base para uma maior padronização internacional no relatório dessas estatísticas vitais, a fim de garantir comparações mais semelhantes ao avaliar o tempo de espera e as estratégias de redução da lista de espera em todos os sistemas nacionais.

Dentro da vasta literatura internacional existem estudos que avaliam ferramentas de priorização de pacientes e sua eficácia em serviços de saúde não emergenciais. Para Déry *et al.* (2019) em uma revisão sistemática, além de descrever as principais características dos protocolos de priorização, mostraram as suas medidas de efeito ou resultado, como a diminuição dos tempos de espera. Concluiu-se que, como em ambientes eletivos a probabilidade de lidar com situações críticas ou risco de vida é quase inexistente, acaba por não haver concordância entre os avaliadores sobre os critérios de prioridade para esses casos, que muitas vezes não recebem cuidados em tempo hábil por serem considerados menos

urgentes/importantes do que outros. E que, as decisões podem precisar considerar uma série de fatores com vários graus de importância para as principais partes interessadas (organizações de saúde, profissionais e pacientes e suas famílias). Outro ponto importante é que fatores que incluem dor, perda de função, risco de deterioração, impacto de uma incapacidade no trabalho ou papéis sociais, status socioeconômico do paciente, dependência de outros e impactos econômicos, podem ser difíceis de avaliar, e então a priorização do paciente é uma tarefa complexa.

Os mesmos autores, Déry *et al.* (2022), em outra revisão sistemática sobre ferramentas de priorização de pacientes em serviços de saúde não emergenciais em que foram incluídos 48 estudos listando 34 ferramentas diferentes de priorização de pacientes, revelou-se que a maioria deles é projetada para gerenciar o acesso a cirurgias eletivas em ambientes hospitalares. Dois terços dos instrumentos foram investigados com base na confiabilidade ou validade. Foram encontrados resultados inconclusivos sobre o impacto dos protocolos no tempo de espera dos pacientes.

Outras evidências levantadas por Rathnayake, Clarke, Jayasinghe (2021), em uma revisão sistemática, sugerem que estratégias que apoiam os métodos de priorização com abordagens mais específicas podem alcançar acesso mais rápido para os pacientes em lista de espera que mais necessitam do atendimento cirúrgico. Ter ferramentas de priorização específicas padronizadas para cada especialidade é mais provável de ser eficaz para a equidade horizontal ao reordenar a fila de pacientes que aguardam uma lista de cirurgia específica, mas é improvável que tenha impacto na equidade vertical em diferentes tipos de cirurgia ou condição. Além das avaliações clínicas, incorporar parâmetros socioeconômicos e considerações morais dos pacientes nos sistemas de pontuação de priorização é mais eficaz e mais provável para evitar a discriminação associada ao sistema em certas especialidades cirúrgicas.

Além disso, em razão da pandemia, uma das medidas de enfrentamento ao COVID-19 foi a suspensão de procedimentos cirúrgicos eletivos principalmente aqueles com necessidade de internação hospitalar, com o intuito de preservar equipamentos de proteção individual (EPI), leitos e evitar o colapso do sistema de saúde e consequente desassistência a pacientes infectados pelo novo coronavírus - SARS-COV-2. Estudo desenvolvido por Garcia-Rojo *et al.* (2021), concluiu que a suspensão das cirurgias eletivas como medida de contingenciamento devido a pandemia da COVID-19 teve um impacto significativo nas listas de espera de cirurgias urológicas na Inglaterra.

Para Minas Gerais, 2021, p.1,

[...] são inegáveis, pode-se dizer os efeitos colaterais de tal paralisação. E, claro, um desses efeitos é o da demanda reprimida por cirurgias de caráter eletivo. Atualmente, a “fila de espera” por procedimentos cirúrgicos de natureza eletiva, não só em Minas Gerais, mas no Brasil como um todo, vem se acumulando em um ritmo muito acelerado, atingindo proporções ainda desconhecidas.

É importante ressaltar que a decisão pela suspensão da realização das cirurgias eletivas como medida de enfrentamento da pandemia da COVID 19, não interferiu na rotina para a alimentação das “filas de eletivas” do SUSFácil/MG. Então, os municípios, mesmo sem previsão de realização destes procedimentos, deveriam manter a rotina de registro no sistema conforme as orientações preexistentes de utilização do sistema. Por isso, a Secretaria de Saúde de Minas Gerais, através da Diretoria de Regulação do Acesso Eletivo e Ambulatorial, publicou no dia 13 de maio de 2021 o Memorando-Circular nº 12/2021/SES/SUBREG-SR-DREA, direcionado às Unidades Regionais de Saúde, com o assunto Orientações para o estabelecimento de rotina de contato com os Setores de Regulação da Saúde nos Municípios de Minas Gerais, a fim de instruí-los e estimulá-los a manterem atualizadas, no SUSFácil/MG, as informações sobre as "filas de eletivas" formadas em seus próprios territórios, principalmente, no decorrer da atual situação pandêmica, e outros assuntos. (MINAS GERAIS, 2021).

4 METODOLOGIA

4.1 CENÁRIO DA PESQUISA

4.1.1 O Estado de Minas Gerais e a Macrorregião Norte

No âmbito do ente estadual, dentre as responsabilidades do Estado de Minas Gerais, através da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais -SES/MG estão:

Formular, regular e fomentar as políticas de saúde pública no Estado, atuando em cooperação com os demais entes federados na prevenção, promoção, preservação e recuperação da saúde da população; gerenciar, coordenar, controlar e avaliar as políticas do Sistema Único de Saúde -SUS- Estado; [...]; promover e coordenar o processo de regionalização e descentralização dos serviços e ações de saúde; [...] coordenar o monitoramento e a avaliação das formas de financiamento do SUS no Estado; [...]; dar diretrizes, avaliar a execução das ações e dos serviços sob a responsabilidade das instituições que integram sua área de competência. (MINAS GERAIS, 2019)

Seguindo a lógica da descentralização, em Minas Gerais, existem na estrutura da SES, as Superintendências e Gerências Regionais de Saúde. Essas são denominadas Unidades Regionais de Saúde, que são unidades administrativas descentralizadas da SES, existem atualmente em número de 28, distribuídas em todo o território do estado de Minas Gerais. Possuem como responsabilidade gerir, implementar e monitorar as políticas e ações de saúde no âmbito de sua área de abrangência, fortalecendo a governança regional do SUS-MG. (MINAS GERAIS, 2019).

A Macrorregião Norte de Minas Gerais está localizada no extremo norte do estado, com uma extensão territorial de 103.660,5 km² e uma população de 1.700.450 habitantes segundo estimativas de 2021 (IBGE, 2022). Sendo o conceito de Macrorregião:

a base territorial de planejamento da atenção terciária à saúde que engloba microrregiões⁴ de saúde com população em torno de 700.000 habitantes que oferta a sua população serviços de saúde hospitalares de maior densidade tecnológica. Em

⁴ a base territorial de planejamento da atenção secundária à saúde, com capacidade de oferta de serviços ambulatoriais e hospitalares de média complexidade. Deve ser constituída por um conjunto de municípios contíguos, com população de cerca de 100.000 habitantes que estão adscritos a um município de maior porte (município polo) com oferta mais ampla do elenco de procedimentos proposto para o nível micro. (MINAS GERAIS, 2020a, p.35).

síntese, a Macrorregião acumula os três níveis de atenção terciária, secundária e a básica. (MINAS GERAIS, 2020a, p.34).

Composta por 86 municípios divididos em 11 microrregiões distribuídas conforme Plano Diretor de Regionalização (PDR). Existem na macrorregião duas Gerências Regionais de Saúde sendo, a GRS de Pirapora (07 municípios em 01 microrregião), a GRS Januária (25 municípios em 03 microrregiões) e uma Superintendência Regional de Saúde, a SRS Montes Claros (com 54 municípios em 07 microrregiões) (MINAS GERAIS, 2020a).

Figura 01 - Representação Cartográfica da Macrorregião Norte



Existem atualmente na Macrorregião Norte, 35 estabelecimentos hospitalares ativos que possuem vínculo contratual de prestação de serviços de saúde com o Sistema Único de Saúde (SUS), 18 públicos (17 municipais e 01 estadual), 15 filantrópicos e 02 privados. (DATASUS/CNES, 2022). Tais unidades hospitalares estão localizados no polo da macrorregião, Montes Claros - 06 hospitais, onde se localizam os serviços com maior aporte tecnológico e capacidade instalada para atender os casos de maior complexidade, nos polos das microrregiões - 13 hospitais, que são referência de média complexidade e outros 15 municípios das microrregiões (hospitais de menor capacidade instalada).

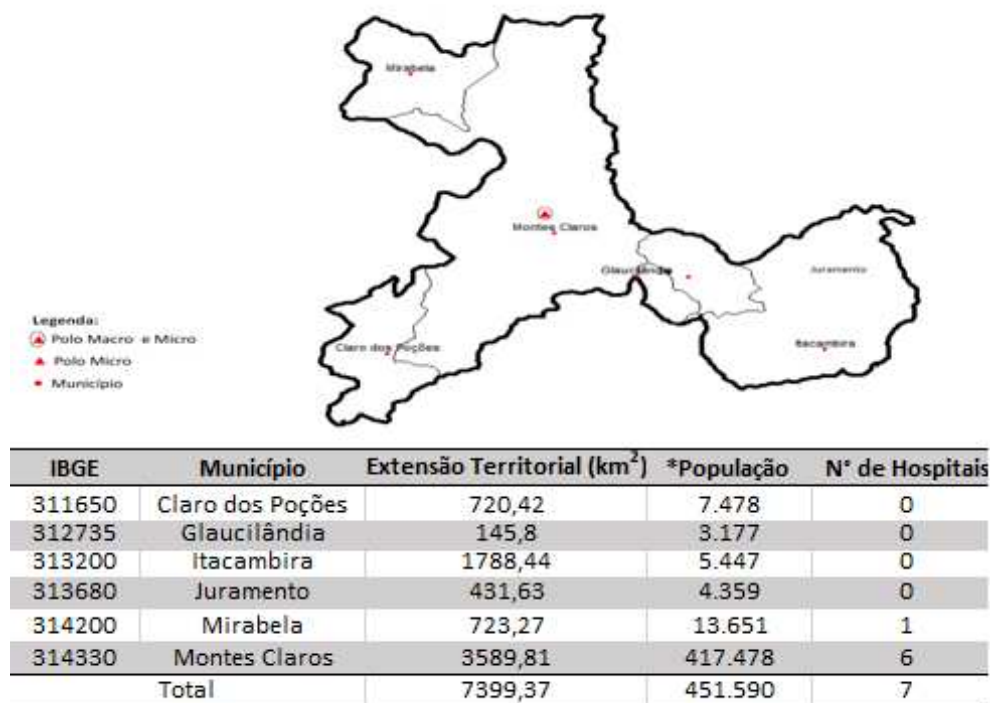
O perfil sócio econômico pode ser demonstrado através dos resultados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2019, que apontaram uma relação direta entre a cor ou raça e nível de instrução e a cobertura de plano de saúde, e que principalmente está relacionado ao rendimento das famílias (IBGE, 2020). Destaca-se que os municípios da Macrorregião Norte de Minas Gerais possuem uma média de renda dos trabalhadores formais que varia de 1,3 a 2,9 salários mínimos, estando a maioria destes localizados na média de 1,5 salários mínimos

segundo estimativas do IBGE (2021). Outros dados referentes ao ano de 2020 divulgados pela Agência Nacional Saúde Suplementar (ANS), em Minas Gerais, 24,4% da população tem plano de saúde. São 5,194 milhões de beneficiários, ante 21,92 milhões de habitantes no Estado. Isso significa dizer que todo o restante da população, cerca de 76%, é considerada como SUS dependente. Ainda é importante ressaltar que, mesmo possuindo plano de saúde privado, uma parcela desse público ainda utiliza os serviços SUS, seja pela ausência ou pela baixa oferta de leitos privados em determinada região, ou pelo tipo de contratação, se plano é ambulatorial e/ou hospitalar, além de alguns planos serem exclusivamente odontológicos (ANS, 2020).

A região norte de Minas Gerais é classificada como uma das mais pobres do estado, estima-se que o percentual da população que dependa exclusivamente do SUS para ter acesso a cuidados de saúde seja ainda maior que a média do estado de Minas Gerais.

4.1.1. 1 As Microrregiões de Saúde e os Municípios

Figura 02- Representação gráfica e dados demográficos da Microrregião de Montes Claros



PDR,2020. *Estimativas IBGE 2021.

Figura 03- Representação gráfica e dados demográficos da microrregião de Pirapora

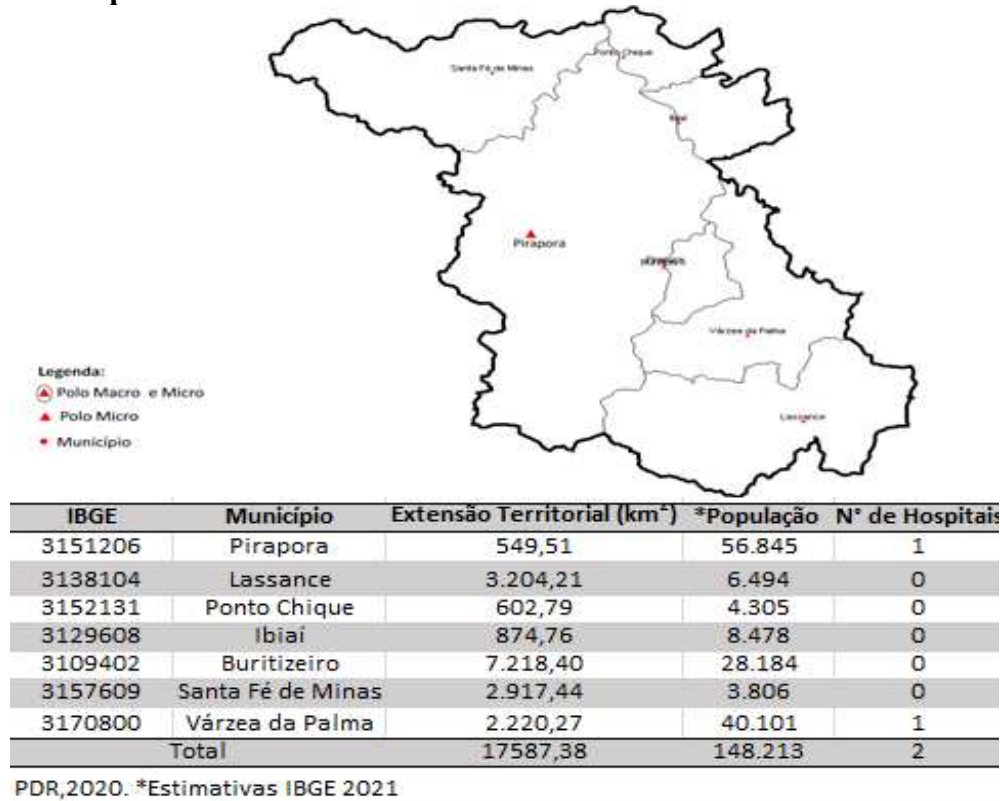


Figura 04- Representação gráfica e dados demográficos da microrregião de Janaúba/Monte Azul

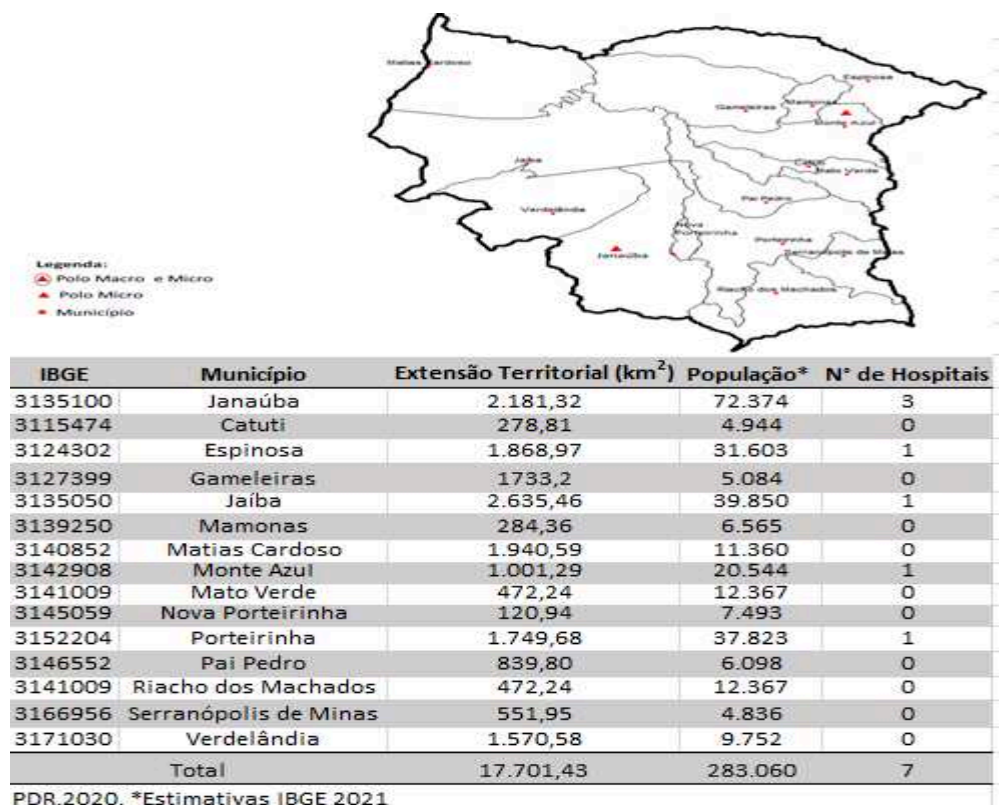


Figura 05- Representação gráfica e dados demográficos da microrregião de Brasília de Minas/São Francisco

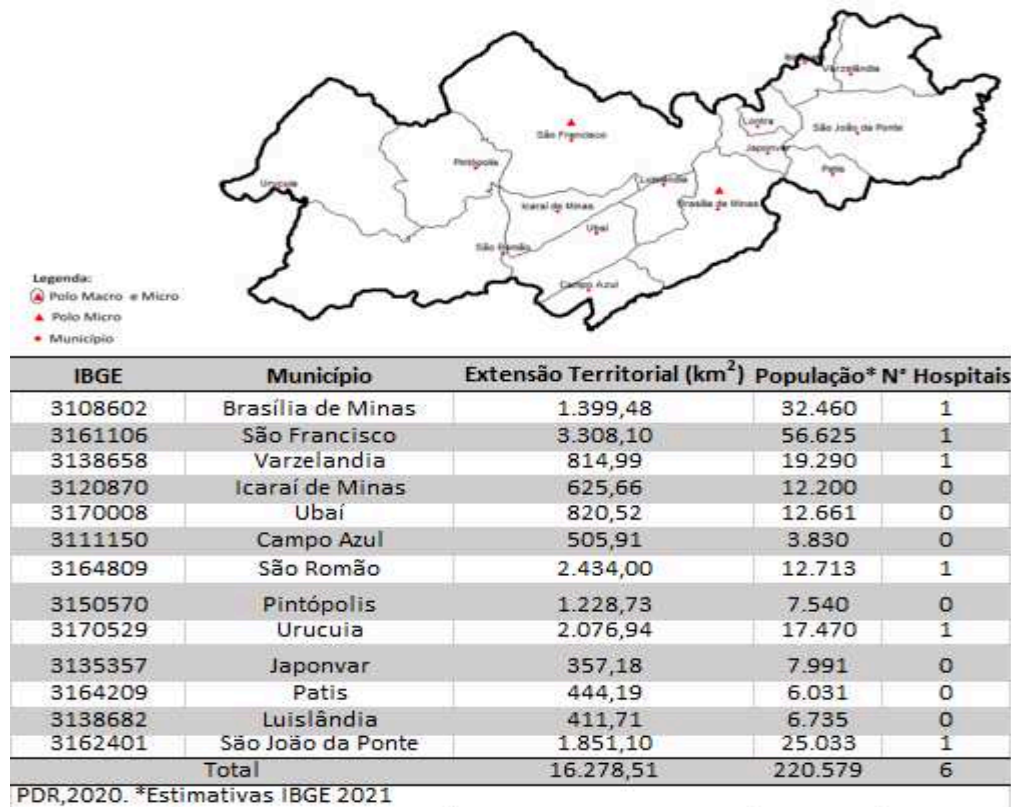


Figura 06- Representação gráfica e dados demográficos da microrregião de Taiobeiras

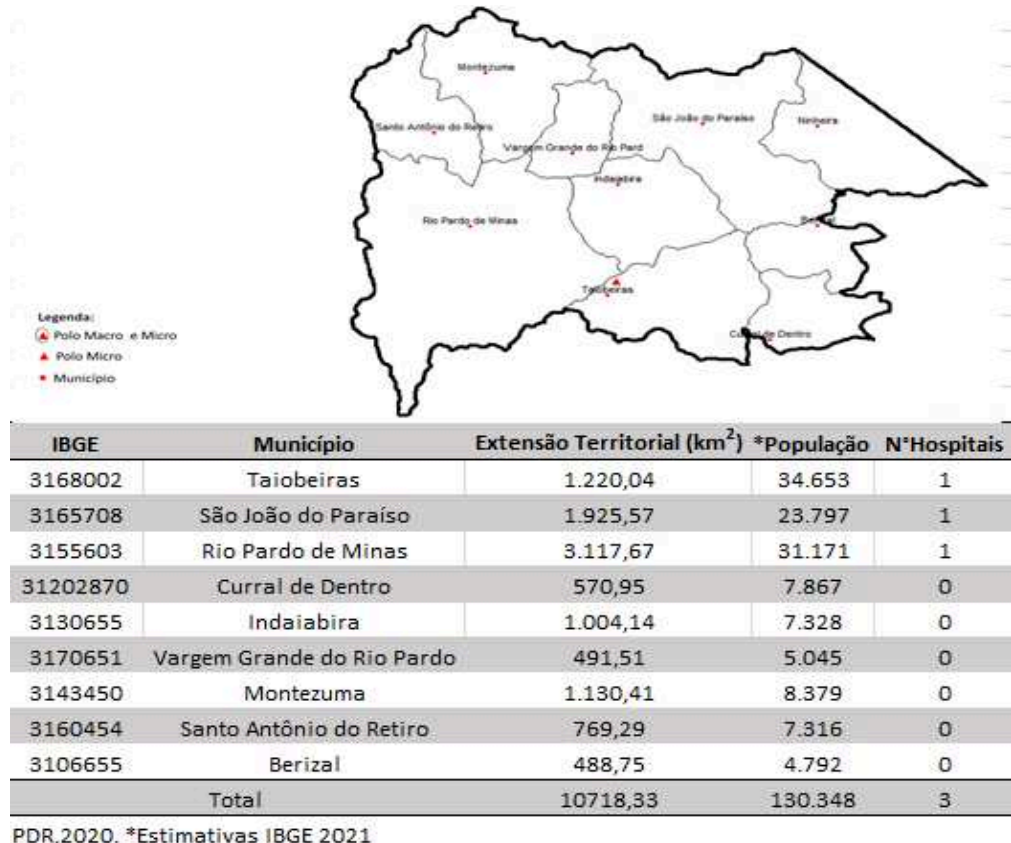


Figura 07- Representação gráfica e dados demográficos da microrregião de Coração de Jesus

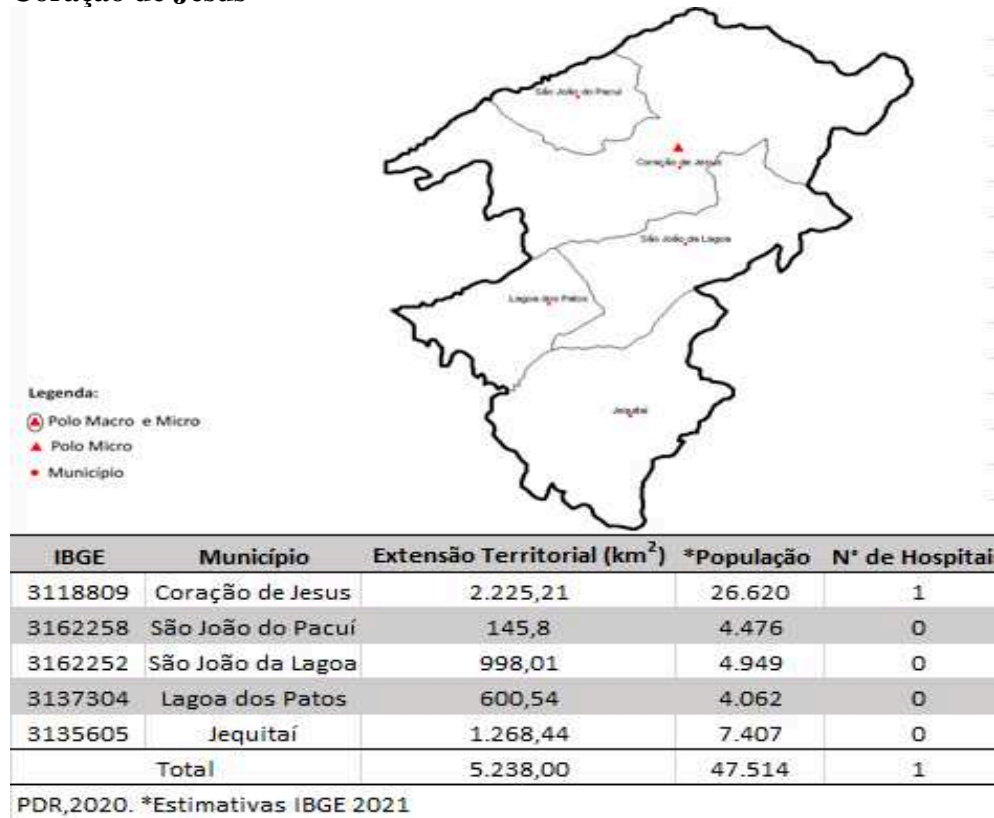


Figura 08- Representação gráfica de dados demográficos da microrregião de Bocaiúva

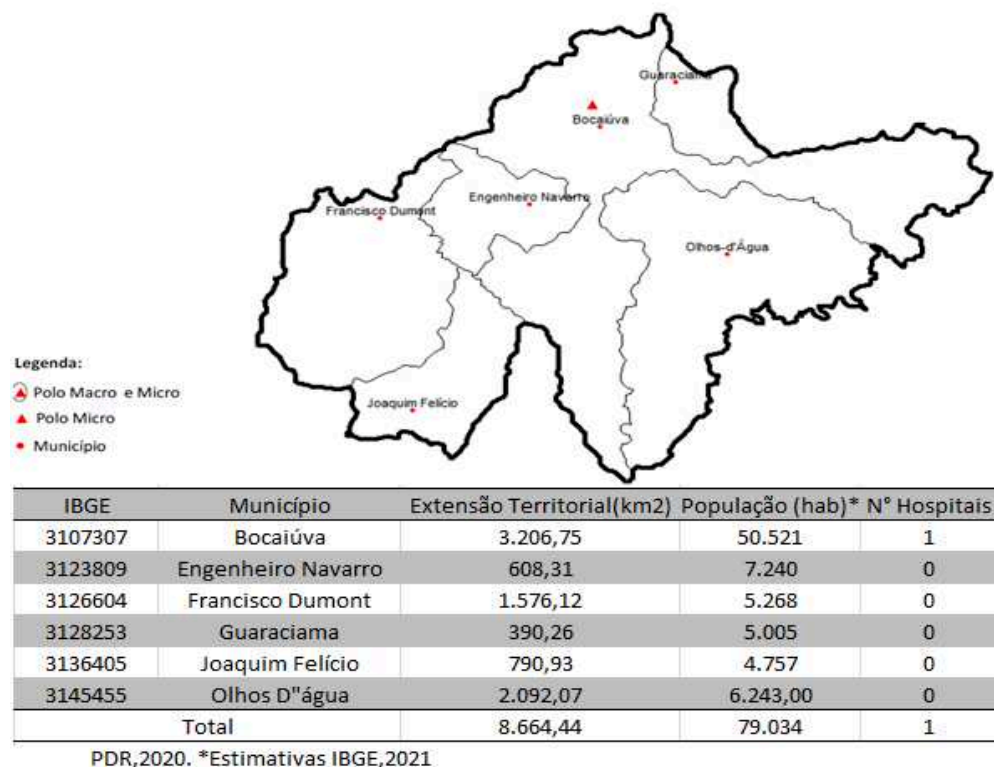


Figura 09- Representação gráfica e dados demográficos da microrregião de Januária

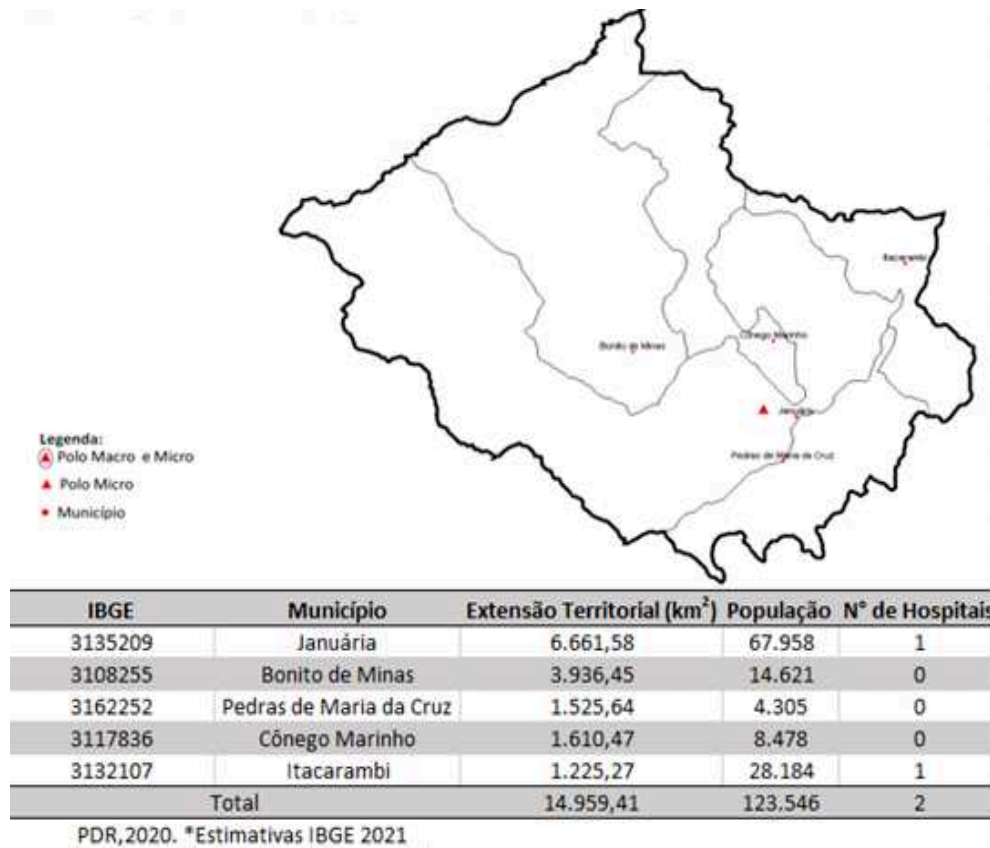


Figura 10- Representação gráfica e dados demográficos da microrregião de Francisco Sá

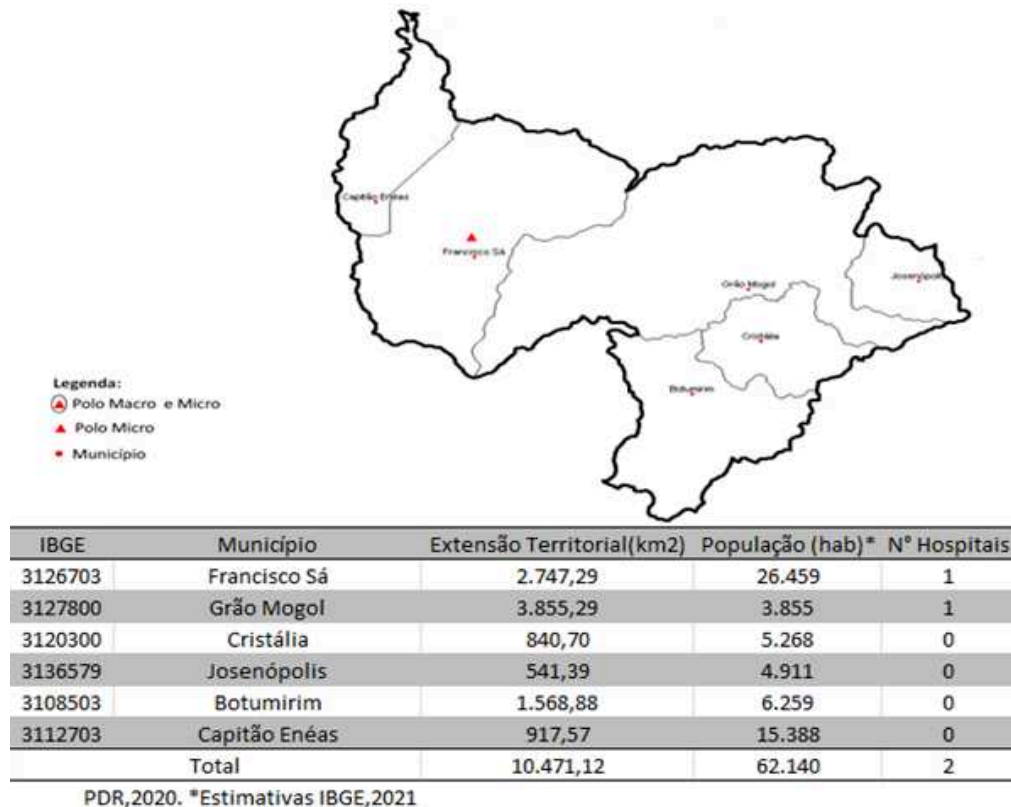


Figura 11- Representação gráfica e dados demográficos da microrregião de Salinas

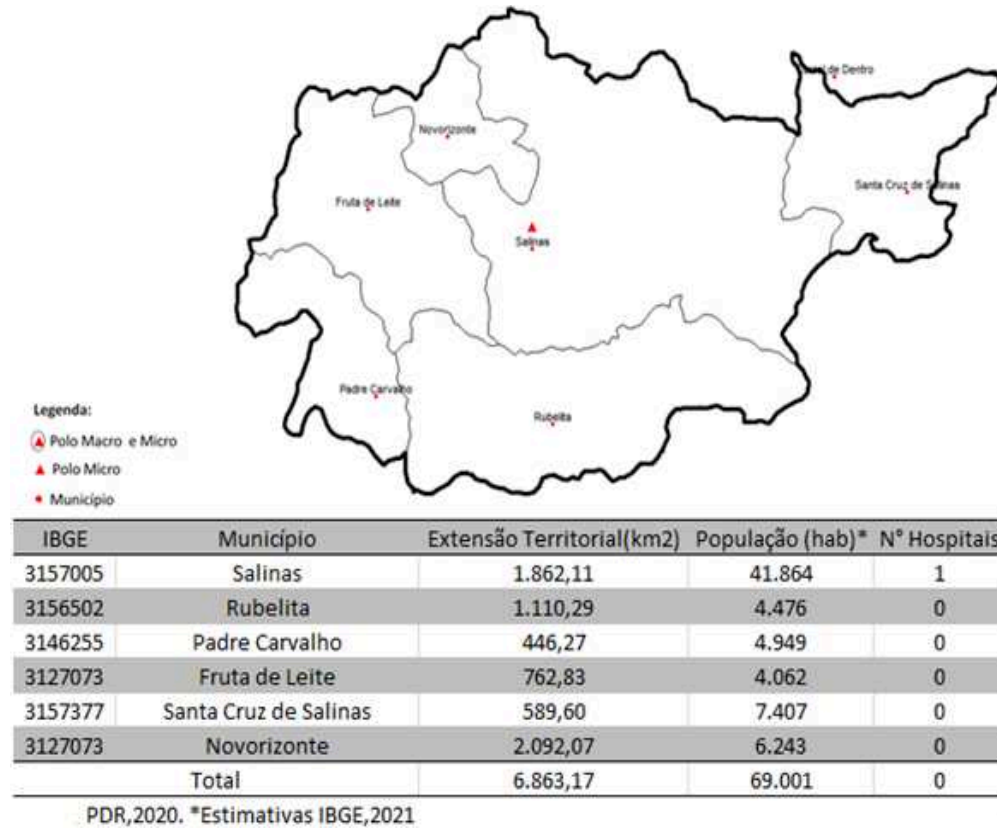
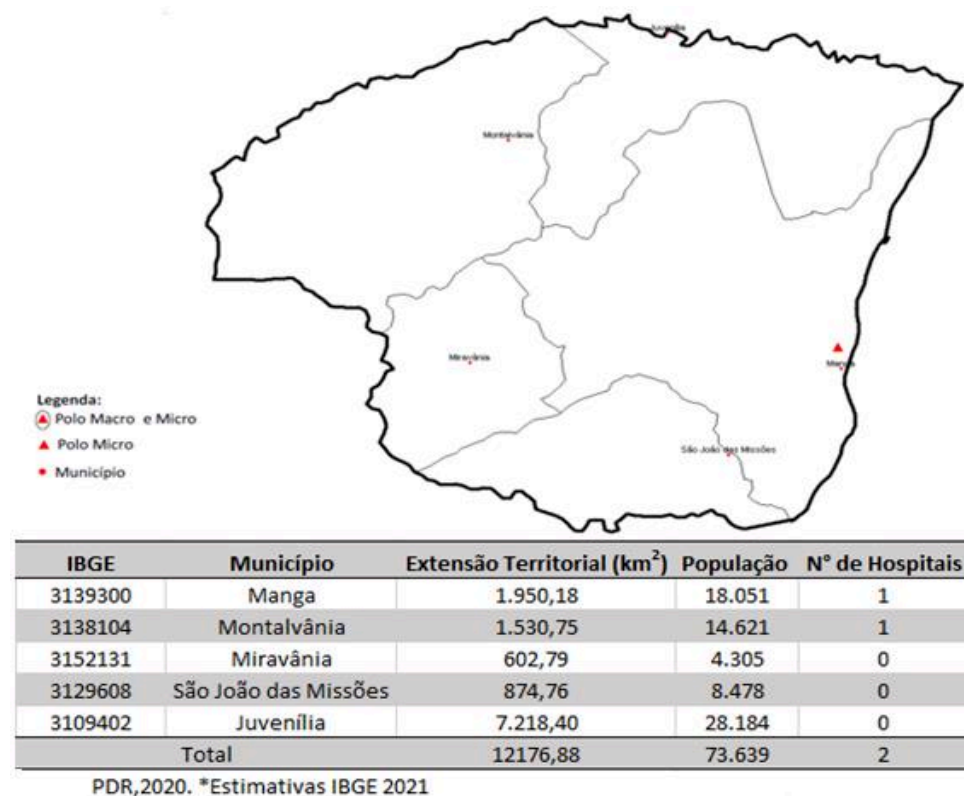


Figura 12- Representação gráfica e dados demográficos da microrregião de Manga



4.2 MÉTODO

Estudo transversal de natureza analítica, retrospectiva, de abordagem quantitativa de base documental, a partir do banco de dados do SUSFÁCIL/MG no módulo “filas de eletivas”, relacionados aos 86 municípios localizados na macrorregião norte de Minas Gerais.

Para o estudo não foi realizado cálculo amostral, justificado pela intenção de se utilizar o universo de cadastros existente em banco de dados referente ao período de janeiro de 2015 a dezembro de 2021. O número total de cadastros, isto é, de participantes, inicialmente foi de 67.850, depois de aplicados os critérios de inclusão e exclusão, as perdas de participantes/cadastros foram de 10,35%, totalizando um universo de 60.743 participantes/cadastros.

4.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Do total de 67.850 participantes, foram incluídos os indivíduos que deram entrada para solicitação do procedimento no módulo fila de eletivas no SUSFÁCIL/MG no período de janeiro de 2015 (quando o módulo para registro dessa demanda foi disponibilizado pelo sistema) a dezembro de 2021, originados dos 86 municípios da macrorregião norte de Minas Gerais e que possuíam cadastro completo e corretamente preenchido no sistema SUSFÁCIL/MG contendo: nome completo (codificado), sexo, idade, nome da mãe (codificado), motivo da baixa no sistema, nome do procedimento, subgrupo, data do cadastro, status da solicitação, município de origem, microrregião de origem, microrregião de destino, município de destino e complexidade do procedimento.

4.4 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Foram excluídos participantes que possuíam os registros no sistema SUSFÁCIL/MG com pelo menos um dos campos sem preenchimento: nome completo, sexo, idade, nome da mãe, motivo da baixa no sistema, nome do procedimento, subgrupo, data do cadastro, status da solicitação, data da baixa no sistema, município de origem, microrregião de origem, microrregião de destino, município de destino e complexidade do procedimento. Também foram excluídos os participantes que possuíam cadastros em duplicidade - tanto as geradas pelo próprio sistema, quanto as duplicidades de preenchimento por procedimentos em que não seja possível a realização por mais de uma vez (ex: histerectomia, que só é possível fazer uma vez na vida). Além disso, os participantes que estavam previamente incluídos por

estarem com cadastro completo, ainda foram excluídos aqueles que estavam com erros de digitação, ou inconsistência entre as variáveis (exemplos: laqueadura tubária em sexo masculino; cirurgia pediátrica para pessoa com 60 anos, dentre outras).

4.5 COLETA DE DADOS

A coleta de dados se deu no sistema a partir do banco de dados do SUSFácil/MG no módulo filas de eletivas, relacionados aos 86 municípios localizados na Macrorregião Norte de Minas Gerais. Nesse estudo, a população alvo não se constituiu pelos indivíduos, mas pelas solicitações de cirurgias eletivas registradas no Sistema SUSFácil/MG. Não foi utilizada amostragem, e sim o universo de cadastros existentes no referido sistema, respeitados os critérios de inclusão e exclusão. O formulário elaborado pela pesquisadora foi utilizado como um roteiro para o levantamento apenas dos dados necessários ao estudo. (APENDICE I).

Trata-se de dados secundários restritos, que somente servidores que atuam no serviço de regulação assistencial das secretarias estadual e municipais de saúde, além dos operadores do sistema dos hospitais e da central de regulação de leitos, possuem acesso através de senha previamente autorizada pelos responsáveis pelo SUSFácil/MG na Secretaria de Estado de Saúde mediante assinatura de termo de sigilo e confidencialidade.

Apesar de a pesquisadora principal ser servidora pública da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, SES/MG, lotada na Coordenação de Regulação da Superintendência Regional de Saúde de Montes Claros e já possuir acesso autorizado ao banco de dados do sistema SUSFÁCIL/MG, para fins da realização da pesquisa foi solicitada e fornecida autorização de acesso e utilização dos dados aos responsáveis pela gestão do sistema através da carta de copartícipe.

Foram levantados dados relativos ao perfil sócio demográfico dos pacientes na fila de espera através dos dados de origem (microrregião e município de residência) do sexo e idade categorizada em cinco faixas etárias. Os municípios de destino, isto é, os locais de execução dos procedimentos conforme cadastros foram identificados. A frequência dos tipos de procedimentos cirúrgicos cadastrados na fila seguiu os critérios de classificação por subgrupo de procedimentos do grupo 04 - procedimentos cirúrgicos, conforme tabela unificada do Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses Próteses e Materiais Especiais (SIGTAP) do Ministério da Saúde. Seguindo a mesma linha, também foi levantada a classificação conforme a complexidade já considerada na tabela SIGTAP - média

complexidade ou alta complexidade; O tempo de espera na fila de eletivas foi identificado a partir da data do cadastramento até a data da baixa, agrupada em cinco categorias.

Sobre a situação ou status dos procedimentos, isto é, a classificação da solicitação no momento da pesquisa segundo a classificação do sistema SUSFácil/MG, e os últimos dados levantados se referem as baixas da fila de espera e seus motivos. Sendo que ambos dados foram agrupados em cinco categorias.

4.6 RISCOS E BENEFÍCIOS

Os riscos relacionados à pesquisa são de identificação dos usuários cadastrados. Como forma de minimizar este risco os dados de identificação foram codificados.

Não há benefícios diretos para os participantes da pesquisa, os benefícios que os resultados do estudo proposto trarão são indiretos pois contribuirão para revelar informações importantes para o planejamento em saúde e na tomada de decisões no que se refere à gestão das prioridades de atendimentos, com a implementação de intervenções que melhorem o acesso e o fluxo dos atendimentos para os cidadãos que necessitam de cirurgia eletiva.

4.7 ASPECTOS ÉTICOS

Antes da sua realização, este estudo foi submetido para aprovação em Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri e aprovado sob o parecer nº5.522.934.

4.8 ANÁLISES DE DADOS

Por se tratar de um banco de dados eletrônico, o sistema SUSFácil/MG emite relatórios através da utilização de filtros que contemplam todos os dados relacionados aos levantamentos propostos no presente estudo e disponibiliza planilhas no formato CSV, que foram imediatamente convertidas em uma planilha da Microsoft Excel®. Os resultados foram obtidos utilizando frequências relativas (%) e absolutas (n) para as variáveis sociodemográficas.

Para as principais variáveis, foi utilizado teste não paramétrico de Qui-Quadrado de Pearson, com nível de significância de 5%. Os resultados foram avaliados pelo software SPSS (Statistical Package for Social Sciences, IBM Inc., USA) versão 20.0.

Por se tratar de dados de uma amostra considerada não-normal, realizou-se o cálculo Mediana (M_d), uma medida de tendência central e o Intervalo Interquartis (IQR) que é uma medida de dispersão adequada para esse tipo de estudo.

A partir da organização dos dados, foram tomadas como ponto de partida para as análises, as microrregiões de origem dos cadastros dos participantes selecionados no estudo. As variáveis demográficas, sexo e idade foram categorizadas.

Já as variáveis relacionadas aos procedimentos cirúrgicos foram organizadas de acordo com as seguintes classificações. Os tipos de cirurgias que no banco de dados seguem o padrão de subgrupos conforme a Tabela Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órteses Próteses Materiais Especiais do SUS (SIGTAP) do Ministério da Saúde, com a ocorrência de 18 códigos diferentes foi reorganizada em 06 grupos como se segue:

G1: Cirurgia do aparelho digestivo órgãos anexos e parede abdominal;

G2: Cirurgia do aparelho circulatório;

G3: Cirurgia do aparelho nervoso e cirurgia do sistema osteomuscular;

G4: Cirurgia torácica; Cirurgia de vias aérea superiores, cabeça e pescoço; cirurgia reparadora e Cirurgia Orofacial; e cirurgia do aparelho da visão;

G5: Cirurgia do aparelho geniturinário; cirurgia em nefrologia e cirurgias da mama; glândulas endócrinas e cirurgia obstétrica;

G6: Cirurgia e outros tratamentos em Oncologia; Outras Cirurgias, Tratamentos Clínicos - Coleta De Material; Diagnóstico em Endoscopia; Pequenas Cirurgias de pele e tecidos.

Os critérios utilizados para o referido agrupamento foram definidos por afinidade de especialidades; regiões corporais próximas ou de abordagem conjunta. Já os grandes sistemas que possuem muitos procedimentos relacionados ficaram isolados.

A variável complexidade do procedimento seguiu com duas categorias - média complexidade e alta complexidade, seguindo a classificação pela Tabela do SIGTAP.

O tempo de espera em dias foi classificado em cinco categorias e se dá a partir da relação entre a data do cadastro no sistema e a data da baixa do procedimento no sistema ou data de finalização do estudo (31/12/2021)

O motivo da baixa organizado em cinco categorias de respostas e para a variável situação do procedimento no sistema, apesar de existirem 11 possibilidades de resposta a este quesito, foi identificado 08 respostas cadastradas. A baixa se refere a ação de informar ao sistema que aquele cadastro foi finalizado, isto é, que não se encontra mais ativo na fila de espera.

5. RESULTADOS

Os resultados deste estudo foram apresentados em duas partes. Na primeira foram explicitadas as características da fila de espera da Macrorregião Norte, bem como de cada microrregião. Na segunda, foram apresentadas as análises das variáveis coletadas no banco de dados para identificação de associação estatística.

5.1 A MACRORREGIÃO NORTE E A FILA DE ESPERA

A Macrorregião Norte de Minas Gerais apresentou no período de janeiro de 2015 a dezembro de 2021, um total de 60.743 cadastros de pacientes/procedimentos eletivos no módulo fila de eletivas no sistema SUSFácil/MG.

Primeiramente revelou-se que os procedimentos cirúrgicos cadastrados na macrorregião no período do estudo se distribuíram por sexo, com predominância do sexo feminino em 63,04% do total, enquanto o sexo masculino correspondeu a 36,96% dos indivíduos cadastrados, conforme descrito na tabela 1.

Quanto à variável idade, que foi categorizada em cinco faixas etárias, observou-se que a maior frequência de registros foi naquela com os indivíduos com idade entre 40 e 59 anos com 31,85%. Mas é importante ressaltar que a faixa etária de 60 anos e mais, apresentou uma frequência bem próxima com 31,42%.

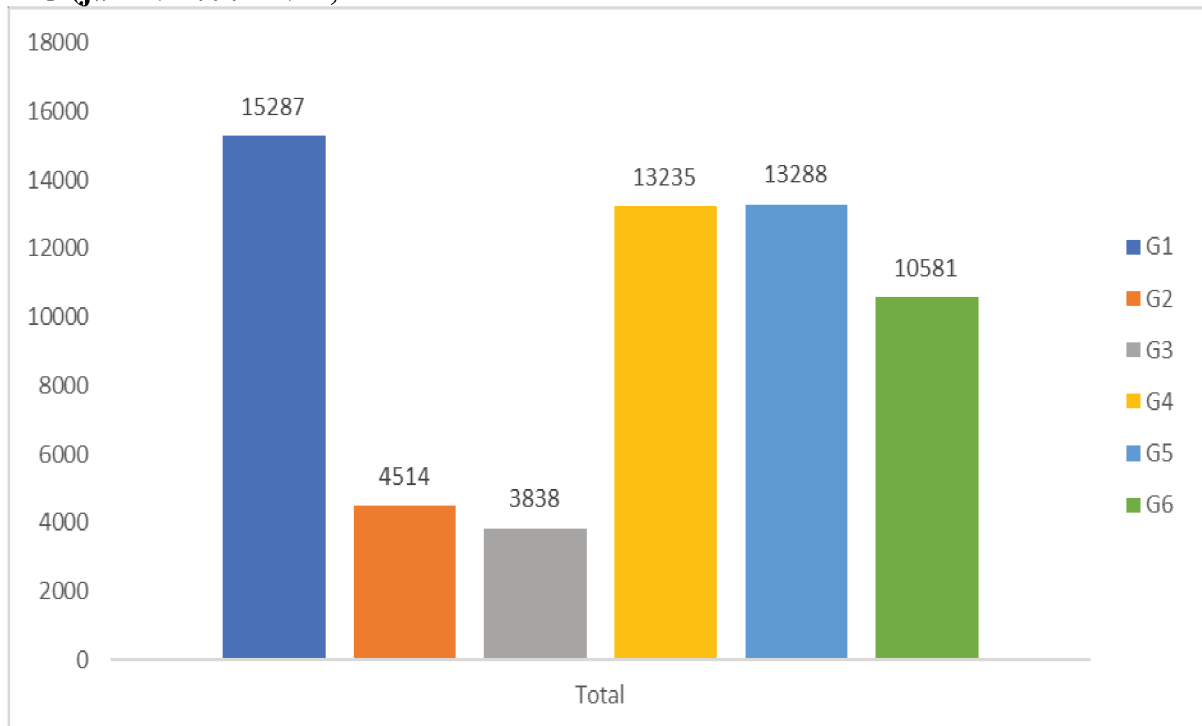
Tabela 1- Quantitativo e percentual de cadastros para cirurgias eletivas por sexo e faixa etária na Macronorte, MG (jan-2015/dez-2021)

Variáveis	N	%
Sexo		
Feminino	38293	63,04
Masculino	22450	36,96
Total	60.743	100
Faixa Etária		
0 a 4 anos	2859	4,71
5 a 19 anos	5413	8,91
20 a 39 anos	14039	23,11
40 a 59 anos	19348	31,85
60 anos e +	19084	31,42
Total	60.743	100

No que se refere aos grupos de procedimentos conforme o gráfico 1, o maior quantitativo de procedimentos cadastrados são os que pertencem ao G1 (cirurgia do aparelho digestivo órgãos anexos e parede abdominal) com 15.287 cadastros, seguido do G5 (cirurgia do aparelho geniturinário; cirurgia em nefrologia e cirurgias da mama; glândulas endócrinas e

cirurgia obstétrica) com 13.288 e G4 (cirurgia torácica; cirurgia de vias aérea superiores, cabeça e pescoço; cirurgia reparadora e cirurgia orofacial; e cirurgia do aparelho da visão) com 13.235 procedimentos cadastrados.

Gráfico 1- Distribuição das cirurgias eletivas por grupos de procedimentos, Macronorte, MG (jan-2015/dez-2021)



G1: Cirurgia do aparelho digestivo órgãos anexos e parede abdominal; G2: Cirurgia do aparelho circulatório; G3: Cirurgia do aparelho nervoso e cirurgia do sistema osteomuscular; G4: Cirurgia torácica; Cirurgia de vias aérea superiores, cabeça e pescoço; cirurgia reparadora e Cirurgia Orofacial; e cirurgia do aparelho da visão; G5: Cirurgia do aparelho geniturinário; cirurgia em nefrologia e cirurgias da Mama; glândulas endócrinas e cirurgia obstétrica; G6: Cirurgia e outros tratamentos em Oncologia; Outras Cirurgias, Tratamentos Clínicos (Coleta De Material; Diagnóstico em Endoscopia; Pequenas Cirurgias de pele e tecidos).

Na tabela 2 foram apresentados os resultados dos grupos de procedimentos na Macrorregião conforme cada microrregião e suas respectivas filas de espera. Observa-se que 06 microrregiões apresentaram maior demanda no grupo 01 de procedimentos (G1). Outras 04 microrregiões tiveram seu maior quantitativo de procedimentos do grupo 04 (G4) cadastrados. E que, apesar do segundo maior quantitativo de procedimentos cadastrado na macrorregião ter correspondido ao grupo 05 (G5), apenas uma microrregião apresentou este grupo como o de maior demanda cadastrada.

Tabela 2- Distribuição das cirurgias eletivas por microrregião de saúde e por grupos de procedimentos (N e %), Macronorte, MG (jan-2015/dez-2021)

Microrregião de Origem	Grupos de Procedimentos*												Total
	G1	%	G2	%	G3	%	G4	%	G5	%	G6	%	
Montes Claros	5177	25,67	2053	9,26	1361	6,14	4302	19,39	4551	20,52	4737	21,36	22181
Pirapora	1990	27,56	353	4,44	646	8,13	2363	29,75	1882	23,69	709	8,93	7943
Janaúba/ Monte Azul	1749	25,21	524	6,86	404	5,29	1763	23,10	1585	20,77	1608	21,07	7633
B. de Minas/ S. Francisco	1973	37,12	392	6,70	418	7,15	667	11,41	1410	24,11	987	16,88	5847
Taiobeiras	1246	29,04	271	5,74	356	7,54	1146	24,28	1048	22,21	652	13,82	4719
Coração de Jesus	707	22,81	131	3,84	154	4,52	792	23,23	842	24,69	784	22,99	3410
Bocaiúva	581	20,97	261	8,56	167	5,48	1195	39,21	533	17,49	311	10,20	3048
Januária	803	42,10	110	5,24	155	7,39	277	13,20	368	17,54	385	18,35	2098
Francisco Sá	583	32,02	176	8,79	70	3,49	286	14,28	640	31,95	248	12,38	2003
Salinas	210	18,77	230	18,68	87	7,07	431	35,01	175	14,22	98	7,96	1231
Manga	268	46,79	13	2,06	20	3,17	13	2,06	254	40,32	62	9,84	630
Total	15287	27,68	4514	7,43	3838	6,32	13235	21,79	13288	21,88	10581	17,42	60743

*G1: Cirurgia do aparelho digestivo órgãos anexos e parede abdominal; G2: Cirurgia do aparelho circulatório; G3: Cirurgia do aparelho nervoso e cirurgia do sistema osteomuscular; G4: Cirurgia torácica; Cirurgia de vias aéreas superiores, cabeça e pescoço; cirurgia reparadora e Cirurgia Orofacial; e cirurgia do aparelho da visão; G5: Cirurgia do aparelho geniturinário; cirurgia em nefrologia e cirurgias da Mama; glândulas endócrinas e cirurgia obstétrica; G6: Cirurgia e outros tratamentos em Oncologia; Outras Cirurgias, Tratamentos Clínicos (Coleta De Material; Diagnóstico em Endoscopia; Pequenas Cirurgias de pele e tecidos)

Outro ponto a ser destacado ainda na tabela 2, diz respeito ao total de procedimentos cadastrados por microrregião de origem. Verificou-se que a microrregião de Montes Claros apresentou, em números absolutos, o maior quantitativo com 22.181, o que corresponde a 36,52% e a micro de Pirapora com 7.943 cadastros e 13,08% do total.

Em relação a faixa etária, o G4 é o grupo de procedimentos que se destacou para crianças e adolescentes, para os adultos o G5 e para as pessoas a partir dos 40 anos prevaleceu o do G1. (tabela 3)

Tabela 3 - Distribuição dos procedimentos de cirurgia eletiva por faixa etária e por *grupos de procedimentos (N e %), Macronorte, MG (jan-2015/dez-2021)

*Grupo de Procedimentos	Faixa Etária (anos)										Total
	0 a 4	%	5 a 19	%	20 a 39	%	40 a 59	%	60 e +	%	
G1	748	4,89	982	6,42	3972	25,98	5659	37,02	3926	25,68	15287
G2	12	0,27	43	0,95	659	14,6	1852	41,03	1948	43,15	4514
G3	113	2,94	333	8,68	908	23,66	1507	39,27	977	25,46	3838
G4	927	7,00	2310	17,45	1521	11,49	1849	13,97	6628	50,08	13235
G5	600	4,52	1068	8,04	5011	37,71	4733	35,62	1876	14,12	13288
G6	459	4,34	677	6,40	1968	18,6	3748	35,42	3729	35,24	10581
Total	2859	4,71	5413	8,91	14039	23,11	19348	31,85	19084	31,42	60743

*G1: Cirurgia do aparelho digestivo órgãos anexos e parede abdominal; G2: Cirurgia do aparelho circulatório; G3: Cirurgia do aparelho nervoso e cirurgia do sistema osteomuscular; G4: Cirurgia torácica; Cirurgia de vias aéreas superiores, cabeça e pescoço; cirurgia reparadora e Cirurgia Orofacial; e cirurgia do aparelho da visão; G5: Cirurgia do aparelho geniturinário; cirurgia em nefrologia e cirurgias da Mama; glândulas endócrinas e cirurgia obstétrica; G6: Cirurgia e outros tratamentos em Oncologia; Outras Cirurgias, Tratamentos Clínicos (Coleta De Material; Diagnóstico em Endoscopia; Pequenas Cirurgias de pele e tecidos)

Os resultados apresentados na tabela 4 revelaram que a maior parte dos cadastros apresentaram um tempo de espera localizado entre 0 e 30 dias em todas as microrregiões. Também se verificou que no total da macrorregião, 20,8% esperou entre 30 dias e 730 dias e outros 19% apresentou espera acima de 730 dias, ou seja, mais de 02 anos.

Tabela 4 - Distribuição das cirurgias eletivas por microrregião de saúde e por tempo de espera em dias (N e %), Macronorte, MG (jan-2015/dez-2021)

Microrregião de Origem	Tempo de espera em dias										Total
	0 a 30	%	31 a 180	%	181 a 365	%	366 a 730	%	731 e +	%	
Coração de Jesus	2687	78,80	279	8,18	146	4,3	90	2,64	208	6,1	3410
Manga	489	77,62	40	6,35	5	0,8	47	7,46	49	7,78	630
Francisco Sá	1523	76,04	98	4,89	46	2,3	62	3,10	274	13,7	2003
Montes Claros	14733	66,42	1207	5,44	1706	7,7	160	0,72	4375	19,7	22181
Janaúba/ Monte Azul	4639	60,78	556	7,28	385	5,0	702	9,20	1351	17,7	7633
Januária	1138	54,24	401	19,1	136	6,5	34	1,62	389	18,5	2098
Pirapora	4205	52,94	785	9,88	675	8,5	321	4,04	1957	24,6	7943
Taiobeiras	2472	52,38	1070	22,7	203	4,3	180	3,81	794	16,8	4719
Brasília de Minas/ S. Francisco	2733	46,74	869	14,9	586	10,0	636	10,88	1023	17,5	5847
Bocaiúva	1276	41,86	372	12,2	250	8,2	315	10,33	835	27,4	3048
Salinas	492	39,97	128	10,4	34	2,8	103	8,37	474	38,5	1231
Total	36387	59,90	5805	9,56	4172	6,9	2650	4,36	11729	19,3	60743

O cálculo da mediana e intervalos interquartil revelou que o tempo de espera em dias na macrorregião, variaram bastante, conforme apresentado na Tabela 05. E na Macrorregião como um todo a mediana foi de 04 dias e o intervalo interquartil Q1-Q3 foi de 0 a 288 dias de espera.

Tabela 5- Mediana e intervalo interquartil do tempo de espera em dias por microrregião de origem, Macronorte, MG, jan.2015/dez.2021

Microrregião	Mediana (Q1-Q3)
Coração de Jesus	0 (0-8)
Francisco Sá	0 (0-18)
Manga	3 (1-12)
Januária	12 (0-214)
Taiobeiras	23 (0-178,5)
Montes Claros	0 (0-209)
Brasília de Minas/ São Francisco	44 (0-471)
Janaúba/ Monte Azul	3 (0-528)
Pirapora	17 (0-704)
Bocaiúva	127 (0-813)
Salinas	157 (7-1498)
Total (Macronorte)	4 (0 - 288)

Em relação à espera conforme o grupo de procedimentos, o G4 apresentou os maiores tempos e G6 demonstrou ser o grupo que menos tempo espera. (Tabela 6)

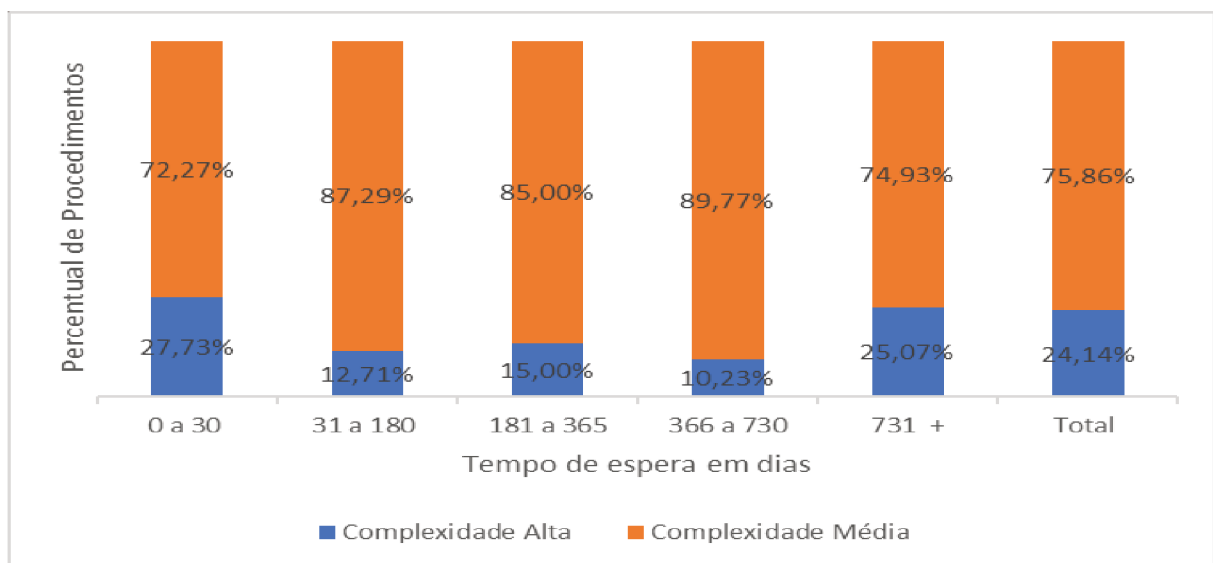
Tabela 6 - Distribuição das cirurgias eletivas por *grupos de procedimentos e por tempo de espera em dias (n e %), Macronorte, MG (jan-2015/dez-2021)

*Grupo de Procedimentos	Espera em dias										
	0 a 30		31 a 180		181 a 365		366 a 730		731 e +		Total
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
G1	8986	58,78	2055	13,44	1239	8,10	723	4,73	2284	14,94	15287
G2	2909	64,44	222	4,92	338	7,49	148	3,28	897	19,87	4514
G3	2279	59,38	413	10,76	265	6,90	199	5,18	682	17,77	3838
G4	4431	33,48	1186	8,96	1220	9,22	1068	8,07	5330	40,27	13235
G5	8507	64,02	1422	10,70	869	6,54	411	3,09	2079	15,65	13288
G6	9275	87,66	507	4,79	241	2,28	101	0,95	457	4,32	10581
Total	36387	59,90	5805	9,56	4172	6,87	2650	4,36	11729	19,31	60743

*G1: Cirurgia do aparelho digestivo órgãos anexos e parede abdominal; G2: Cirurgia do aparelho circulatório; G3: Cirurgia do aparelho nervoso e cirurgia do sistema osteomuscular; G4: Cirurgia torácica; Cirurgia de vias aérea superiores, cabeça e pescoço; cirurgia reparadora e Cirurgia Orofacial; e cirurgia do aparelho da visão; G5: Cirurgia do aparelho geniturinário; cirurgia em nefrologia e cirurgias da Mama; glândulas endócrinas e cirurgia obstétrica; G6: Cirurgia e outros tratamentos em Oncologia; Outras Cirurgias, Tratamentos Clínicos (Coleta De Material; Diagnóstico em Endoscopia; Pequenas Cirurgias de pele e tecidos)

Quanto à complexidade dos procedimentos, a macrorregião norte apresenta uma predominância de 75,86% (46.079) classificados na média complexidade, enquanto que 24,14% (14.664) estão na alta complexidade. Ao relacionar a complexidade com o tempo de espera em dias, revelam-se os procedimentos de média complexidade são maioria tanto entre os que menos esperam como também entre os que mais esperam. Do total de procedimentos de alta complexidade cadastrados 68,80% tiveram tempo de espera entre 0 e 30 dias. Já entre os procedimentos de média complexidade 57,07% estão no menor intervalo de espera enquanto que 19,31% no maior intervalo de tempo de espera, conforme se verifica no gráfico 02.

Gráfico 02 - Tempo de espera em dias por percentual de procedimento por complexidade, Macronorte, MG. Janeiro 2015 a dezembro 2021.



Em relação as baixas no sistema, na alta complexidade, 71,83% “baixa para realizar cirurgia eletiva”, enquanto outros 23,98% encontraram-se como “sem baixa” no sistema. E na média complexidade 64,93% (29.920) receberam “baixa para realizar cirurgia eletiva”, enquanto outros 30,86% (14.220) encontraram-se como “sem baixa” no sistema.

Os resultados apresentados na tabela 07 mostraram que uma maioria de procedimentos (66,6%) tiveram baixa dos sistemas por “baixa automática devido a internação para realizar a cirurgia eletiva” e que o grupo G1 que apresentou a maior quantidade de cirurgias encaminhadas para realização. Porém, percentualmente foi o G6 que mais deu baixa para realizar a cirurgia. Além disso, revelou-se também que até a data limite do estudo 17.737 cadastros, isto é 29,20% do total, encontravam-se sem baixa registrada. (Tabela 7).

Tabela 7 - Distribuição das cirurgias eletivas por grupos de procedimentos e por motivo da baixa no sistema (N e %), Macronorte, MG (jan-2015/dez-2021)

*Grupo de procedimentos	**Motivos da baixa										
	C.E.	%	O. Vias	%	O. mot.	%	Óbito	%	S. baixa	%	Total
G1	10692	69,94	164	1,07	386	2,53	12	0,08	4033	26,38	15287
G2	3034	67,21	15	0,33	96	2,13	2	0,04	1367	30,28	4514
G3	2394	62,38	21	0,55	101	2,63	2	0,05	1320	34,39	3838
G4	5151	38,92	262	1,98	986	7,45	17	0,13	6819	51,52	13235
G5	9597	72,22	105	0,79	221	1,66	1	0,01	3364	25,32	13288
G6	9586	90,6	37	0,35	122	1,15	2	0,02	834	7,88	10581
Total	40454	66,6	604	0,99	1912	3,15	36	0,06	17737	29,20	60743

*G1: Cirurgia do aparelho digestivo órgãos anexos e parede abdominal; G2: Cirurgia do aparelho circulatório; G3: Cirurgia do aparelho nervoso e cirurgia do sistema osteomuscular; G4: Cirurgia torácica; Cirurgia de vias aérea superiores, cabeça e pescoço; cirurgia reparadora e Cirurgia Orofacial; e cirurgia do aparelho da visão; G5: Cirurgia do aparelho geniturinário; cirurgia em nefrologia e cirurgias da Mama; glândulas endócrinas e cirurgia obstétrica; G6: Cirurgia e outros tratamentos em Oncologia; Outras Cirurgias, Tratamentos Clínicos (Coleta De Material; Diagnóstico em Endoscopia; Pequenas Cirurgias de pele e tecidos). . **CE=baixa automática para cirurgia eletiva; O. Vias= baixa para procedimentos por outras vias; O. Mot=baixa por outros motivos; Óbito=baixa por óbito; S/baixa= sem baixa até 31/12/2021.

Em outra situação, também foi observado que, enquanto nos anos de 2018 e 2019 foram dadas aproximadamente dez mil baixas de cadastros no SUSFácil a cada ano, já em 2020 (ano de implementação das restrições e medidas de contingenciamento devido ao avanço da infecção pelo SARS-Cov2) o sistema identificou 3.910 baixas. Registrou-se uma queda de cerca de 60% das baixas no sistema (tabela 08).

Tabela 08- Distribuição de baixas no sistema por ano (N e %), Macronorte, MG (jan-2015/dez-2021)

Ano da Baixa	Quantidade	%
2016	3841	9,04
2017	7579	17,84
2018	10715	25,22
2019	9837	23,16
2020	3910	9,20
2021	6598	15,53
Total	42480	100

Outro resultado identificado a partir do motivo da baixa, foi a situação dos procedimentos no sistema, observou-se que a baixa automática devido a internação para realizar cirurgia eletiva com 66,5% do total dos procedimentos cadastrados, destes, a grande maioria teve o desfecho alta. Outros 2.753 (6,8%) procedimentos que tiveram o mesmo motivo da baixa tiveram como situação desfecho “solicitação eletiva cancelada”.

5.1.1 A Fila de Espera na Microrregião de Montes Claros

A microrregião de Montes Claros possui 26,55% da população da macrorregião e apresentou 36,51% do total de cirurgias eletivas cadastradas no SUSFácil no período estudado, com 22.181 registros identificados.

Nesta microrregião, os procedimentos cirúrgicos mais frequentes corresponderam a 23,34% do total e foram classificados no G1(Cirurgia do aparelho digestivo, órgãos anexos e parede abdominal).

O município que apresentou o menor tempo de espera (0 a 30 dias) foi Glaucilândia com 85,71%. E o que apresentou maior tempo de espera (mais de 2 anos) foi Claro dos Poções com 56,46%. (tabela 9).

Tabela 9 - Distribuição das cirurgias eletivas por municípios da microrregião de Montes Claros e por tempo de espera em dias (N e %), Macronorte, MG (jan-2015/dez-2021)

Microrregião de origem/município de origem	Espera em dias										Total
	0 a 30		31 a 180		181 a 365		366 a 730		730 e +		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
MONTES CLAROS	14733	66,42	1207	5,44	1706	7,69	160	0,72	4375	19,72	22181
Claro dos Poções	42	14,29	26	8,84	58	19,73	2	0,68	166	56,46	294
Glaucilândia	36	85,71	4	9,52	0	0,00	0	0,00	2	4,76	42
Itacambira	13	44,83	3	10,34	6	20,69	0	0,00	7	24,14	29
Juramento	105	80,15	4	3,05	1	0,76	1	0,76	20	15,27	131
Mirabela	120	62,83	11	5,76	10	5,24	3	1,57	47	24,61	191
Montes Claros	14417	67,07	1159	5,39	1631	7,59	154	0,72	4133	19,23	21494

A microrregião de Montes Claros possui seis estabelecimentos hospitalares, que apareceram como executores de 70,69% (15.680) do total de procedimentos realizados. Porém, dois estabelecimentos de outras micros (Brasília de Minas e Coração de Jesus) executaram 0,63% de procedimentos. Os demais 33,86% (6.360) encontraram-se sem destinação e apenas um procedimento foi executado em outra macrorregião.

Tabela 10 - Distribuição das cirurgias eletiva dos municípios de origem da microrregião de Montes Claros por estabelecimentos/municípios de destino, Macronorte, MG (jan-2015/dez-2021)

Microrregião de Origem/ Estabelecimento de destino	Município de destino	Quant.
MONTES CLAROS		22181
2119420 - HOSPITAL MUNICIPAL SENHORA SANTANA	BRASÍLIA DE MINAS	10
2149990 - HOSPITAL SANTA CASA DE MONTES CLAROS	MONTES CLAROS	4848
2205904 - HOSPITAL MUNICIPAL SAO VICENTE DE PAULO	CORAÇÃO DE JESUS	130
2219638 - HOSPITAL AROLDO TOURINHO	MONTES CLAROS	3224
2219646 - HOSPITAL DILSON GODINHO	MONTES CLAROS	3106
2219654 - HOSPITAL UNIVERSITARIO CLEMENTE DE FARIA	MONTES CLAROS	1813
2219662 - PRONTOCOR	MONTES CLAROS	290
2775999 - IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PASSOS	PASSOS	1
7366108 - HOSPITAL DAS CLINICAS DR MARIO RIBEIRO DA SILVEIRA	MONTES CLAROS	2399
SEM ESTABELECIMENTO	SEM DESTINO	6360

A microrregião atendeu 81,12% dos procedimentos de alta complexidade e 67,18% de média. Ficaram sem destinação quase 50%, sendo 17,45% de alta complexidade e 32,50% de média complexidade. (Tabela 11).

Tabela 11 - Distribuição das cirurgias eletivas por municípios da microrregião de Montes Claros e por complexidade e microrregião de destino (N e %), Macronorte, MG (jan-2015/dez-2021)

Microrregião de Origem/microrregião de destino	Complexidade					
	Alta	%	Media	%	Total	%
MONTES CLAROS	6620	100	15561	100	22181	100
BELO HORIZONTE/NOVA LIMA/CAETE	0	0	2	0,01	2	0,01
BRASILIA DE MINAS/SAO FRANCISCO	1	0,02	9	0,06	10	0,05
CORACAO DE JESUS	93	1,40	38	0,24	131	0,59
PASSOS	1	0,02	0	0	1	0
MONTES CLAROS	5370	81,12	10454	67,18	15824	71,34
SEM MICRO DE DESTINO	1155	17,45	5058	32,50	6213	28,01

5.1.2 A Fila de Espera na Microrregião de Pirapora

A microrregião de Pirapora possui 8,71% da população total da macrorregião e apresentou 13,07 % do total de cirurgias eletivas cadastradas no SUSFácil no período estudado, com 7.943 registros identificados.

Nesta microrregião, os procedimentos cirúrgicos mais frequentes corresponderam a 29,75% do total e foram classificados no G4 (Cirurgia torácica; Cirurgia de vias aérea superiores, cabeça e pescoço; cirurgia reparadora e Cirurgia Orofacial; e cirurgia do aparelho da visão).

O município que apresentou o menor tempo de espera (0 a 30 dias) foi Ponto Chique com 79,07%. E o que apresentou maior tempo de espera (mais de 2 anos) foi o município de Buritizeiro com 46,44%. (Tabela 12).

Tabela 12 - Distribuição das cirurgias eletivas por municípios da microrregião de Pirapora e por tempo de espera em dias (N e %), Macronorte, MG (jan-2015/dez-2021)

Microrregião de origem/município de origem	Tempo de espera em dias										Total
	0 a 30		31 a 180		181 a 365		366 a 730		730 e +		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
PIRAPORA	4205	52,94	785	9,88	675	8,50	321	4,04	1957	24,64	7943
Buritizeiro	157	21,51	155	21,23	16	2,19	63	8,63	339	46,44	730
Ibiai	32	64,00	1	2,00	0	0,00	0	0,00	17	34,00	50
Lassance	46	17,83	48	18,60	8	3,10	60	23,26	96	37,21	258
Pirapora	3489	73,90	297	6,29	153	3,24	61	1,29	721	15,27	4721
Ponto Chique	136	79,07	34	19,77	0	0,00	0	0,00	2	1,16	172
Santa Fe De Minas	85	57,82	20	13,61	6	4,08	21	14,29	15	10,20	147
Várzea Da Palma	260	13,94	230	12,33	492	26,38	116	6,22	767	41,13	1865

A microrregião de Pirapora possui dois estabelecimentos hospitalares, que apareceram como executores de 45,90% (3.646) do total de procedimentos cadastrados na microrregião (7.943). Outros 12,34% foram executados em estabelecimentos localizados fora da microrregião principalmente no polo da macrorregião (11,71%), e em outras microrregiões. Os demais 41,76% (3.317) dos procedimentos encontravam-se sem registro de estabelecimento executor, pois tais procedimentos ainda não haviam sido executados, (Tabela 13).

Tabela 13 - Distribuição dos procedimentos de cirurgia eletiva de origem na microrregião de Pirapora por estabelecimentos/municípios de destino, Macronorte, MG (jan-2015/dez-2021)

Microrregião de Origem/ Estabelecimento de destino	Município de Destino	Quant
PIRAPORA		7943
0027014 - SANTA CASA DE BELO HORIZONTE	BELO HORIZONTE	1
0027049 - HOSP DAS CLINICAS DA UNIV FED DE MINAS GERAIS EBSERH	BELO HORIZONTE	2
0027979 - HOSPITAL BELO HORIZONTE	BELO HORIZONTE	1
2119528 - HOSPITAL DR MOISES MAGALHAES FREIRE	PIRAPORA	3344
2148293 - HOSPITAL IMACULADA CONCEICAO	CURVELO	2
2149710 - HOSPITAL MUNICIPAL E PRONTO SOCORRO DE VARZEA DA PALMA	VARZEA DA PALMA	302
<u>2149990 - HOSPITAL SANTA CASA DE MONTES CLAROS</u>	<u>MONTES CLAROS</u>	354
2178559 - HOSPITAL SANTO ANTONIO	CURVELO	17
2205904 - HOSPITAL MUNICIPAL SAO VICENTE DE PAULO	CORAÇÃO DE JESUS	19
2205998 - FHAHC	MANGA	1
<u>2219638 - HOSPITAL AROLDO TOURINHO</u>	<u>MONTES CLAROS</u>	113
<u>2219646 - HOSPITAL DILSON GODINHO</u>	<u>MONTES CLAROS</u>	268
<u>2219654 - HOSPITAL UNIVERSITARIO CLEMENTE DE FARIA</u>	<u>MONTES CLAROS</u>	34
<u>2219662 - PRONTOCOR</u>	<u>MONTES CLAROS</u>	43
2695324 - HOSPITAL DA BALEIA	BELO HORIZONTE	1
<u>7366108 - HOSPITAL DAS CLINICAS DOUTOR MARIO RIBEIRO DA SILVEIRA</u>	<u>MONTES CLAROS</u>	124
SEM ESTABELECIMENTO	SEM DESTINO	3317

A microrregião atendeu 59,84% da demanda de média complexidade e a alta complexidade foi atendida em 37,11% pelo polo da macrorregião, que é o responsável por este tipo de atendimento (e também atendeu 5,09% da média complexidade). Ficaram sem destinação 39,8% do total dos procedimentos. (Tabela 14).

Tabela 14 - Distribuição de cirurgias eletivas de origem na microrregião de Pirapora e por complexidade e microrregião de destino (N e %), Macronorte, MG (jan-2015/dez - 2021)

Microrregião de Origem/microrregião de destino	Complexidade					
	Alta	%	Media	%	Total	%
PIRAPORA	1676	100	6267	100	7943	100
BELO HORIZONTE/NOVA LIMA/CAETE	4	0,25	1	0,02	5	0,06
CURVELO	2	0,12	17	0,27	19	0,24
CORACAO DE JESUS	0	0	19	0,30	19	0,24
PIRAPORA	44	2,63	3750	59,84	3794	47,8
MANGA	0	0	1	0,02	1	0,01
MONTES CLAROS	622	37,1	319	5,09	941	11,8
SEM MICRO DE DESTINO	1004	59,90	2160	34,47	3164	39,8

5.1.3 A Fila de Espera na Microrregião de Janaúba/Monte Azul

A microrregião de Janaúba/Monte Azul possui 16,64% da população total da macrorregião e apresentou 12,50% do total de cirurgias eletivas cadastradas no SUSFácil no período estudado, com 7.633 registros identificados.

Nesta microrregião, os procedimentos cirúrgicos mais frequentes corresponderam a 23,10% do total e foram classificados no G4 (Cirurgia torácica; Cirurgia de vias aéreas superiores, cabeça e pescoço; cirurgia reparadora e Cirurgia Orofacial; e cirurgia do aparelho da visão).

O município que apresentou o menor tempo de espera (0 a 30 dias) foi Serranópolis de Minas com 94,4%. E o que apresentou maior tempo de espera (mais de 2 anos) foi o município de Nova Porteirinha com 47,52%. (Tabela 15).

Tabela 15 - Distribuição das cirurgias eletivas por municípios da microrregião de Janaúba/Monte Azul e por tempo de espera em dias (N e %), Macronorte, MG (jan-2015/dez-2021)

Microrregião / Município de origem	Espera em dias										Total
	0-30	%	31-180	%	181-365	%	366-730	%	+730	%	
JANAUBA/MONTE AZUL	4639	60,78	556	7,28	385	5,04	702	9,20	1351	17,70	7633
Catuti	161	74,19	11	5,07	5	2,30	14	6,45	26	11,98	217
Espinosa	119	52,19	12	5,26	2	0,88	22	9,65	73	32,02	228
Gameleiras	182	91,00	9	4,50	7	3,50	2	1,00	0	0,00	200
Jaíba	579	83,91	61	8,84	6	0,87	2	0,29	42	6,09	690
Janaúba	776	34,29	247	10,91	174	7,69	519	22,93	547	24,17	2263
Mamonas	27	87,10	4	12,90		0,00		0,00	0	0,00	31
Matias Cardoso	19	26,76	19	26,76	4	5,63	3	4,23	26	36,62	71
Mato Verde	243	74,31	8	2,45		0,00	12	3,67	64	19,57	327
Monte Azul	1111	82,73	42	3,13	114	8,49	24	1,79	52	3,87	1343
Nova Porteirinha	47	46,53	4	3,96	1	0,99	1	0,99	48	47,52	101
Pai Pedro	173	40,05	82	18,98	45	10,42	58	13,43	74	17,13	432
Porteirinha	869	83,80	4	0,39	12	1,16	4	0,39	148	14,27	1037
Riacho Dos Machados	37	41,11	9	10,00	5	5,56	28	31,11	11	12,22	90
Serranópolis De Minas	17	94,44	1	5,56		0,00		0,00	0	0,00	18
Verdelândia	279	47,69	43	7,35	10	1,71	13	2,22	240	41,03	585

A microrregião de Janaúba/Monte Azul apresentou seis estabelecimentos hospitalares, que apareceram como executores de 31,24% (2.385) do total de procedimentos realizados do total de procedimentos cadastrados na microrregião (7.633). Outros 34,4% foram executados em estabelecimentos localizados fora da microrregião, principalmente no polo da macrorregião (Montes Claros), e em outras microrregiões. Os demais 33,86% (2.585) procedimentos encontravam-se sem registro de estabelecimento executor, pois tais procedimentos ainda não haviam sido executados, conforme se verifica na tabela 16.

Tabela 16 - Distribuição das cirurgias eletivas por municípios da microrregião de Janaúba/Monte Azul por estabelecimento/município de destino, Macronorte, MG (jan-2015/dez-2021)

Microrregião de Origem/ Estabelecimento de destino	Município de Destino	Quant
JANAUBA/MONTE AZUL		7633
0026808 - HOSPITAL EVANGELICO DE BELO HORIZONTE	BELO HORIZONTE	1
0027014 - SANTA CASA DE BELO HORIZONTE	BELO HORIZONTE	1
2098369 - HOSPITAL SANTO ANTONIO	TAIOBEIRAS	23
2105365 - FUNDACAO HOSPITALAR DO MUNICIPIO DE ESPINOSA	ESPINOSA	72
2119404 - HOSPITAL E MATERNIDADE NOSSA SENHORA DAS GRACAS	MONTE AZUL	963
<u>2149990 - HOSPITAL SANTA CASA DE MONTES CLAROS</u>	<u>MONTES CLAROS</u>	826
2205866 - HOSPITAL AFRANIO AUGUSTO FIGUEIREDO	GRÃO MOGOL	7
2205904 - HOSPITAL MUNICIPAL SAO VICENTE DE PAULO	JESUS	63
2205939 - FUNDAJAN	JANAÚBA	608
2205971 - SANTA CASA E HOSPITAL SAO VICENTE	PORTEIRINHA	589
2205998 - FHAHC	MANGA	6
<u>2219638 - HOSPITAL AROLDO TOURINHO</u>	<u>MONTES CLAROS</u>	593
<u>2219646 - HOSPITAL DILSON GODINHO</u>	<u>MONTES CLAROS</u>	572
<u>2219654 - HOSPITAL UNIVERSITARIO CLEMENTE DE FARIA</u>	<u>MONTES CLAROS</u>	161
<u>2219662 - PRONTOCOR</u>	<u>MONTES CLAROS</u>	70
2764032 - CENTRO MEDICO JANAUBA	JANAÚBA	6
6920977 - HOSPITAL REGIONAL DE JANAUBA	JANAÚBA	151
<u>7366108 - HOSPITAL DAS CLINICAS DOUTOR MARIO RIBEIRO DA SILVEIRA</u>	<u>MONTES CLAROS</u>	335
SEM ESTABELECIMENTO	SEM DESTINO	2585

A microrregião atendeu 40,88% da demanda de média complexidade e a alta complexidade foi atendida em 68,17% pelo polo da macrorregião, que é o responsável por este tipo de atendimento (e também atendeu 23,32% da média complexidade). Ficaram sem destinação 33,3% do total de procedimentos (Tabela 17).

Tabela 17 - Distribuição das cirurgias eletivas por municípios da microrregião de Janaúba/Monte Azul e por complexidade e microrregião de destino (N e %), Macronorte, MG (jan-2015/dez-2021)

Microrregião de Origem/microrregião de destino	Complexidade					
	Alta	%	Media	%	Total	%
JANAUBA/MONTE AZUL	1775	100	5858	100	7633	100
BELO HORIZONTE/NOVA LIMA/CAETE	1	0,06	1	0,02	2	0,03
CORACAO DE JESUS	35	1,97	28	0,48	63	0,83
FRANCISCO SA	0	0	7	0,12	7	0,09
JANAUBA/MONTE AZUL	16	0,90	2395	40,88	2411	31,6
MANGA	0	0	6	0,10	6	0,08
MONTES CLAROS	1210	68,2	1366	23,32	2576	33,75
TAIOBEIRAS	22	1,24	1	0,02	23	0,3
SEM MICRO DE DESTINO	491	27,7	2054	35,06	2545	33,3

5.1.4 A Fila de Espera na Microrregião de Brasília de Minas/São Francisco

A microrregião de Brasília de Minas/São Francisco possui 12,97% da população total da macrorregião e apresentou 9,62% do total de cirurgias eletivas cadastradas no SUSFácil no período estudado, com 5.847 registros identificados.

Nesta microrregião, os procedimentos cirúrgicos mais frequentes corresponderam a 33,74% do total, foram classificados no G1(Cirurgia do aparelho digestivo, órgãos anexos e parede abdominal).

O município que apresentou o menor tempo de espera (0 a 30 dias) foi Varzelândia com 91,40%. E o que apresentou maior tempo de espera (mais de 2 anos) foi de Japonvar teve 50,39% (Tabela 18).

Tabela 18 - Distribuição das cirurgias eletivas por municípios da microrregião de Brasília de Minas/São Francisco por tempo de espera em dias (N e %), Macronorte, MG (jan-2015/dez-2021).

Microrregião de origem/Município de origem	Espera em dias										Total
	0 a 30	%	31 a 180	%	181 a 365	%	366 a 730	%	730 e +	%	
BRASILIA DE MINAS/SAO FRANCISCO	2733	46,74	869	14,86	586	10,02	636	10,88	1023	17,50	5847
Brasília De Minas	690	41,62	302	18,21	174	10,49	155	9,35	337	20,33	1658
Campo Azul	79	59,85	3	2,27	7	5,30	3	2,27	40	30,30	132
Ibiracatu	8	34,78	2	8,70	0	0,00	5	21,74	8	34,78	23
Icaraí De Minas	166	56,08	32	10,81	33	11,15	8	2,70	57	19,26	296
Japonvar	35	27,56	24	18,90	2	1,57	2	1,57	64	50,39	127
Lontra	28	50,91	3	5,45	1	1,82	3	5,45	20	36,36	55
Luislândia	68	45,33	16	10,67	20	13,33	12	8,00	34	22,67	150
Patis	65	45,45	22	15,38	2	1,40	7	4,90	47	32,87	143
Pintópolis	82	46,07	26	14,61	13	7,30	3	1,69	54	30,34	178
São Francisco	303	32,00	272	28,72	139	14,68	47	4,96	186	19,64	947
São Joao Da Ponte	411	42,59	71	7,36	135	13,99	326	33,78	22	2,28	965
São Romão	64	48,85	20	15,27	8	6,11	8	6,11	31	23,66	131
Ubaí	247	63,17	43	11,00	34	8,70	4	1,02	63	16,11	391
Urucuia	147	52,69	24	8,60	17	6,09	50	17,92	41	14,70	279
Varzelândia	340	91,40	9	2,42	1	0,27	3	0,81	19	5,11	372

Na microrregião, quatro estabelecimentos hospitalares apareceram como executor de 31,02% do total de procedimentos. Outros 30,27% (1.770) foram executados em estabelecimentos localizados fora da microrregião principalmente no polo da macrorregião (Montes Claros), e em outras microrregiões. Os demais 38,6% (2.258) procedimentos encontravam-se sem registro de estabelecimento executor, pois tais procedimentos ainda não haviam sido executados. (Tabela 19).

Tabela 19 - Distribuição das cirurgias eletivas de origem na microrregião de Brasília de Minas/São Francisco por estabelecimentos/municípios de destino, Macronorte, MG (jan-2015/dez-2021)

Microrregião de Origem/ Estabelecimento de destino	Município de Destino	Quant
BRASILIA DE MINAS/SAO FRANCISCO		5847
0027049 - HOSP DAS CLINICAS DA UNIV FED DE MINAS GERAIS EBSERH	BELO HORIZONTE	1
2119420 - HOSPITAL MUNICIPAL SENHORA SANTANA	BRASÍLIA DE MINAS	1041
2119447 - HOSPITAL SAO GERALDO	SÃO JOÃO DA PONTE	325
2119501 - HOSPITAL MUNICIPAL GRICIA LISBOA DE REZENDE	URUCUIA	15
2119528 - HOSPITAL DR MOISES MAGALHAES FREIRE	PIRAPORA	1
2140098 - UNIDADE MISTA MUNICIPAL DR BRICIO DE CASTRO DOURADO	SÃO FRANCISCO	433
2146355 - HOSPITAL DE CLINICAS DE UBERLANDIA	UBERLÂNDIA	1
<u>2149990 - HOSPITAL SANTA CASA DE MONTES CLAROS</u>	<u>MONTES CLAROS</u>	<u>511</u>
2200414 - FUNDACAO HILTON ROCHA	BELO HORIZONTE	1
2205904 - HOSPITAL MUNICIPAL SAO VICENTE DE PAULO	CORAÇÃO DE JESUS	142
2205998 - FHAHC	MANGA	32
<u>2219638 - HOSPITAL AROLDI TOURINHO</u>	<u>MONTES CLAROS</u>	<u>349</u>
<u>2219646 - HOSPITAL DILSON GODINHO</u>	<u>MONTES CLAROS</u>	<u>375</u>
<u>2219654 - HOSPITAL UNIVERSITARIO CLEMENTE DE FARIA</u>	<u>MONTES CLAROS</u>	<u>107</u>
<u>2219662 - PRONTOCOR</u>	<u>MONTES CLAROS</u>	<u>12</u>
2695634 - BIOCOR INSTITUTO	BELO HORIZONTE	1
<u>7366108 - HOSPITAL DAS CLINICAS DOUTOR MARIO RIBEIRO DA SILVEIRA</u>	<u>MONTES CLAROS</u>	<u>242</u>
SEM ESTABELECIMENTO	SEM DESTINO	2258

A microrregião atendeu 36,71% da demanda de média complexidade e a alta complexidade foi atendida em 75,19% pelo polo da macrorregião, que é o responsável por este tipo de atendimento (e também atendeu 17,83% da média complexidade). Ficaram sem destinação 37,75% do total de procedimentos (Tabela 20).

Tabela 20 - Distribuição dos procedimentos de cirurgia eletiva por municípios da microrregião de Brasília de Minas/São Francisco e por complexidade e microrregião de destino (N e %), Macronorte, MG (jan-2015/dez-2021)

Microrregião de Origem/microrregião de destino	Complexidade					
	Alta	%	Media	%	Total	%
BRASILIA DE MINAS/SAO FRANCISCO	1036	100	4811	100	5847	100
BELO HORIZONTE/NOVA LIMA/CAETE	2	0,19	2	0,04	4	0,07
BRASILIA DE MINAS/SAO FRANCISCO	57	5,50	1766	36,71	1823	31,18
CORACAO DE JESUS	31	2,99	111	2,31	142	2,43
PIRAPORA	0	0	1	0,02	1	0,05
UBERLANDIA/ARAGUARI	1	0,10	0	0	1	0,02
MANGA	0	0	32	0,67	32	0,55
MONTES CLAROS	779	75,2	858	17,83	1637	28,00
SEM MICRO DE DESTINO	166	16	2041	42,42	2207	37,75

5.1.5 A Fila de Espera na Microrregião de Taiobeiras

A microrregião de Taiobeiras possui 7,79% da população total da macrorregião e apresentou 7,76% do total de cirurgias eletivas cadastradas no SUSFácil no período estudado, com 4.719 registros identificados.

Nesta microrregião, os procedimentos cirúrgicos mais frequentes corresponderam a 26,40% do total e estão classificados no G1(Cirurgia do aparelho digestivo, órgãos anexos e parede abdominal)

O município que apresentou o menor tempo de espera (0 a 30 dias) foi Vargem Grande do Rio Pardo com 100%. E o que apresentou maior tempo de espera (mais de 2 anos) foi o município de Ninheira, com 72,18% (Tabela 21)

Tabela 21 - Distribuição das cirurgias eletivas por municípios da microrregião de Taiobeiras e por tempo de espera em dias (N e %), Macronorte, MG (jan-2015/dez-2021)

Microrregião / Município de origem	Espera em dias										Total
	0 a 30		31 a 180		181 a 365		366 a 730		730 e +		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
TAIOBEIRAS	2472	52,38	1070	22,67	203	4,30	180	3,81	794	16,83	4719
Berizal	44	29,53	55	36,91	3	2,01	3	2,01	44	29,53	149
Curral De Dentro	13	25,49	6	11,76	0	0,00	0	0,00	32	62,75	51
Indaiabira	247	69,77	19	5,37	5	1,41	8	2,26	75	21,19	354
Montezuma	9	9,89	51	56,04	2	2,20	0	0,00	29	31,87	91
Ninheira	21	15,79	8	6,02	2	1,50	6	4,51	96	72,18	133
Rio Pardo e Minas	154	38,31	140	34,83	16	3,98	10	2,49	82	20,40	402
Santo Ant. do Retiro	48	30,38	7	4,43	2	1,27	3	1,90	98	62,03	158
São Joao Do Paraiso	727	71,63	149	14,68	9	0,89	11	1,08	119	11,72	1015
Taiobeiras	1201	50,93	635	26,93	164	6,96	139	5,89	219	9,29	2358
Vargem G. R. Pardo	8	100,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	8

A microrregião de Taiobeiras possui três estabelecimentos hospitalares, que apareceram como executores de 49,2% (2.322) do total de procedimentos cadastrados na microrregião (4719). Outros 15,7% (741) procedimentos foram executados em estabelecimentos localizados fora da microrregião, em outras 08 microrregiões diferentes principalmente no polo da macrorregião, e em outras microrregiões/macrorregiões. Os demais 33,7% (1.593) procedimentos encontravam-se sem registro de estabelecimento executor, pois tais procedimentos ainda não haviam sido executados (Tabela 22).

Tabela 22 - Distribuição das cirurgias eletivas de origem na microrregião de Taiobeiras por estabelecimentos/municípios de destino, Macronorte, MG (jan-2015/dez-2021)

Microrregião de Origem/ Estabelecimento de destino	Município de Destino	Quant
TAIOBEIRAS		4719
0027022 - HOSPITAL JULIA KUBITSCHK	BELO HORIZONTE	1
0027049 - HOSP DAS CLINICAS DA UNIV FED DE MINAS GERAIS EBSERH	BELO HORIZONTE	1
2098369 - HOSPITAL SANTO ANTONIO	TAIOBEIRAS	1939
2103257 - HOSPITAL SANTO ANTONIO DE PECANHA	PECANHA	1
2119404 - HOSPITAL E MATERNIDADE NOSSA SENHORA DAS GRACAS	MONTE AZUL	12
2119463 - HOSPITAL TACITO DE FREITAS COSTA	RIO PARDO DE MINAS	68
<u>2149990 - HOSPITAL SANTA CASA DE MONTES CLAROS</u>	<u>MONTES CLAROS</u>	<u>307</u>
2164280 - HOSPITAL MUNICIPAL DE SANTA LUZIA	SANTA LUZIA	1
2204649 - HOSPITAL MUNICIPAL DR OSWALDO PREDILIANO SANTANA	SALINAS	17
2205866 - HOSPITAL AFRANIO AUGUSTO FIGUEIREDO	GRÃO MOGOL	3
2205904 - HOSPITAL MUNICIPAL SAO VICENTE DE PAULO	CORAÇÃO DE JESUS	22
<u>2219638 - HOSPITAL AROLDI TOURINHO</u>	<u>MONTES CLAROS</u>	<u>46</u>
<u>2219646 - HOSPITAL DILSON GODINHO</u>	<u>MONTES CLAROS</u>	<u>176</u>
<u>2219654 - HOSPITAL UNIVERSITARIO CLEMENTE DE FARIA</u>	<u>MONTES CLAROS</u>	<u>63</u>
<u>2219662 - PRONTOCOR</u>	<u>MONTES CLAROS</u>	<u>10</u>
2795299 - HOSPITAL SAO JOAO DO PARAISO	SÃO JOÃO DO PARAÍSO	315
2796368 - HOSPITAL SAO JOSE	BELO HORIZONTE	1
<u>7366108 - HOSPITAL DAS CLINICAS DR MARIO RIBEIRO DA SILVEIRA</u>	<u>MONTES CLAROS</u>	<u>143</u>
SEM ESTABELECIMENTO	SEM DESTINO	1593

A microrregião atendeu 57,84% da demanda de média complexidade e a alta complexidade foi atendida em 46,42% pelo polo da macrorregião, que é o responsável por este tipo de atendimento (e também atendeu 8,36% da média complexidade). Ficaram sem destinação 31,6% do total dos procedimentos (Tabela 23).

Tabela 23 - Distribuição das cirurgias eletivas de origem na microrregião de Taiobeiras por complexidade e microrregião de destino (N e %), Macronorte, MG (jan-2015/dez-2021)

Microrregião de Origem/microrregião de destino	Complexidade					
	Alta	%	Media	%	Total	%
TAIOBEIRAS	950	100	3769	100	4719	100
BELO HORIZONTE/NOVA LIMA/CAETE	1	0,11	3	0,08	4	0,08
CORACAO DE JESUS	7	0,74	15	0,40	22	0,47
FRANCISCO SA	0	0	3	0,08	3	0,06
JANAUBA/MONTE AZUL	0	0	12	0,32	12	0,25
MONTES CLAROS	441	46,4	315	8,36	756	16
SALINAS	0	0	18	0,48	18	0,38
TAIOBEIRAS	233	24,5	2180	57,84	2413	51,1
SEM MICRO DE DESTINO	268	28,2	1223	32,45	1491	31,6

5.1.6 A Fila de Espera na Microrregião de Coração de Jesus

A microrregião de Coração de Jesus possui 2,79% da população total da macrorregião e apresentou 5,6% do total de cirurgias eletivas cadastradas no SUSFácil no período estudado, com 3.410 registros identificados.

Nesta microrregião, os procedimentos cirúrgicos mais frequentes corresponderam a 24,69% do total e estão classificados no G5 (Cirurgia do aparelho geniturinário; cirurgia em nefrologia e cirurgias da mama; glândulas endócrinas e cirurgia obstétrica).

O município que apresentou o menor tempo de espera (0 a 30 dias) foi Coração de Jesus com 83,66%. E o que apresentou maior tempo de espera (mais de 2 anos) foi o município de Jequitaiá, que teve 52,86%. (Tabela 24).

Tabela 24 - Distribuição das cirurgias eletivas por municípios da microrregião de Coração de Jesus e por tempo de espera em dias (N e %), Macronorte, MG (jan-2015/dez-2021)

Microrregião / município de origem	Espera em dias										Total
	0 a 30	%	31 a 180	%	181 a 365	%	366 a 730	%	730 e +	%	
CORACAO DE JESUS	2687	78,80	279	8,18	146	4,28	90	2,64	208	6,10	3410
Coração De Jesus	2079	83,66	159	6,40	113	4,55	64	2,58	70	2,82	2485
Jequitaiá	25	35,71	8	11,43	0	0,00	0	0,00	37	52,86	70
Lagoa Dos Patos	133	58,59	35	15,42	10	4,41	6	2,64	43	18,94	227
São João Da Lagoa	257	79,08	18	5,54	8	2,46	0	0,00	42	12,92	325
São João Do Pacuí	193	63,70	59	19,47	15	4,95	20	6,60	16	5,28	303

O único estabelecimento hospitalar de referência localizado na microrregião apareceu como o principal executor dos procedimentos originados na microrregião, executando 2.336, ou seja, 68,5% do total de procedimentos cadastrados na microrregião (3.410). Outros 15,27% (521) foram executados em seis estabelecimentos localizados no polo da macrorregião (Montes Claros) e apenas 2,4 % em outras macrorregiões/microrregiões. Os demais 13,6% (465) dos procedimentos encontravam-se sem registro de estabelecimento executor, pois tais procedimentos ainda não haviam sido executados. (Tabela 25).

Tabela 25 - Distribuição das cirurgias eletivas de origem na microrregião de Montes Claros por estabelecimentos/municípios de destino, Macronorte, MG (jan-2015/dez-2021)

Microrregião de Origem/ Estabelecimento de destino	Município destino	Quant
CORACAO DE JESUS		3410
0027014 - SANTA CASA DE BELO HORIZONTE	BELO HORIZONTE	1
2119528 - HOSPITAL DR MOISES MAGALHAES FREIRE	PIRAPORA	19
<u>2149990 - HOSPITAL SANTA CASA DE MONTES CLAROS</u>	<u>MONTES CLAROS</u>	<u>178</u>
2205904 - HOSPITAL MUNICIPAL SAO VICENTE DE PAULO	CORAÇÃO DE JESUS	2336
<u>2219638 - HOSPITAL AROLDO TOURINHO</u>	<u>MONTES CLAROS</u>	<u>101</u>
<u>2219646 - HOSPITAL DILSON GODINHO</u>	<u>MONTES CLAROS</u>	<u>182</u>
<u>2219654 - HOSPITAL UNIVERSITARIO CLEMENTE DE FARIA</u>	<u>MONTES CLAROS</u>	<u>38</u>
<u>2219662 - PRONTOCOR</u>	<u>MONTES CLAROS</u>	<u>22</u>
<u>7366108 - HOSPITAL DAS CLINICAS DOUTOR MARIO RIBEIRO DA SILVEIRA</u>	<u>MONTES CLAROS</u>	<u>68</u>
SEM ESTABELECIMENTO	SEM DESTINO	465

A microrregião atendeu 77,83% da demanda de média complexidade e a alta complexidade foi atendida em 58,28%, pelo polo da macrorregião, que é o responsável por este tipo de atendimento (e também atendeu 10,79% da média complexidade). Ficaram sem destinação 12,80% ficaram do total de procedimentos (Tabela 26).

Tabela 26 - Distribuição das cirurgias eletivas de origem na microrregião de Coração de Jesus por complexidade e microrregião de destino (N e %), Macronorte, MG (jan-2015/dez-2021)

Microrregião de Origem/microrregião de destino	Complexidade					
	Alta	%	Media	%	Total	%
CORACAO DE JESUS	501	100	2909	100	3410	100
BELO HORIZONTE/NOVA LIMA/CAETE	0	0	1	0,03	1	0,03
CORACAO DE JESUS	82	16,4	2264	77,83	2346	68,80
PIRAPORA	0	0	19	0,65	19	0,56
MONTES CLAROS	292	58,3	314	10,79	606	17,77
SEM MICRO DE DESTINO	127	25,3	311	10,69	438	12,8

5.1.7 Fila de Espera na Microrregião de Bocaiúva

A microrregião de Bocaiúva possui 4,46% da população total da macrorregião e apresentou 5,0% do total de cirurgias eletivas cadastradas no SUSFácil no período estudado, com 3048 registros identificados.

Nesta microrregião, os procedimentos cirúrgicos mais frequentes corresponderam a 39,21% do total e estão classificados no G1(Cirurgia do aparelho digestivo, órgãos anexos e parede abdominal)

O município que apresentou o menor tempo de espera (0 a 30 dias) foi Francisco Dumont com 72,08%. E o que apresentou maior tempo de espera (mais de 2 anos) foi o município de Bocaiúva, que teve 49,23%. (Tabela 27).

Tabela 27 - Distribuição dos procedimentos de cirurgia eletiva por municípios da microrregião de Bocaiúva e por tempo de espera em dias (N e %), Macronorte, MG (jan-2015/dez-2021)

Microrregião/ Município de origem	Espera em dias										Total
	0 a 30	%	31 a 180	%	181 a 365	%	366 a 730	%	730 e +	%	
BOCAIUVA	1276	41,86	372	12,20	250	8,20	315	10,33	835	27,40	3048
Bocaiuva	280	25,48	75	6,82	82	7,46	121	11,01	541	49,23	1099
Engenheiro Navarro	283	36,66	160	20,73	114	14,77	107	13,86	108	13,99	772
Francisco Dumont	222	72,08	16	5,19	12	3,90	3	0,97	55	17,86	308
Guaraciama	44	46,32	2	2,11	0	0,00	38	40,00	11	11,58	95
Joaquim Felício	173	60,49	1	0,35	14	4,90	6	2,10	92	32,17	286
Olhos d'Água	274	56,15	118	24,18	28	5,74	40	8,20	28	5,74	488

A microrregião de Bocaiúva possui um único estabelecimento hospitalar, que apareceu como executor de 18,1% (552) do total de procedimentos cadastrados na microrregião. Outros 27,0% (824) procedimentos foram executados pelos estabelecimentos localizados no polo da macrorregião. Os demais 54,42% (1.659) procedimentos encontravam-se sem registro de estabelecimento executor, pois tais procedimentos ainda não haviam sido executados (Tabela 28).

Tabela 28 - Distribuição dos procedimentos das cirurgias eletivas de origem na microrregião de Bocaiúva por estabelecimentos/municípios de destino, Macronorte, MG (jan-2015/dez-2021)

Microrregião de Origem/ Estabelecimento de destino	Município de Destino	Quant
BOCAIUVA		3048
2119471 - HOSPITAL MUNICIPAL DE BOCAIUVA	BOCAIUVA	552
2135132 - SANTA CASA DE CARIDADE	DIAMANTINA	1
<u>2149990 - HOSPITAL SANTA CASA DE MONTES CLAROS</u>	<u>MONTES CLAROS</u>	<u>230</u>
2205866 - HOSPITAL AFRANIO AUGUSTO FIGUEIREDO	GRÃO MOGOL	2
2205904 - HOSPITAL MUNICIPAL SAO VICENTE DE PAULO	CORAÇÃO DE JESUS	11
<u>2219638 - HOSPITAL AROLDI TOURINHO</u>	<u>MONTES CLAROS</u>	<u>163</u>
<u>2219646 - HOSPITAL DILSON GODINHO</u>	<u>MONTES CLAROS</u>	<u>170</u>
<u>2219654 - HOSPITAL UNIVERSITARIO CLEMENTE DE FARIA</u>	<u>MONTES CLAROS</u>	<u>49</u>
<u>2219662 - PRONTOCOR</u>	<u>MONTES CLAROS</u>	<u>19</u>
<u>7366108 - HOSPITAL DAS CLINICAS DOUTOR MARIO RIBEIRO DA SILVEIRA</u>	<u>MONTES CLAROS</u>	<u>193</u>
SEM ESTABELECIMENTO	SEM DESTINO	1659

A microrregião atendeu 25,84% da demanda de média complexidade e a alta complexidade foi atendida em 43,96%, pelo polo da macrorregião, que é o responsável por este tipo de atendimento (e também atendeu 20,02% da média complexidade). Ficaram sem destinação cerca de 54% do total dos procedimentos. (Tabela 29).

Tabela 29 - Distribuição das cirurgias eletivas de origem na microrregião de Bocaiuva por complexidade e microrregião de destino (N e %), Macronorte, MG (jan-2015/dez-2021)

Microrregião de Origem/microrregião de destino	Complexidade					
	Alta	%	Media	%	Total	%
BOCAIUVA	935	100	2113	100	3048	100
DIAMANTINA	0	0,00	1	0,05	1	0,03
CORACAO DE JESUS	3	0,32	8	0,38	11	0,36
FRANCISCO SA	0	0,00	2	0,09	2	0,07
BOCAIUVA	5	0,53	546	25,84	551	18,1
MONTES CLAROS	411	43,96	423	20,02	834	27,4
SEM MICRO DE DESTINO	516	55,19	1133	53,62	1649	54,1

5.1.8 A Fila de Espera na Microrregião de Januária

A microrregião de Januária possui 7,26% da população total da macrorregião e apresentou 3,42% do total de cirurgias eletivas cadastradas no SUSFácil no período estudado, com 2098 registros identificados.

Nesta microrregião, os procedimentos cirúrgicos mais frequentes corresponderam a 38,27% do total e estão classificados no G1(Cirurgia do aparelho digestivo, órgãos anexos e parede abdominal).

O município que apresentou o menor tempo de espera (0 a 30 dias) foi Pedras de Maria da Cruz com 82,81%. E o que apresentou maior tempo de espera (mais de dois anos) foi de Itacarambi, que teve 32,30% (Tabela 30).

Tabela 30 - Distribuição dos procedimentos de cirurgia eletiva por municípios da microrregião de Januária por tempo de espera em dias (N e %), Macronorte, MG (jan-2015/dez-2021)

Microrregião/ município de origem	Tempo de espera em dias										
	0 a 30		31 a 180		181 a 365		366 a 730		730 e +		Total
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
JANUARIA	1138	54,24	401	19,11	136	6,48	34	1,62	389	18,54	2098
Bonito De Minas	165	58,51	90	31,91	6	2,13	2	0,71	19	6,74	282
Cônego Marinho	184	56,62	70	21,54	37	11,38	2	0,62	32	9,85	325
Itacarambi	78	21,91	100	28,09	59	16,57	4	1,12	115	32,30	356
Januária	658	61,44	133	12,42	34	3,17	26	2,43	220	20,54	1071
Pedras M. Da Cruz	53	82,81	8	12,50	0	0,00	0	0,00	3	4,69	64

Na microrregião de Januária, apenas um dos seus dois estabelecimentos hospitalares existentes apareceu como executor de apenas 0,6% do total de procedimentos cadastrados na microrregião. Outros 48,90% foram executados em estabelecimentos localizados no polo da macrorregião, e 14,40% em outras microrregiões. Os demais 757

(36,00%) procedimentos encontravam-se sem registro de estabelecimento executor, pois tais procedimentos ainda não haviam sido executados. (Tabela 31).

Tabela 31 - Distribuição das cirurgias eletivas de origem na microrregião de Januária por estabelecimentos/municípios de destino, Macronorte, MG (jan-2015/dez-2021)

Microrregião de Origem/ Estabelecimento de destino	Município Destino	Quant
JANUARIA		2098
2119420 - HOSPITAL MUNICIPAL SENHORA SANTANA	BRASÍLIA DE MINAS	27
2149990 - HOSPITAL SANTA CASA DE MONTES CLAROS	MONTES CLAROS	316
2204622 - HOSPITAL MUNICIPAL DE JANUARIA	JANUÁRIA	13
2205904 - HOSPITAL MUNICIPAL SAO VICENTE DE PAULO	CORAÇÃO DE JESUS	158
2205998 - FHAHC	MANGA	117
2219638 - HOSPITAL AROLDO TOURINHO	MONTES CLAROS	183
2219646 - HOSPITAL DILSON GODINHO	MONTES CLAROS	269
2219654 - HOSPITAL UNIVERSITARIO CLEMENTE DE FARIA	MONTES CLAROS	80
2219662 - PRONTOCOR	MONTES CLAROS	8
7366108 - HOSPITAL DAS CLINICAS DOUTOR MARIO RIBEIRO DA SILVEIRA	MONTES CLAROS	170
SEM ESTABELECIMENTO	SEM DESTINO	757

A microrregião de destino que mais atendeu a microrregião de Januária foi a microrregião de Montes Claros, que além de atender 87,76% dos procedimentos de alta complexidade, seguindo o seu papel de referência na alta complexidade para a macrorregião, também atendeu outros 38,49% dos procedimentos de média complexidade da referida microrregião. Outros 8,44% da alta complexidade, e 43,04% de média complexidade seguiram sem registro da microrregião de destino, pois se referiam a procedimentos ainda não atendidos (tabela 32).

Tabela 32 - Distribuição das cirurgias eletivas de origem na microrregião de Januária por complexidade e microrregião de destino (N e %), Macronorte, MG (jan-2015/dez-2021)

Microrregião de Origem/microrregião de destino	Complexidade					
	Alta	%	Media	%	Total	%
JANUARIA	474	100	1624	100	2098	100
BRASILIA DE MINAS/SAO FRANCISCO	0	0	30	1,85	30	1,43
CORACAO DE JESUS	18	3,80	141	8,68	159	7,58
JANUARIA	0	0	12	0,74	12	0,57
MANGA	0	0	117	7,20	117	5,58
MONTES CLAROS	416	87,8	625	38,49	1041	49,6
SEM MICRO DE DESTINO	40	8,44	699	43,04	739	35,2

5.1.9 A Fila de Espera na Microrregião de Francisco Sá

A microrregião de Francisco Sá possui 3,65% da população total da macrorregião e apresentou 3,30% do total de cirurgias eletivas cadastradas no SUSFácil no período estudado, com 2003 registros identificados.

Nesta microrregião, os procedimentos cirúrgicos mais frequentes corresponderam a 29,11% do total e foram classificados no G1 (Cirurgia do aparelho digestivo, órgãos anexos e parede abdominal).

O município que apresentou o menor tempo de espera (0 a 30 dias) foi Francisco Sá com 85,16%. E o que apresentou maior tempo de espera (mais de dois anos) foi o município Grão Mogol que teve 53,85% (tabela 33)

Tabela 33 - Distribuição das cirurgias eletivas por municípios da microrregião de Francisco Sá e por tempo de espera em dias (N e %), Macronorte, MG (jan-2015/dez-2021)

Microrregião/ município de origem	Espera em dias										Total
	0 a 30		31 a 180		181 a 365		366 a 730		730 e +		
FRANCISCO SA	1523	76,04	98	4,89	46	2,30	62	3,10	274	13,68	2003
Botumirim	13	54,17	1	4,17	3	12,50	0	0,00	7	29,17	24
Capitão Enéas	97	60,63	9	5,63	2	1,25	4	2,50	48	30,00	160
Cristalia	63	73,26	2	2,33	0	0,00	2	2,33	19	22,09	86
Francisco Sá	1280	85,16	62	4,13	35	2,33	13	0,86	113	7,52	1503
Grão Mogol	34	29,06	11	9,40	5	4,27	4	3,42	63	53,85	117
Josenópolis	36	31,86	13	11,50	1	0,88	39	34,51	24	21,24	113

Na microrregião de Francisco Sá os dois estabelecimentos hospitalares existentes apareceram como executor de 51,52% (1.032) do total de procedimentos cadastrados na microrregião (2.003). Outros 26,17% (524) foram executados em estabelecimentos localizados fora da microrregião principalmente no polo da macrorregião (Montes Claros) e em outras microrregiões. Os demais 22,31% (447) dos procedimentos encontravam-se sem registro de estabelecimento executor, pois tais procedimentos ainda não haviam sido executados. (Tabela 34).

Tabela 34 - Distribuição das cirurgias eletivas de origem na microrregião de Francisco Sá por estabelecimentos/municípios de destino, Macronorte, MG (jan-2015/dez-2021)

Microrregião de Origem/ Estabelecimento de destino	Município de Destino	Quant
FRANCISCO SA		2003
2098369 - HOSPITAL SANTO ANTONIO	TAIOBEIRAS	1
<u>2149990 - HOSPITAL SANTA CASA DE MONTES CLAROS</u>	<u>MONTES CLAROS</u>	<u>189</u>
2204649 - HOSPITAL MUNICIPAL DR OSWALDO PREDILIANO SANTANA	SALINAS	9
2205866 - HOSPITAL AFRANIO AUGUSTO FIGUEIREDO	GRÃO MOGOL	24
2205904 - HOSPITAL MUNICIPAL SAO VICENTE DE PAULO	CORAÇÃO DE JESUS	1
<u>2219638 - HOSPITAL AROLDI TOURINHO</u>	<u>MONTES CLAROS</u>	<u>67</u>
<u>2219646 - HOSPITAL DILSON GODINHO</u>	<u>MONTES CLAROS</u>	<u>92</u>
<u>2219654 - HOSPITAL UNIVERSITARIO CLEMENTE DE FARIA</u>	<u>MONTES CLAROS</u>	<u>45</u>
<u>2219662 - PRONTOCOR</u>	<u>MONTES CLAROS</u>	<u>7</u>
2760940 - HOSPITAL MUNICIPAL DE FRANCISCO SA	FRANCISCO SÁ	1008
<u>7366108 - HOSPITAL DAS CLINICAS DOUTOR MARIO RIBEIRO DA SILVEIRA</u>	<u>MONTES CLAROS</u>	<u>113</u>
SEM ESTABELECIMENTO	SEM DESTINO	447

A microrregião atendeu 62,42% da demanda de média complexidade e a alta complexidade foi atendida em 76,26%, pelo polo da macrorregião, que é o responsável por este tipo de atendimento (e também atendeu 16,99% da média complexidade). Ficaram sem destinação 20,3% do total de procedimentos (tabela 35).

Tabela 35 - Distribuição dos procedimentos de cirurgia eletiva de origem na microrregião de Francisco Sá por complexidade e microrregião de destino (N e %), Macronorte, MG (jan-2015/dez-2021)

Microrregião de Origem/microrregião de destino	Complexidade					
	Alta	%	Media	%	Total	%
FRANCISCO SA	337	100	1666	100	2003	100
CORACAO DE JESUS	1	0,30	0	0	1	0,05
FRANCISCO SA	3	0,89	1040	62,42	1043	52,1
MONTES CLAROS	257	76,3	283	16,99	540	26,96
SALINAS	0	0	11	0,66	11	0,55
TAIOBEIRAS	0	0	1	0,06	1	0,05
SEM MICRO DE DESTINO	76	22,6	331	19,87	407	20,3

5.1.10 A Fila de Espera na Microrregião de Salinas

A microrregião de Salinas possui 4,05% da população total da macrorregião e apresentou 2,00% do total de cirurgias eletivas cadastradas no SUSFácil no período estudado, com 1.231 registros identificados.

Nesta microrregião, os procedimentos cirúrgicos mais frequentes corresponderam a 39,21% do total e foram classificados no G4(Cirurgia torácica; Cirurgia de vias aérea

superiores, cabeça e pescoço; cirurgia reparadora e Cirurgia Orofacial; e cirurgia do aparelho da visão).

O município que apresentou o menor tempo de espera (0 a 30 dias) foi Padre Carvalho com 80,39% E o que apresentou maior tempo de espera (mais de dois anos) foi o município de Rubelita teve 48,06%, (tabela 36)

Tabela 36 - Distribuição das cirurgias eletivas por municípios da microrregião de Salinas e por tempo de espera em dias (N e %), Macronorte, MG (jan-2015/dez-2021)

Microrregião /município de origem	Tempo de espera em dias										Total
	0 a 30	%	31 a 180	%	181 a 365	%	366 a 730	%	730 e +	%	
SALINAS	492	39,97	128	10,40	34	2,76	103	8,37	474	38,51	1231
Fruta De Leite	36	34,62	21	20,19	14	13,46	13	12,50	20	19,23	104
Novorizonte	27	49,09	8	14,55	0	0,00	4	7,27	16	29,09	55
Padre Carvalho	122	80,79	9	5,96	1	0,66	1	0,66	18	11,92	151
Rubelita	23	17,83	40	31,01	3	2,33	1	0,78	62	48,06	129
Salinas	268	35,59	40	5,31	13	1,73	83	11,02	349	46,35	753
S. Cruz De Salinas	16	41,03	10	25,64	3	7,69	1	2,56	9	23,08	39

O único estabelecimento hospitalar da microrregião aparece como o principal executor dos procedimentos originados na microrregião, executando 26,23% (323) do total de procedimentos cadastrados na microrregião (1.231). Outros 13,80% foram executados em 06 estabelecimentos localizados no polo da macrorregião e os demais 55,1% encontram-se sem registro de estabelecimento executor, pois tais procedimentos ainda não haviam sido executados (tabela 37).

Tabela 37 - Distribuição das cirurgias eletivas dos municípios de origem da microrregião de Salinas por estabelecimentos/municípios de destino, Macronorte, MG (jan-2015/dez-2021)

Microrregião de Origem/ Estabelecimento de destino	Município de Destino	Quant
SALINAS		1231
0027049 - HOSP DAS CLINICAS DA UNIV FED DE MINAS GERAIS EBSERH	BELO HORIZONTE	1
2098369 - HOSPITAL SANTO ANTONIO	TAIOBEIRAS	58
<u>2149990 - HOSPITAL SANTA CASA DE MONTES CLAROS</u>	<u>MONTES CLAROS</u>	<u>46</u>
2204649 - HOSPITAL MUNICIPAL DR OSWALDO PREDILIANO SANTANA	SALINAS	323
<u>2219638 - HOSPITAL AROLDI TOURINHO</u>	<u>MONTES CLAROS</u>	<u>23</u>
<u>2219646 - HOSPITAL DILSON GODINHO</u>	<u>MONTES CLAROS</u>	<u>62</u>
<u>2219654 - HOSPITAL UNIVERSITARIO CLEMENTE DE FARIA</u>	<u>MONTES CLAROS</u>	<u>6</u>
<u>2219662 - PRONTOCOR</u>	<u>MONTES CLAROS</u>	<u>1</u>
<u>7366108 - HOSPITAL DAS CLINICAS DOUTOR MARIO RIBEIRO DA SILVEIRA</u>	<u>MONTES CLAROS</u>	<u>32</u>
SEM ESTABELECIMENTO	SEM DESTINO	679

A microrregião atendeu 35,18% da demanda de média complexidade e a alta complexidade foi atendida em 38,91% pelo polo da macrorregião, que é o responsável por este tipo de atendimento (e também atendeu 6,40% da média complexidade). Ficaram sem destinação 53,7% do total de procedimentos (tabela 38).

Tabela 38 - Distribuição das cirurgias eletivas de origem na da microrregião de Salinas por complexidade e microrregião de destino (N e %), Macronorte, MG (jan-2015/dez-2021)

Microrregião de Origem/microrregião de destino	Complexidade					
	Alta	%	Media	%	Total	%
SALINAS	293	100	938	100	1231	100
BELO HORIZONTE/NOVA LIMA/CAETE	1	0,34	0	0	1	0,08
MONTES CLAROS	114	38,9	60	6,40	174	14,1
SALINAS	2	0,68	330	35,18	332	27
TAIOBEIRAS	22	7,51	41	4,37	63	5,12
SEM MICRO DE DESTINO	154	52,6	507	54,05	661	53,7

5.1.11 A Fila de Espera na Microrregião de Manga

A microrregião de Manga possui 4,33% da população total da macrorregião e apresentou 0,01% do total de cirurgias eletivas cadastradas no SUSFácil no período estudado, com 603 registros identificados.

Nesta microrregião, os procedimentos cirúrgicos mais frequentes corresponderam a 42,54% do total e foram classificados no G1 (Cirurgia do aparelho digestivo, órgãos anexos e parede abdominal).

O município que apresentou o menor tempo de espera (0 a 30 dias) foi Montalvânia com 89,66%. E o que apresentou maior tempo de espera (mais de dois anos) foi de São João das Missões, que teve 26,17% (tabela 39).

Tabela 39 - Distribuição das cirurgias eletivas por municípios da microrregião de Manga e por tempo de espera em dias (N e %), Macronorte, MG (jan-2015/dez-2021)

Microrregião / Município de origem	Tempo de espera em dias										
	0 a 30	%	31 a 180	%	181 a 365	%	366 a 730	%	730 e +	%	Total
MANGA	489	77,62	40	6,35	5	0,79	47	7,46	49	7,78	630
Juvenília	43	82,69	4	7,69	0	0,00	1	1,92	4	7,69	52
Manga	223	78,80	6	2,12	2	0,71	44	15,55	8	2,83	283
Miravânia	47	65,28	23	31,94	0	0,00	0	0,00	2	2,78	72
Montalvânia	104	89,66	3	2,59	0	0,00	2	1,72	7	6,03	116
São Joao Das Missões	72	67,29	4	3,74	3	2,80	0	0,00	28	26,17	107

Na microrregião apenas um estabelecimento hospitalar apareceu como executor de 61,40% do total de procedimentos. Outros 20,47% foram executados em estabelecimentos localizados fora da microrregião principalmente no polo da macrorregião (Montes Claros) e em outras microrregiões. Os demais 17,93% procedimentos encontravam-se sem registro de estabelecimento executor, pois tais procedimentos ainda não haviam sido executados (tabela 40).

Tabela 40 - Distribuição das cirurgias eletivas dos municípios de origem da microrregião de Manga por estabelecimentos/municípios de destino, Macronorte, MG (jan-2015/dez-2021)

Microrregião de Origem/ Estabelecimento de destino	Município destino	Quant
MANGA		630
0026859 - HOSPITAL FELICIO ROCHO	BELO HORIZONTE	1
<u>2149990 - HOSPITAL SANTA CASA DE MONTES CLAROS</u>	<u>MONTES CLAROS</u>	<u>36</u>
2205904 - HOSPITAL MUNICIPAL SAO VICENTE DE PAULO	CORAÇÃO DE JESUS	3
2205998 - FHAHC	MANGA	387
<u>2219638 - HOSPITAL AROLDO TOURINHO</u>	<u>MONTES CLAROS</u>	<u>11</u>
<u>2219646 - HOSPITAL DILSON GODINHO</u>	<u>MONTES CLAROS</u>	<u>48</u>
<u>2219654 - HOSPITAL UNIVERSITARIO CLEMENTE DE FARIA</u>	<u>MONTES CLAROS</u>	<u>3</u>
<u>2219662 - PRONTOCOR</u>	<u>MONTES CLAROS</u>	<u>1</u>
<u>7366108 - HOSPITAL DAS CLINICAS DOUTOR MARIO RIBEIRO DA SILVEIRA</u>	<u>MONTES CLAROS</u>	<u>27</u>
SEM ESTABELECIMENTO	SEM DESTINO	113

A microrregião atendeu 68,56% da demanda de média complexidade e a alta complexidade foi atendida em 89,55% pelo polo da macrorregião, que é o responsável por este tipo de atendimento (e também atendeu 12,43% da média complexidade). Ficaram sem destinação 17,60% (tabela 41).

Tabela 41 - Distribuição das cirurgias eletivas de origem na microrregião de Manga por complexidade e microrregião de destino (n e %), Macronorte, MG (jan-2015/dez-2021)

Microrregião /microrregião de destino	Complexidade					
	Alta	%	Media	%	Total	%
MANGA	67	100	563	100	630	100
CORACAO DE JESUS	0	0	3	0,53	3	0,48
MANGA	0	0	386	68,56	386	61,36
MONTES CLAROS	60	89,6	70	12,43	130	20,60
SEM MICRO DE DESTINO	7	10,4	104	18,47	111	17,60

5.2 ANÁLISES ESTATÍSTICAS DOS DADOS COLETADOS

A análise de associação de variáveis realizada através da aplicação do Teste de Qui Quadrado de Pearson ficou demonstrada que existe associação estatística significativa entre as variáveis sexo e complexidade do procedimento com um valor de $p < 0,0001$. Foi necessário o uso da Correção de Bonferroni quando a variável sexo foi associada às variáveis grupo de procedimentos e também ao tempo de espera em dias, que também apontou associação significativa conforme descrito na tabela 42.

Tabela 42- Associação entre sexo e as variáveis complexidade do procedimento, grupo de procedimentos e tempo de espera em dias (N e %), Macronorte, MG, (jan/2015 a dez 2021)

Variáveis (N=60743)	Sexo		Valor p
	Masculino N%	Feminino N%	
Complexidade procedimento			<0,0001
Média	16508(73,5)	29571(77,2)	
Alta	5942(26,5)	8722(22,8)	
Grupo de procedimentos			<0,0001*
G1	6144 (27,4) ^a	9143 (23,9) ^a	
G2	1522 (6,8) ^b	2992(7,8) ^b	
G3	1816(8,1) ^c	2022(5,3) ^c	
G4	5392(24,0) ^a	7843(20,5) ^a	
G5	3366(15,0) ^d	9922(25,9) ^d	
G6	4210(18,8) ^a	6371(16,6) ^a	
Tempo de espera em dias			<0,001.†
0-30	13666 (60,9) ^a	22271(59,3)	
31-180	2286(10,2) ^a	3519(9,2) ^a	
181-365	1537(6,8) ^{a,b}	2635(6,9) ^{a,b}	
366-730	872(3,9) ^c	1778(4,6) ^c	
>730	4089(18,2) ^{b,c}	7640(20) ^{b,c}	

Nota: *Teste Qui-Quadrado de Pearson. †Correção de Bonferroni ($p < 0,0041$). †Correção de Bonferroni ($p < 0,005$). A, B, C, D letras iguais significam similaridade entre as proporções do grupo.

A seguir na tabela 43 foi apresentada a análise de associação (Teste de Qui Quadrado de Pearson) entre o tempo de espera em dias e a variável complexidade do procedimento que apresentou forte significância estatística em todas as categorias com $p < 0,005$.

Quando se relaciona o tempo de espera em dias e os grupos de procedimentos, o G4 apresentou associação muito significativa com todas as categorias de tempos de espera. Houve também uma maior significância entre o G1 e os tempos de espera de 0-30 e 31-180 e também 366-730 e >730, o G2 teve mais associação com as categorias 0-30 e 31-180, no G3 não houve associação significativa com nenhuma das categorias de tempo. O G5 teve

associação mais significativa entre 31-180 e 181-365 e também 181-365 e 366-730. O G6 teve mais associação quando relacionado aos tempos 0-30 e 31-180 e também 181-365 e 366-730.

A faixa etária de forma geral também apresentou associação estatística significativa quando relacionada ao tempo de espera por apresentar valor de $p < 0,005$, porém essa associação foi mais significativa quando do cruzamento entre a faixa etária 0-4 e as categorias 0-30 e 31-180, a faixa 5-19 com 0-30 e 31-180 e também 0-30 e 366-730 (tabela 43).

A variável motivo da baixa apresentou associação significativa de maneira geral com um $p < 0,05$, mais especificamente entre a categoria baixa para cirurgia eletiva (Eletiva) todas as categorias da variável tempo de espera, por outro lado o motivo realizado por outras vias (Outras vias) foi significante apenas quando relacionados os tempos 0-30 e 31-180 e também 0-30 e >730 . Já a variável óbito não foi significativa em relação a nenhum dos tempos de espera (tabela 43).

Tabela 43- Associação entre o tempo de espera em dias e a complexidade do procedimento, o grupo de procedimentos e faixa etária (N e %), Macronorte, MG, (jan/2015 a dez 2021)

Variáveis (N=60743)	Tempo de espera em dias					Valor p
	0-30	31-180	181-365	366-730	>730	
Complexidade procedimento						p<0,00001
Média	26298(57,1) ^a	5067(11,0) ^b	3546 (7,7) ^c	2379(5,2) ^d	8789(19,1) ^e	
Alta	10089 (68,8) ^a	738(5,09) ^b	626(4,3) ^c	271(1,8) ^d	2940(20) ^e	
Grupo de procedimentos						p<0,0001*
G1	8986 (58,8) ^a	2055 (13,4) ^b	1239(8,1) ^c	723(4,7) ^c	2284(12,9) ^d	
G2	2909(64,4) ^a	222(4,9) ^b	338(7,5) ^a	148(3,3) ^c	897(19,9) ^a	
G3	2279(59,4) ^{a,b}	413(10,8) ^b	265(6,9) ^{a,b}	199(5,2) ^b	682(17,8) ^a	
G4	4431(33,5) ^a	1186(9,0) ^b	1220(9,2) ^c	1068(8,1) ^d	5330(40,3) ^e	
G5	8507(64) ^a	1422(10,7) ^a	869(6,5) ^b	411(3,1) ^c	2079(15,6) ^c	
G6	9275(87,7) ^a	507(4,8) ^b	241(2,3) ^c	101(1,0) ^d	457(4,3) ^d	
Faixa etária						p=0,0001[†]
0-4	1545 (54,0) ^a	342(12,0) ^b	248(8,7) ^b	177(6,2) ^b	547(19,1) ^a	
5-19	2865(52,9) ^a	656(12,1) ^b	503(9,3) ^b	464(8,6) ^c	925(17,1) ^a	
20-39	8862(63,1) ^a	1317(9,4) ^{a,b}	885(6,3) ^{b,c}	622(4,4) ^{a,b}	2353(16,8) ^c	
>60	10856(56,9) ^a	1584(8,3) ^{b,c}	1236(6,5) ^{a,c}	694(3,6) ^b	4713(24,7) ^d	
Motivo da baixa						p<0,00001^β
Eletiva	35597 (88) ^a	3161(7,8) ^b	1114 (2,8) ^c	489(1,2) ^d	94(0,2) ^e	
Outras vias	108(17,9) ^a	197(32,6) ^b	150(24,8) ^b	91(15,1) ^b	58(9,6) ^c	
Outros motivos	421(22) ^a	491(21,9) ^b	304(15,9) ^b	618(32,3) ^c	150(7,8) ^a	
Óbito	1(2,8) ^a	9(25) ^{b,c}	6(16,7) ^{b,c}	11(0,4) ^c	9(25) ^b	
Sem baixa	260 (1,5) ^a	2019(11,4) ^b	2598(14,6) ^c	1441(8,1) ^d	11418(64,4) ^e	

Nota: *Teste Qui-Quadrado de Pearson. ^{*}Correção de Bonferroni ($p < 0,0016$). [†] Correção de Bonferroni ($p < 0,002$). ^β Correção de Bonferroni ($p < 0,0025$). ^{A,B,C,D,E} letras iguais significam similaridade entre as proporções do grupo.

6. DISCUSSÃO

Sobre os resultados obtidos através do presente estudo, o perfil sociodemográfico demonstrou que a demanda é formada majoritariamente por cadastros de pessoas do sexo feminino e com idades superiores a 40 anos de idade, isto é, localizados nas faixas etárias de 40 a 59 anos e 60 anos ou mais.

Esses resultados reforçam outras observações de outros estudos. Dados da Pesquisa Nacional de Saúde (IBGE, 2020) mostraram que em 2019, a proporção de mulheres que buscaram um médico (82,3%) foi maior que a de homens (69,4%). A diferença na busca por atenção à saúde conforme gênero tem sido um debate desde a publicação de Política Nacional de Atenção à Saúde do Homem (PNAISH) em 2009. Um dos aspectos apontados é de que as questões relacionadas as masculinidades, sobretudo a hegemônica, é um dos fatores (HEMMI; BAPTISTA, REZENDE, 2020). No entanto, há autores que abordam que a ausência de homens nos serviços de saúde se refere também às ações e programas destinados a crianças, mulheres e idosos (VASCONCELOS *et al.*, 2019). Outros identificam o despreparo dos profissionais de saúde para abordar os homens, além do diagnóstico das suas doenças/agravos e até mesmo o horário de funcionamento dos serviços de saúde como motivos de ausência dos homens nos serviços de saúde (BALBINO *et al.*, 2020).

Quanto à idade, dados referentes ao período de janeiro de 2015 a dezembro de 2021 do Ministério da Saúde relacionados à morbidade hospitalar também demonstraram que prevaleceram as internações nas mesmas faixas etárias, principalmente quando o caráter do atendimento é eletivo (DATASUS, 2021).

Ao realizar as análises estatísticas no presente estudo, percebeu-se uma relação de significância entre a variável tempo de espera e fatores relacionados ao perfil sociodemográfico do cadastro do SUSFácil, com valor de $p < 0,05$. Segundo Sutherland *et al.* (2019), ao avaliar a associação entre nível sócio econômico e o tempo de espera para cirurgia geral eletiva em adultos no Canadá, não foi encontrada relação estatística entre a situação socioeconômica e tempo de espera por cirurgias eletivas. Os autores encontraram $p > 0,05$ em todos os cruzamentos, mas apesar disso, pessoas mais desfavorecidas socioeconomicamente relataram pior condição de saúde quando alocados na fila de espera. Em estudo semelhante desenvolvido por Landi, Ivaldi e Testi (2018) na Itália, foram encontrados resultados heterogêneos para diferentes tipos de serviço. Para cirurgia eletiva, as desigualdades socioeconômicas estavam presentes, mas pareciam ter um menor impacto no tempo de espera. Acredita-se que estudos realizados em países com uma realidade socioeconômica e demográfica semelhante à do Brasil,

ou até mesmo em outras regiões brasileiras, poderiam revelar resultados mais próximos aos apresentados neste estudo.

Sobre as microrregiões de saúde e suas contribuições para a composição da fila de espera de cirurgias eletivas na Macrorregião Norte de MG, alguns pontos merecem destaque. Apesar de a macrorregião ser formada por 11 microrregiões, apenas 03 delas (Montes Claros, Pirapora e Janaúba/Monte Azul) apresentaram o correspondente a 61,17% da demanda da macrorregião. Considerando a proporção entre o quantitativo de procedimentos solicitados e os habitantes de cada microrregião, segundo estimativas do IBGE 2021: 1- a microrregião de Pirapora apresenta 0,05 solicitações de procedimentos eletivos/habitante; 2- a microrregião de Montes Claros apresenta 0,04 e; 3 - a microrregião de Janaúba/Monte Azul apresenta 0,02. Essas 03 microrregiões concentram 51,9% da população total da macrorregião.

Vale ressaltar que a microrregião de Montes Claros, com predominância do município sede (Montes Claros), é responsável em números absolutos e percentualmente por demandar mais de um terço da fila de espera. Porém, essa é a microrregião mais populosa da Macrorregião Norte. Ademais, a cidade de Montes Claros, por ser polo de micro e macrorregião, é onde se localiza a maior quantidade de estabelecimentos de saúde e os serviços de maior densidade tecnológica e capacidade instalada.

Os serviços localizados em Montes Claros mostraram uma oferta de atendimento de 32,74% do total de cirurgias eletivas da Macrorregião Norte na média complexidade. Dentro deste quantitativo, 22,69% foram oferecidos e executados para a microrregião de Montes Claros (atingindo 68% de cobertura da microrregião) e outros 10,05% do atendimento da média complexidade das outras microrregiões de origem.

Em relação à alta complexidade, a cobertura de serviços para toda a macrorregião foi de 68%. Isso representou atendimento de 81% da demanda da própria microrregião.

Isso demonstra como a sede da macrorregião se torna uma referência importante pelo fato de possuir uma capacidade instalada de serviços de maior densidade tecnológica. Isso se caracteriza pela concentração de distintas especialidades médicas atuando em um parque tecnológico mais avançado para que possa executar os serviços assistenciais para os quais possuem habilitação no Ministério da Saúde. Como exemplos, tem-se serviços de assistência ambulatorial e hospitalar em oncologia, hematologia, cardiologia cirúrgica e intervencionista, neurologia cirúrgica, transplante de córnea, transplante de fígado e transplante de rim, traumatologia ortopedia de alta complexidade, gestação de alto risco, UTI neonatal, adulto e pediátrica, além de serviços de referência em doenças infecciosas, dentre outras. Todas elas para atendimentos eletivos e de urgência (CNES, 2022).

Dessa forma, Montes Claros como polo da Macrorregião Norte, atende a média complexidade de sua própria microrregião e a alta complexidade de toda a macrorregião. Além disso, na maioria das vezes, atende urgências, quadros agudizados e agravados de doenças pré-existentes que até mesmo poderiam ser resolvidos na via eletiva de média complexidade. A existência dos diversos serviços de saúde em Montes Claros parece provocar uma maior dependência das demais microrregiões nesses serviços na cidade polo. Isso se expressa também pela ausência quase absoluta de capacidade de resolução dos casos das diversas microrregiões de origem que resultam em pactuações que envolvem procedimentos de média complexidade com o polo, principalmente, o da macrorregião.

A centralização das demandas nas cidades polo das regiões também foi identificada por Lima (2017), e que além disso, o financiamento encontra-se concentrado, geralmente, nas cidades polo das regiões, assim como as especialidades médicas. Essa centralização se expressa tanto pelas demandas ambulatoriais quanto pelas hospitalares da média e da alta complexidade.

Quanto aos tipos de procedimentos cirúrgicos, os resultados deste estudo revelaram que o grupo de procedimentos G1 (cirurgia do aparelho digestivo órgãos anexos e parede abdominal) é o mais frequente de forma geral na Macrorregião Norte, aparecendo nessa condição em 07 das 11 microrregiões de saúde. Estudo realizado entre março de 2018 e março de 2019 no Brasil evidenciou que as cirurgias de hérnia de parede abdominal afetam entre 20 e 25% da população adulta no país e representam o procedimento cirúrgico mais frequentemente realizado por cirurgiões gerais no SUS (BATISTA *et al.*, 2019; CLAUS *et al.*, 2020). Outro estudo também concluiu que das cirurgias que aguardam em listas de espera do grupo das cirurgias do aparelho digestivo e parede abdominal, a grande maioria são colecistectomias ou hernioplastias na cirurgia geral (SILVA, 2021).

Em relação ao tempo de espera, neste estudo, identificou-se a mediana de 04 dias para a Macrorregião Norte de forma geral com intervalos interquartis que variaram de 0 a 228 dias.

Na macrorregião, ficou estatisticamente demonstrada associação significativa ($p < 0,05$) entre os grupos de procedimentos de forma geral (principalmente no G1 e no G6) em relação aos tempos de espera categorizados neste estudo.

Apesar de não existir um consenso sobre a definição de tempos de espera considerados ideais, seguros ou excessivos para serem aplicados nas cirurgias eletivas, alguns países têm desenvolvido sistemas de gerenciamentos e/ou protocolos. Na Inglaterra, foi criado o SPAG (*Surgery Prioritization and Allocation Guide*), sendo definidas 03 categorias de indicação de cirurgias eletivas baseadas em: 1- condições de segurança do procedimento; 2-

quadro clínico do paciente; 3- aspectos biopsicossociais (grau de prejuízo da independência/autonomia funcional, sofrimento psíquico, dor e dependência de opioides). Os tempos ideais variaram entre até 30 dias, até 90 dias e podendo ultrapassar 90 dias (GOIÁS, 2022).

Outros países, como Austrália e Itália, apresentaram iniciativas de protocolos de priorização que sugeriram tempos máximos semelhantes ao modelo inglês. Porém, o que se observa nesses exemplos é a necessidade de monitorização dos pacientes para que seja feita a gestão dos casos. Se analisarmos a realidade do sistema de saúde brasileiro, essas categorias podem fazer pouco sentido. Isso se deve, sobretudo, pela dificuldade de acesso aos cirurgiões (SILVA, 2021). Muitos pacientes não possuem nenhuma possibilidade de ser reavaliado entre o atendimento que gerou a solicitação do procedimento e a realização da cirurgia. Isso representa um obstáculo para implantação de alguns dos protocolos de priorização já existentes em outros países. A adoção de critérios que exclua essa necessidade de reavaliações pode ter um significado mais apropriado para a realidade do Sistema Único de Saúde.

O tempo de espera em fila na Macrorregião Norte oscilou conforme o tipo/grupo de cirurgias. Apesar de não ser o grupo que mais demanda procedimentos na macrorregião, o G4 (cirurgia torácica; cirurgia de vias aérea superiores, cabeça e pescoço; cirurgia reparadora e cirurgia orofacial; e cirurgia do aparelho da visão) é o que apresentou os maiores tempos de espera. A justificativa para a maior parte da demora pode estar na escassez de profissional médico nas especialidades de cirurgia torácica, otorrinolaringologia, cirurgia plástica ou buco maxilar e oftalmologia cirúrgica principalmente nos serviços públicos de saúde das microrregiões.

Segundo o relatório demografia médica de 2015, somente 5% dos médicos especialistas atuam no SUS, o que demonstra que as dificuldades encontradas pelos gestores em encontrar profissionais médicos são parcialmente determinadas pela oferta insuficiente de formação para tais especialidades (SCHEFFER, 2015).

Dentre as cirurgias pertencentes ao G4 estão as otorrinolaringológicas (adenoamigdalectomias e as otológicas) e de cabeça e pescoço e as cirurgias do aparelho da visão (cataratas), além das cirurgias plásticas reparadoras e cirurgias torácicas. Os resultados apontaram este grupo, como aquele com maior quantidade de registros de longos tempos de espera em fila. Como esses procedimentos exigem avaliação por profissionais especializados, pode-se pensar que esse tempo de espera pode se justificar por duas razões. Primeiro, pelo histórico de dificuldade de acesso inicial para consulta de avaliação, exigindo em seguida a emissão de um parecer sobre a indicação cirúrgica.

Não foi ao acaso que nesse grupo estão procedimentos que foram elencados desde o início dos anos 2000 como prioritários para a execução nos chamados “mutirões” ou Campanhas de Cirurgias Eletivas implementadas pelo Ministério da Saúde com o intuito de reduzir as demandas reprimidas como as conhecidas campanhas de cataratas (BAPTISTA, 2003). Tais iniciativas impactaram na garantia de acesso para uma parcela da população, mas no que diz respeito às demandas da população, o impacto é apenas temporário, pois além de não possuir caráter de política pública permanente, estas se baseiam apenas na disponibilização e incremento financeiro temporário através do Fundo de Ações Estratégicas e de Compensação (FAEC). Este fundo foi criado em 1999 através da Portaria GM 531/99 garantindo financiamento federal para essas e outras ações consideradas estratégicas. O estímulo aos prestadores hospitalares para aumentarem a oferta dos procedimentos elencados como prioritários, assim classificados pela baixa execução na rotina dos hospitais, não considerou os outros obstáculos existentes neste processo. (BRASIL, 2002b). Segundo Damani *et al.* (2017), apenas adicionar recursos financeiros não resultou em efetiva melhoria do acesso ou na resolução da fila de espera.

Por outro lado, o grupo que apresentou o menor tempo de espera foi o G6 (Cirurgia e outros tratamentos em Oncologia; Outras Cirurgias, Tratamentos Clínicos Coleta De Material; Diagnóstico em Endoscopia; Pequenas Cirurgias de pele e tecidos). Isso pode ser explicado pelo caráter dos procedimentos relacionados a oncologia que, apesar de serem eletivos, estão associados a doenças/agravos consideradas de maior gravidade ou inseridas em linhas de cuidados definidas por protocolos clínicos e/ou diretrizes terapêuticas. Tais documentos estabelecem critérios para o diagnóstico da doença ou do agravo à saúde. O tratamento preconizado, com os medicamentos e demais insumos apropriados, devem ser baseados em evidência científica e considerar critérios de eficácia, segurança, efetividade e custo-efetividade das tecnologias recomendadas. Nestes, muitas vezes são indicados os tempos ideais de intervenção a depender do estadiamento da doença outra característica do agravo (BRASIL, 2019). É extremamente importante a aplicação dessa prática de utilização de protocolos e diretrizes para as demais linhas de cuidado, que pode influenciar diretamente no fluxo das filas de cirurgias.

Outro fator associado é que as cirurgias do G6 são realizadas em sua maioria em hospitais especializados como Centros de Alta complexidade em Oncologia (CACON) ou Unidade de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) por se tratarem de cirurgias oncológicas. Além das principais cirurgias para retiradas de tumores/neoplasias também existem outras que, de alguma forma, estão vinculadas a atenção oncológica, como as cirurgias

sequenciais em oncologia para correções de qualquer natureza, cirurgias plásticas e implantes de próteses ou as prévias para coletas de material para biópsias e outros exames, por exemplo. Tais serviços especializados, que foram regulamentados através da Portaria n. 874 de maio de 2013 que instituiu a Política Nacional para Prevenção e Combate ao Câncer (PNPCC) na Rede de Atenção as Pessoas com Doenças Crônicas (RASPDC), e que são dimensionados para atender dentro da lógica regional e da hierarquização, com uma maior valorização financeira. Alguns deles são financiados através do FAEC, ou quando financiados através dos Recursos de Média e Alta Complexidade (MAC), possuem incremento financeiro (DATASUS, 2023). Os CACON's e UNACON's também estão sujeitos a regras onde a equipe médica deve se manter completa e ser formada por especialistas para que possa funcionar adequadamente e manter as habilitações junto ao Ministério da Saúde. Habilitações essas que são atualizadas periodicamente. (BRASIL, 2017b).

Silva (2021) também identificou em seu estudo que pacientes com quadro de doenças malignas têm suas cirurgias agendadas mais brevemente em relação a grande maioria dos pacientes. Isso ocorre pois geralmente as filas de espera são organizadas pela ordem cronológica.

Quanto à complexidade dos procedimentos na fila de espera da Macrorregião Norte, percebe-se que a média complexidade compõe a maioria da demanda. Apenas cerca de 25% se refere aos procedimentos de alta complexidade. Nessa mesma proporção, o tempo de espera relacionado à complexidade também revelou que prevaleceram os maiores tempos de espera para os procedimentos cirúrgicos de média complexidade. O presente estudo identificou associação estatística ($p < 0,05$), na relação entre os todas as categorias de tempos de espera em dias e a complexidade dos procedimentos cadastrados.

Segundo Torres (2015), o financiamento dos procedimentos da média complexidade é apontado pelos gestores da saúde, como um dos principais obstáculos para a uma melhor execução da assistência à saúde, pelos valores dos repasses serem considerados baixos, sem reajustes periódicos. Outra questão envolve a forma em que os repasses financeiros são feitos. Esses se dão através da apuração da produção assistencial, com valores definidos por procedimentos realizados. Além disso, os gestores consideram que há pouco investimento no setor, principalmente advindo da esfera federal. O subfinanciamento para a média complexidade limita a atuação dos gestores no cumprimento dos compromissos pactuados, dificulta o pagamento, a manutenção e o investimento em qualificação de profissionais de saúde, gerando descontinuidade do atendimento. Entretanto, é válido ressaltar que, apesar da política de saúde prever financiamento tripartite (advindo das esferas municipais, estaduais e

federal), percebe-se que neste caso há uma tendência a manutenção do modelo de atenção hospitalar com financiamento centralizado apenas através dos recursos da Média e Alta Complexidade (MAC) oriundos do governo federal. Já para Paim, (2019, p.21), o que explica tal situação é o “subfinanciamento crônico e o desfinanciamento imposto pela EC-95 ao SUS comprometem a universalização e a expansão de serviços públicos”.

O que se observa na prática é que parece estar havendo uma ausência de planejamento. Isso se expressa, sobretudo, pela inversão da oferta-demanda. Parece se ofertar muitos procedimentos com pouca demanda e ofertar poucos procedimentos com elevada demanda. Tal situação é gerada pelo maior valor financeiro dispensado aos procedimentos da alta complexidade, fazendo com que os serviços de saúde se interessem e especializem mais nesse segmento. Segundo Silva (2017), a média complexidade abarca tudo o que não está incluído na Atenção Básica e nem na alta complexidade, sendo que a pouca valorização da média complexidade demonstra descaso com este nível de assistência, contribuindo com os longos tempos de espera por cirurgias eletivas.

Para análise da situação da fila de espera por cirurgias eletivas, as baixas nos cadastros dos procedimentos no sistema SUSFácil/MG e seus motivos configuraram informação relevante para a aferição da cobertura assistencial dos serviços diante da demanda. Também foi identificada significância estatística com valor de $p < 0,05$ na relação entre os tempos de espera e os motivos da baixa no sistema, principalmente nas categorias de “baixa para realizar cirurgia eletiva” e “sem baixa”.

Todos os grupos de procedimentos – exceto o G4 (cirurgia torácica; cirurgia de vias aéreas superiores, cabeça e pescoço; cirurgia reparadora e cirurgia orofacial; e cirurgia do aparelho da visão) – tiveram a maior frequência de baixas registradas pelo motivo “baixas devido internação para realizar cirurgia eletiva”. Já os procedimentos identificados como “sem baixa”, apresentaram maior quantitativo no G4. A análise dos resultados permite apontar que a fila de espera existente até a data limite deste estudo, sinaliza que 29,20% ainda aguardavam em fila por algum desfecho.

Estudo que também analisou demanda por cirurgias eletivas foi realizado por Vigarani et al, (2020), ao caracterizarem as AIH's junto a central de regulação de cirurgias do SUS em Ribeirão Preto/SP. Os autores identificaram que 53% das AIH's de procedimentos eletivos haviam sido liberadas para realização; outras 16,5% encontravam-se como solicitadas; as devolvidas eram 15,5% e outras quase 15% eram canceladas ou sem nenhum apontamento. Se forem desconsideradas as solicitações canceladas, uma vez que estas provavelmente não retornarão para a fila de espera, os resultados referentes as cirurgias “sem baixa ou sem

desfecho” foram bem semelhantes aos do presente estudo, ficando em torno de 30%, de uma demanda que aguarda por uma resposta do sistema de saúde.

Sobre cancelamentos de procedimentos, o presente estudo apresentou 6.80% e 2,50% aguardavam autorizações/agendamento. Esses resultados foram menores que os encontrados no estudo de Cima e Almeida, (2021), ao revelarem um impacto dos cancelamentos nas listas de espera por cirurgias eletivas (taxa de 14% de cancelamento) no Sistema de Saúde português, a partir de uma base de dados composta por todos os pacientes que entraram em lista de espera nacional entre 2011 e 2015.

Um ponto a ser destacado diz respeito a que se observa em relação as microrregiões de Salinas e de Bocaiúva, que apresentaram os resultados em que se percebe os maiores tempos de espera e os menores percentuais de baixas para realização de cirurgias eletivas. Em comum às duas microrregiões, existe o histórico de já terem pertencido até o ano de 2020 a microrregiões bipolares, isto é, que possuíam 02 polos. Só no ano de 2020, quando ocorreu uma atualização no Plano Diretor de Regionalização (PDR), que essas microrregiões foram separadas após avaliações e novas pactuações. A microrregião de Bocaiúva formava até então com a micro Montes Claros (Montes Claros/Bocaiúva) e Salinas era um dos polos junto com Taiobeiras (Salinas/Taiobeiras).

No que diz respeito ao contexto da pandemia por COVID-19, é indiscutível seu impacto nas filas de espera por cirurgias eletivas. Foi possível observar uma importante redução de cerca de 60% nas baixas realizadas no sistema no ano de 2020, em comparação com os anos de 2018 e 2019. Rocco *et al.*(2022) identificaram as diferenças entre ocorrências em 2019 (ano não pandêmico) com 2020 (ano pandêmico) em um hospital universitário no sul do Brasil. Houve uma redução de mais de 63% na quantidade dos procedimentos eletivos relacionados a cirurgias de hérnias de parede abdominal e colecistectomias comparado ao ano de 2019.

É importante ressaltar que as cirurgias que continuaram a ser realizadas no período mais crítico da pandemia, através da Deliberação 73, de 31/7/2020⁵, que suspendiam todos os procedimentos cirúrgicos eletivos da rede pública e privada, excetuando os casos de pacientes com necessidades de transplantes, cirurgia cardíaca ou oncológica de maior gravidade, em que

⁵ Comitê Gestor do Plano de Prevenção e Contingenciamento em Saúde do COVID-19 – Comitê Extraordinário COVID-19 instituído através do Decreto nº 47.886, de 15/03/2020 de caráter deliberativo, e com competência extraordinária para acompanhar a evolução do quadro epidemiológico do novo Coronavírus, além de adotar e fixar medidas de saúde pública necessárias para a prevenção e controle do contágio e o tratamento das pessoas afetadas (MINAS GERAIS, 2020c).

o médico especialista identificasse risco aumentado de mortalidade e que as condições estruturais e de biossegurança epidemiológicas permitissem (MINAS GERAIS, 2020b).

Para além dos objetivos deste trabalho, identificou-se também dificuldades na resolução das filas de espera e conseqüente dificuldade de acesso da população aos procedimentos cirúrgicos em todas as microrregiões pertencentes à Macrorregião Norte. Partindo do princípio da regionalização – que prevê que cada microrregião de saúde deve ser capaz de atender a grande maioria dos procedimentos cirúrgicos classificados como de média complexidade demandados pela população em um determinado intervalo de tempo – o que se observou neste estudo foi que das 11 microrregiões estudadas, 06 conseguiram responder a 50% ou mais da demanda das filas de cirurgias. Outras 05 não alcançaram nem esse patamar de cobertura assistencial no período de entre os anos de 2015 e 2021.

Neste estudo, percebeu-se que mesmo as microrregiões que apresentaram melhores resultados referentes a fila de espera e suas características, principalmente relacionadas ao tempo de espera, não conseguiram atender de forma igualitária as demandas de cirurgias. Alguns grupos de procedimentos foram mais atendidos que outros, ainda que estivessem dentro do elenco de procedimentos que compõem as atribuições das microrregiões.

Ressalta-se um ponto importante e específico que diz respeito ao ocorrido na microrregião de Januária, que dentre outros problemas, teve o seu principal estabelecimento hospitalar impedido de realizar procedimentos cirúrgicos pela suspensão do alvará sanitário do bloco cirúrgico por cerca de 13 anos. Isso fez com que os atendimentos da população desta microrregião ocorressem quase totalmente em outras microrregiões.

Além das dificuldades relacionadas ao financiamento já citadas, também é possível indicar fatores relacionados à rede assistencial como um todo. Dentre esses, tem-se a falta de equilíbrio na distribuição quantitativa dos serviços de saúde bem como a organização de tais serviços, com predomínio de hospitais de pequeno e médio porte com capacidade reduzida de fixar especialistas e que via de regra, limitam-se à realização de partos e tratamentos clínicos.

Tal situação, leva ao descumprimento das pactuações pelas microrregiões, pois a falta de estrutura e de profissionais, além de outros fatores como as grandes distâncias entre os municípios de origem e os locais onde estão os hospitais mais estruturados dificultam as tomadas de decisões por parte dos gestores. Dessa forma, parece haver uma priorização entre ter que estruturar hospitais – o que requer recursos que quase sempre não estão disponíveis – ou o fechamento desses hospitais. Mesmo havendo ciência por parte dos gestores sobre a baixa resolubilidade destes hospitais, os mesmos preferem manter boa parte dos recursos alocados nestes hospitais ao invés redirecioná-los juntamente com a população para hospitais mais

resolutivos, seja na mesma ou em outra microrregião. De alguma forma esses serviços de saúde possuem uma importância no local onde estão inseridos, seja por motivos e interesses políticos diversos, seja por prestar atendimentos de urgência mesmo que de forma mais restrita.

Um exemplo de descumprimento de pactuação foi verificado na Programação Pactuada Integrada (PPI) do ano de 2019, que possuía registrada em seu pacto um total de 14.800 procedimentos classificados como Eletivo Cirúrgico de média complexidade, para ser executado pelos prestadores de serviços hospitalares dos municípios da Macrorregião Norte. Entre janeiro e dezembro desse mesmo ano, foram executados 10.975 dos procedimentos cirúrgicos pactuados. Os demais 3.825 procedimentos deixaram de ser realizados (SES/MG, 2019). Isso parece configurar um descumprimento do pacto por parte dos municípios que ofertaram os serviços no processo de pactuação. A aferição desses dados de cumprimento de pactos só foi possível a partir do ano de 2019 quando a SES/MG desenvolveu e disponibilizou um sistema de monitoramento da execução das pactuações de acesso público através de uma ferramenta digital disponível pela internet.

Em relação aos resultados apresentados pelas microrregiões, o que se percebeu foram resultados heterogêneos no que diz respeito a realização das cirurgias e aos tempos de espera. Nenhum padrão ficou identificado, como por exemplo, menores tempos de espera ou maior percentual de baixas por realização de cirurgias em municípios que possuem hospital em seu território. Nesse mesmo sentido observou-se que a microrregião de Coração de Jesus que possui apenas um hospital de pequeno porte apresentou os menores tempos de espera em comparação a outras por microrregiões maiores e com mais hospitais.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As filas de cirurgias eletivas se transformaram no centro das discussões nos níveis decisórios da gestão da saúde nas três esferas de governo, pois representam um grande problema a ser resolvido na atualidade. Apesar de diversos estudos apontarem a sua existência há algumas décadas, foi apenas após a ocorrência da pandemia da COVID-19 e suas repercussões nos diversos sistemas de saúde, que os holofotes parecem ter dado atenção a este problema na Saúde Pública.

A partir do ano de 2015, no estado de Minas Gerais, foi possível através do módulo de filas de eletivas da ferramenta SUSFácil, começar a documentar e conhecer as demandas dessa fila para cirurgias eletivas. Mesmo que a ferramenta pareça ser subutilizada, ao longo dos anos alguns registros importantes foram realizados sobre essas demandas.

Sob a ótica da gestão das políticas de saúde, foi possível através deste estudo descrever o perfil dos pacientes cadastrados nesta fila e alguns aspectos que envolvem essa espera pelo procedimento. Dentre as informações, foram identificados os tipos de cirurgias por grupos de procedimentos e por complexidade mais frequentes e os tempos de espera. Além disso, foi possível também identificar a situação dos procedimentos na fila de espera e as baixas da fila no sistema e seus motivos. Destarte, pode-se dizer que através do alcance dos objetivos específicos do estudo foi possível atingir o objetivo geral, que é o de caracterizar a demanda de cirurgias eletivas na Macrorregião Norte de Minas Gerais a partir das filas de espera no período de 2015 a 2021.

Este estudo traz contribuições importantes para o campo da gestão da saúde, tanto no que envolve a atuação das Unidades Regionais de Saúde quanto dos 86 gestores municipais de saúde pertencentes à macrorregião. Isso porque foi feito um levantamento e sistematização de dados referentes à Macrorregião Norte de Minas Gerais que permitiram uma problematização da realidade regional. Para além dos objetivos propostos, foi possível identificar aspectos relacionados a coberturas assistenciais nas microrregiões de saúde que compõem a macrorregião Norte de MG, assim como as dificuldades de acesso a cirurgias eletivas. Esses resultados apontam para desafios na gestão regional da política pública em dois sentidos. Por um lado, se depara com obstáculos reais a serem superados, como os relacionados ao financiamento e a falta de profissionais especialistas. Por outro, demonstra como ainda é necessário o envolvimento de todos os gestores – em um processo de responsabilização conjunta respeitando seus respectivos níveis de resolução – para atender e resolver as necessidades de saúde da população.

Ficou evidente que na Macrorregião Norte de MG, a regionalização ainda tem muito a evoluir para que as estruturas assistenciais e administrativas e a força de trabalho dos profissionais sejam mais bem utilizadas através de decisões políticas e administrativas mais eficientes, superando todas as adversidades e considerando as particularidades e necessidades do território, tanto no aspecto físico/geográfico quanto no aspecto das dinâmicas dos processos de trabalhos construídos para que possam alcançar melhores resultados com impacto positivo na saúde da população. Importa dizer que o fortalecimento da gestão regional do SUS parece ser um horizonte importante a ser contemplado para a resolução de problemas de acesso, equidade e integralidade na assistência à saúde. E diante das dificuldades com o financiamento, além de outras tentativas de desmonte das políticas públicas, o SUS ainda tem muito a caminhar para seu aprimoramento.

Sobre os rearranjos regionais, como nos casos de Bocaiúva e Salinas, terem interferido ou não na capacidade das microrregiões que antes eram bipolares e, agora, compõem microrregiões independentes, não se pode afirmar que esta tenha sido a causa dos resultados apontarem para maiores tempos de espera e menores baixas no sistema para realização de cirurgias no período estudado. Tal fator pode ter contribuído para o resultado apresentado. No entanto, recomenda-se novos estudos mais específicos para o esclarecimento deste fato.

Com o desenvolvimento deste estudo, outros questionamentos se apresentaram, como por exemplo: quais são as barreiras e quais são as soluções para se superar o desafio assistencial das filas de espera por procedimentos eletivos?

Em relação às contribuições deste estudo para o Mestrado Profissional do Programa de Pós Graduação Ensino em Saúde (EnSa) da UFVJM, além do produto final para compor acervo bibliográfico para comunidade acadêmica e servir de base para outros estudos, o estudo também traz oportunidade da discussão do tema da gestão regional em saúde. Isso se deve ao fato do estudo ser oriundo da atuação profissional da discente como enfermeira, especialista em políticas e gestão da saúde atuante na Coordenação de Regulação da Superintendência Regional de Saúde de Montes Claros/ SES - MG.

Dentro da lógica de um mestrado profissional, o estudo e a experiência adquirida através de seu desenvolvimento, permite o crescimento profissional e pessoal. A ampliação do senso crítico para abordagem tanto teórica deste e de outros assuntos de interesse para a Saúde Coletiva, quanto prática para a realização de análises e proposições importantes durante a atuação no local de trabalho cumprindo as atribuições pertinentes à gestão da saúde pela SRS/Montes Claros. Enquanto unidade administrativa descentralizada da SES/MGna

Macrorregião Norte de Minas Gerais, há ainda a possibilidade de intervenções na realidade das políticas públicas com impacto na saúde da população dessa região.

Uma fragilidade que foi identificada durante o desenvolvimento do trabalho e pode ser apontada como limitação deste estudo, se refere a implantação do módulo de filas de eletivas no sistema SUSFácil em 2015, pois a sua implementação sempre foi um desafio para quem atua na gestão. Os municípios são os responsáveis pela inserção dos cadastros na fila de eletivas. Porém, por muito tempo observou-se que o cadastramento na fila só se efetivava a partir da existência de previsão de vaga ou data de realização do procedimento, apesar da SES/MG sempre orientar e estimular o cadastro na fila de eletivas a partir da existência da demanda pela cirurgia e independente de vagas. Esta prática dos técnicos das secretarias municipais pode ter interferido de alguma forma ao se precisar o tempo de espera por cirurgias eletivas. Dessa forma, este estudo realizou apenas uma estimativa, já que não é possível identificar quanto tempo o cidadão esperou antes de ter o seu cadastro preenchido no sistema.

Também não foi possível identificar neste estudo os dados referentes ao quantitativo de casos eletivos que tiveram complicações e que precisaram ser resolvidos pela urgência e emergência. Tal situação, deve-se ao fato do SUSFácil/MG ter disponibilizado somente em meados de 2021, a possibilidade desta informação ser inserida no sistema a partir do fluxo regulatório do paciente. Sendo esta outra limitação com a obtenção dos dados para este estudo.

Apesar das atualizações e inovações realizadas nos últimos anos, sugere-se que sejam feitas melhorias na ferramenta SUSFácil/MG e na orientação do seu manuseio, pois poderão fornecer dados mais apurados. Assim, acredita-se haver de fato uma maior contribuição com informações importantes que impactam principalmente na prática da gestão da saúde favorecendo o planejamento e as tomadas de decisões no Sistema Único de Saúde.

Considera-se a pertinência e a relevância deste estudo tanto para o meio acadêmico quanto para a gestão regional do SUS na Macrorregião Norte e em outras regiões do país. Mas é importante ressaltar que esta dissertação apenas apontou questões que podem levar ao aprofundamento do debate para ir além daqueles contidos neste. Espera-se que o tema possa se desdobrar em abordagens que envolvam assuntos como a estrutura e os investimentos no SUS, os desenhos da rede assistencial envolvendo outros aspectos como o acesso, além do desenvolvimento de protocolos com critérios clínicos e sociais, para dar melhor cobertura não só as cirurgias eletivas como também a outros atendimentos de média complexidade. Já que estes são, atualmente e há algumas décadas, considerados os principais gargalos assistenciais na rede de atenção à saúde, que ferem profundamente os princípios do SUS e o direito à saúde do cidadão.

Acredita-se ainda, sob o ponto de vista da gestão da saúde, que através do desenvolvimento de políticas públicas bem planejadas, discutidas e construídas com a participação dos diversos segmentos da sociedade, colocando o interesse da população em primeiro plano, com cada esfera da gestão desenvolvendo suas ações e respectivas responsabilidades, e a utilização de mecanismos de controle e avaliação, além do controle social, muitos dos desafios relacionados aos problemas assistenciais possam ser amenizados.

REFERÊNCIAS

- ANS, Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Caderno de Informação de Saúde Suplementar. Beneficiários, operadoras e planos.** Edição: dezembro de 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/aceso-a-informacao/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor>. Acesso em: 05 mar. 2022.
- BALBINO, CM; SILVINO, ZR; SANTOS, JS; JOAQUIM, FL; SOUZA, CJ; SANTOS, LM e Izu, M. (2020). **The reasons that prevent men adherence to male health care programs.** Research, Society and Development, 9(7):1-17, e389974230. Disponível em: <https://ninho.inca.gov.br/jspui/handle/123456789/11193>. Acesso em 13 fev. 2023.
- BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria. **Políticas de saúde no pós-constituente: um estudo da política implementada a partir da produção normativa dos poderes executivo e legislativo no Brasil.** Tese (doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social. 2003.
- BARUA, B., ROVERE, M. C., e SKINNER, B. J. **Waiting Your Turn: Wait Times for Health Care in Canada 2010** Report. SSRN Electronic Journal. Disponível em: <https://doi.org/10.2139/ssrn.1783079>. Acesso em: 22 mar. 2022.
- BATISTA A.B.E, VIEIRA R.R.B.T, ARAUJO A.C.A.A, PETAGNA B.T., PAULA J.F., BATISTA C.A.M. **Hérnia de Richter.** Revista Saúde. 2019; 10(2): 66-70. Disponível em: <http://editora.universidadedevassouras.edu.br/index.php/RS/article/view/1862>. Acesso em: 30 nov. 2022.
- BITTENCOURT, Sonia Duarte de Azevedo (Org.) **Vigilância do óbito materno, infantil e fetal e atuação em comitês de mortalidade.** / organizado por Sonia Duarte de Azevedo Bittencourt, Marcos Augusto Bastos Dias e Mayumi Duarte Wakimoto. — Rio de Janeiro, EAD/ENSP, 2013. 268 p., il., tab., graf. ISBN: 978-85-61445-87-4.
- BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 19 set. 1990a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 20 jan. 2022.
- BRASIL. **Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990.** Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 31 dez. 1990b. Disponível em: https://servicos2.sjc.sp.gov.br/media/116799/microsoft_word_-_lei_n_8142.pdf. Acesso em: 20 jan. 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Regionalização da Assistência à Saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso: Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/02 e Portaria MS/ GM Nº 373, de 27 de fevereiro de 2002 e regulamentação complementar,** Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência. – 2a Edição. Revista e Atualizada. – Brasília: MS; 2002a. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Reduzindo as desigualdades e ampliando o acesso à assistência à saúde no Brasil: 1998-2002**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender a gestão do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. - Brasília: CONASS, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS Nº 1372, de 1o de julho de 2004**. Institui a Política Nacional de Procedimentos Cirúrgicos Eletivos de média complexidade e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes para a implantação de Complexos Reguladores / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. **O SUS no seu município: garantindo saúde para todos**. 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 46 p.: il. color. – (Série B. Textos Básico de Saúde), 2009. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_municipio_garantindo_saude.pdf. Acesso em: 05 de mar. 2022.

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.

BRASIL. Decreto 7.508 de 28 de junho de 2011. **Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências**. Brasília: Casa Civil, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1294 de 25 de maio de 2017**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2017a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 874 de 16 de maio de 2013**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2017b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. **Guia de elaboração de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas: delimitação do escopo [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde**. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_elaboracao_protocolos_delimitacao_escopo_2ed.pdf. Acesso em 07 out. 2022.

BRETAS, Nilo; SHIMIZU, Helena Eri. **Reflexões teóricas sobre governança nas regiões de saúde**. Ciência & Saúde Coletiva [online]. 2017, v. 22, n. 4, pp. 1085-1095. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.30532016>. ISSN 1678-4561. Acesso em: 13 jun. 2022.

BUSS, Maico Oliveira. **Modelo de sistema de conhecimento para a gestão de lista de espera para cirurgias no Sistema Único de Saúde**. Florianópolis, SC, 2015. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/135511/334680.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 01 fev. 2022.

CARVALHO TC, GIANINI RJ. **Equidade no tempo de espera para determinadas cirurgias eletivas segundo o tipo de hospital em Sorocaba, SP**. Revista Brasileira de Epidemiologia 2008; 11:473-83. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/DXDs3yH69fgsF6tJ9RhWXPh/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 01 fev. 2022.

CARVALHO, André Luís Bonifácio de; JESUS, Washington Luiz Abreu de; SENRA, Isabel Maria Vilas Boas. **Regionalização no SUS: processo de implementação, desafios e perspectivas na visão crítica de gestores do sistema**. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, p. 1155-1164, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/X5tq3bQgN8XkGkths95ctkz/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 03 fev. 2022.

CIMA J, ALMEIDA Á. **The impact of cancellations in waiting times analysis: evidence from scheduled surgeries in the Portuguese NHS**. *European Journal Health Economy*. 2022 Feb;23(1):95-104. doi: 10.1007/s10198-021-01354-5. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34304324/>. Acesso em: 20 jul. 2022.

CLAUS, Christiano Marlo Paggi *et al.* **Orientações da Sociedade Brasileira de Hérnia (SBH) para o manejo das hérnias inguinocrurais em adultos**. Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões [online]. 2019 v. 46, n. 4, e20192226. Epub 30 Set 2019. ISSN 1809-4546. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0100-6991e-20192226>. Acesso em: 13 dez. 2022.

CNES, Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. **Relatórios de habilitações**. DATASUS, Ministério da Saúde. Disponível em: <https://cnes2.datasus.gov.br>. Acesso em: 13 fev. 2023.

CONILL, Eleonor Minho, GIOVANELLA, Lúgia e ALMEIDA, Patty Fidelis de. **Listas de espera em sistemas públicos: da expansão da oferta para um acesso oportuno? Considerações a partir do Sistema Nacional de Saúde espanhol**. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2011, v. 16, n. 6, pp. 2783-2794. Epub. 16 jun. 2011. ISSN 1678-4561. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000600017>. Acesso em: 13 ago. 2021.

COUTINHO, Dalsiza Cláudia Macedo; SANTOS, Rosemeire. **Política de saúde no Brasil Pós Constituição Federal de 1988: reflexões sobre a trajetória do SUS**. *Humanidades & Inovação*, v. 6, n. 17, p. 112-126, 2019. Disponível em: <https://revista.unitins.br/index.php/humanidadeseinovacao/article/view/1644>. Acesso em: 18 ago. 2021.

DAMANI, Z. et al. **What is the influence of single-entry models on access to elective surgical procedures? A systematic review**. *British Medical Journal Open*, London, v. 7, n. 2, 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28237954/>. Acesso em: 06 fev. 2023.

DATASUS, Ministério da Saúde. **Tabnet. Informações de saúde**. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/acesso-a-informacao/morbidade-hospitalar-do-sus-sih-sus/>. Acesso em: 01 mar. 2022.

DATASUS, Ministério da Saúde. **SIGTAP. Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS**. Disponível em: <http://sigtap.datasus.gov.br>. Acesso em: 12 fev. 2023.

DÉRY J, Ruiz A, ROUTHIER F, GAGNON MP, CÔTÉ A, AIT-KADI D, BÉLANGER V, DESLAURIERS S, LAMONTAGNE ME. **Patient prioritization tools and their effectiveness in non-emergency healthcare services: a systematic review protocol**. Syst Rev. 2019 Mar 30;8(1):78. doi: 10.1186/s13643-019-0992-x. PMID: 30927927; PMCID: PMC6441215. Disponível em <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22425289/>. Acesso em: 20 jul. 2022.

DÉRY J, Ruiz A, ROUTHIER F, BÉLANGER V, CÔTÉ A, AIT-KADI D, GAGNON MP, DESLAURIERS S, Lopes PECORA AT, REDONDO E, ALLAIRE AS, LAMONTAGNE ME. **A systematic review of patient prioritization tools in non-emergency healthcare services**. Syst Rev. 2020 Oct 6;9(1):227. DOI: 10.1186/s13643-020-01482-8. Disponível em <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33023666/>. Acesso em: 20 jul. 2022.

DUARTE, Ligia Schiavon. **Desenvolvimento desigual e a regionalização do SUS: uma análise territorial dos recursos financeiros para as redes de atenção à saúde no Estado de São Paulo (2009-2014)**. 2016. Tese (Doutorado em Serviços de Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016. doi: 10.11606/T.6.2016.tde-19092016-142929. Acesso em: 12 jun. 2022.

GARCÍA-ROJO, E; MANFREDI, C; SANTOS-PÉREZ-DE-LA-BLANCA, R; TEJIDO-SÁNCHEZ, Á; GARCÍA-GÓMEZ, B; ALIAGA-BENÍTEZ, M; ROMERO-OTERO, J; RODRIGUEZ-ANTOLÍN, **A Impact of COVID-19 outbreak on urology surgical waiting lists and waiting lists prioritization strategies in the Post-COVID-19 era**. Actas Urol Esp (Engl Ed);45(3): 207-214, 2021 04. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7799261>. Acesso em: 20 jul. 2022.

GIAMBERARDINO FILHO DD. **O Sistema Único de Saúde e as filas de espera para cirurgias eletivas**. Conselho Federal de Medicina, Paraná, dez, 2017. Disponível em: <http://www.crmpr.org.br/publicacoes/cientificas/index.php/arquivos/article/view/850>. Acesso em: 25 set. 2021.

GOIÁS, Secretaria de Estado da Saúde; Subsecretaria de Saúde; Gerência de Informações Estratégicas em Saúde; **Conecta-SUS** Goiânia; SES-GO; 25 mar. 2022. 1-7 p. Disponível em: <https://www.saude.go.gov.br/sistemas-de-saude/conecta-sus>. Acesso em: 20 jul. 2022.

HADDAD, N. et al. **Consequences of the Prolonged Waiting Time for Patients Candidates for Heart Surgery**. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, v. 78, p. 459–465, 2002 Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0066-782X2002000500003>. Acesso em: 09 jan. 2022.

HADORN, D. C., NOSEWORTHY, T., BARER, M. L., BLACK, C., DONNELLY, L., LEVY, I., LEWIS, S., MCGURRAN, J., TAYLOR, M. C., THOMSON, D., & YOUNG, B. (2000). **Setting priorities for waiting lists: Defining our terms.** *Cmaj*, 163(7), 857–860. Disponível em: <https://www.cmaj.ca/content/163/7/857>. Acesso em: 22 mar. 2022.

HARTZ ZMA, CONTRANDRIOPOULOS A-P. **Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”** *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 20 Sup 2:S331-S336, 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000800026>. Acesso em: 02 abr. 2022.

HEMMI, Ana Paula Azevedo, BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria e REZENDE, Mônica de O. **O processo de construção da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem.** *Physis: Revista de Saúde Coletiva* [online]. v. 30, n. 03. ISSN 1809-4481 Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300321>. Acesso em: 13 fev. 2023.

HUBER M, STANCIOLE A, WAHLBECK K, TAMSMA N, TORRES F, JELFS E, BREMNER J. **Quality in and Equality of Access to Healthcare Services.** *Directorate-General for Employment, Social Affairs and Equal Opportunities.* Luxembourg: European Communities; 2008. Disponível em: <https://www.euro.centre.org/downloads/detail/882>. Acesso em: 12 fev. 2022.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional de Saúde 2019: percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal. Brasil e grandes regiões /** IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. - Rio de Janeiro: IBGE, 2020. 113p. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/9160-pesquisa-nacional-de-saude.html?=&t=resultados>. Acesso em: 05 out. 2021.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Portal do IBGE. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/>. Acesso em: 15 fev. 2022.

JESUS Washington Luiz Abreu de, ASSIS, Marluce Maria Araújo **Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento.** *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2010, v. 15, n. 1. pp. 161-170. Epub 08 Feb 2010. ISSN 1678-4561. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000100022>. Acesso em: 21 set. 2021.

KUSCHNIR, R, FAUSTO, M.C.R (org) **Gestão de Redes de Atenção à Saúde.** Vol.1- Rio de Janeiro: EAD/ENSP, v.1, p.118-119, 2014.

LANDI S, IVALDI E, TESTI A. **Socioeconomic status and waiting times for health services: An international literature review and evidence from the Italian National Health System.** *Health Policy*. 2018 Apr;122(4):334-351. doi: 10.1016/j.healthpol.2018.01.003. Epub 2018 Jan 12. PMID: 29373188. Disponível em <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29373188/>. Acesso em: 20 jul. 2022.

LEE, Mandy ; MARTIN-CARROLL, Margaret ; VON MOLLENDORFF, Wendy ; CONDON, Claire ; KAVANAGH, Matthew ; THOMAS, Estevão . **Common patterns in the public reporting of waiting time and waiting list information: Findings from a sample of OECD jurisdictions.** *Health Policy*;125(8): 1002-1012, 2021 08. Disponível em <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851021001408?via%3Dihub>. Acesso em: 20 jul. 2022.

LEVY N, SELWYN DA, LOBO DN. **Turning ‘waiting lists’ for elective surgery into ‘preparation lists’**. *BJA*. 2021;126(1):1–5. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.bja.2020.08.021>. Acesso em: 20 jul. 2022.

LIMA, L. D. et al. **Governance arrangements for specialized assistance in health regions in Brazil**. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, v. 17, n. Rev. Bras. Saude Mater. Infant., 2017 17 suppl 1, 2017. Disponível em <https://doi.org/10.1590/1806-9304201700S100006>. Acesso em: 12 nov. 2022.

LIMA, L. D. et al. **Arranjos regionais de governança do Sistema Único de Saúde: diversidade de prestadores e desigualdade espacial na provisão de serviços**. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 35, n. Cad. Saúde Pública, 2019 35 suppl 2, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00094618>. Acesso em: 12 nov. 2022.

LINDSAY C.M. FEIGENBAUM B. **Rationing by waiting lists**. *Am Econ Rev*. 1984; **74**: 404-417 apud LEVY N, SELWYN DA, LOBO DN. Turning ‘waiting lists’ for elective surgery into ‘preparation lists’. *BJA*. 2021;126(1):1–5. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.bja.2020.08.021>. Acesso em: 20 set. 2021.

LUIGI, S., HURST, J. (2005). **Explaining Waiting-time Variations for Elective Surgery Across OECD Countries**. *OECD Economic Studies*, 2004(1), 95–123. Disponível em: https://doi.org/10.1787/eco_studies-v2004-art5-en. Acesso em: 22 mar. 2022.

MÃE. Valter Hugo. **O Filho de Mil Homens**. 2ed. São Paulo: Biblioteca Azul, 2016.

MARINHO, A. **Um estudo sobre as filas para internações e para transplantes no sistema único de saúde brasileiro**. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), Brasília, 2004 Disponível em: https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/1899/1/TD_1055.pdf. Acesso em: 20 jan. 2022.

MARINHO, A. **A economia das filas no sistema único de saúde (SUS) brasileiro**, Texto para Discussão, No. 1390, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), Brasília, 2009 Disponível em: https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/1595/1/TD_1390.pdf. Acesso em: 20 jan. 2022.

MELLO GA, PEREIRA APCM, UCHIMURA LYT, IOZZI, FL, DEMARZO MMP, Vianna ALA. **O processo de regionalização do SUS: revisão sistemática**. *Ciência e Saúde Coletiva* 2017; 22(4):1291-1310. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.26522016>. Acesso em: 14 fev. 2022.

MINAS GERAIS. **Decreto 47769 DE 29/11/2019** Dispõe sobre a organização da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2019. Disponível em <https://www.saude.mg.gov.br/sobre/institucional/competencias-legais>. Acesso em: 01 fev. 2022.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Subsecretaria de Gestão Regional. **Ajuste do Plano Diretor de Regionalização de Saúde de Minas Gerais (PDR/MG)**. 1. ed. Belo Horizonte: SES-MG, 2020a. Disponível em: www.saude.mg.gov.br. Acesso em: 23 jun. 2021.

MINAS GERAIS. Comitê Extraordinário COVID-19. **Deliberação n° 73 de 31 de julho de 2020**. Belo Horizonte, 2020b: Disponível em: https://coronavirus.saude.mg.gov.br/images/legislacoes/04-08_DELIBERACAO-DO-COMITE-EXTRAORDINARIO-COVID-19_N73.pdf. Acesso em: 23 ago. 2021.

MINAS GERAIS. **Decreto n° 47.886, de 15/03/2020**. [...] institui o Comitê Gestor do Plano de Prevenção e Contingenciamento em Saúde do COVID-19 - Comitê Extraordinário COVID-19 e dá outras providências. Belo Horizonte, 2020c. Disponível em <https://leisestaduais.com.br/mg>. Acesso em: 06 fev. 2023

MINAS GERAIS. **Memorando-Circular n° 17/2021/SES/SUBREG-SR-DREA**. Secretaria de Estado de Saúde. Subsecretaria de Regulação. Diretoria de Regulação do Acesso Eletivo e Ambulatorial. Belo Horizonte, 2021. Processo "SEI" de n.º 1320.01.0050106/2021-92 documento SEI n° 31326871.

OLIVEIRA, Vanessa Braga; AGUIAR, Ricardo Saraiva. **Conhecimento da política de saúde do homem e a relação com a atenção à saúde**. Saúde Coletiva (Barueri), v. 10, n. 55, p. 2985-3002, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.36489/saudecoletiva.2020v10i55p2985-3002>. Acesso em: 07 fev. 2023.

PAIM, J. S. **Os sistemas universais de saúde e o futuro do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Saúde em Debate, v. 43, n. Saúde debate, 2019 43(spe5), 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S502>. Acesso em: 17 fev. 2023.

PINAFO E, CARVALHO BG, NUNES EFPA. **Descentralização da gestão: caminho percorrido, nós críticos e perspectivas**. Ciência e Saúde Coletiva. 2016; 21(5):1511-1524. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/Hw57xQMscD8PMKcrHvXS8Cm/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 01 mar. 2022.

RATHNAYAKE D, CLARKE M, JAYASINGHE V. **Patient prioritisation methods to shorten waiting times for elective surgery: A systematic review of how to improve access to surgery**. PLoS One. 2021 Aug 30;16(8):e0256578. DOI: 10.1371/journal.pone.0256578. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8404982/>. Acesso em: 20 jul. 2022.

ROCCO, Mateus *et al.*, **Impacto da Pandemia por COVID-19 nos Procedimentos Cirúrgicos Eletivos e Emergenciais em Hospital Universitário**. Revista Colégio Brasileiro de Cirurgia. DOI: 10.1590/0100-6991e-20223324. 15/06/2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rcbc/a/bmTVDxLn3gjPFgy9cqL3gdh/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 fev. 2022.

RODRIGUES, I. B., 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>. Acesso em: 22 de mar. 2022.

SANTOS, Sérgio Antunes. **Avaliação e monitoramento da estratégia para ampliação do acesso aos procedimentos cirúrgicos eletivos na Região Ampliada de Saúde Jequitinhonha, MG.** Dissertação Mestrado Profissional - Programa de Pós Graduação Saúde Sociedade e Ambiente, UFVJM, Diamantina, 2018.

SES/MG. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Subsecretaria de Regulação em Saúde. 01 de dezembro, 2015. Disponível em: <https://www.saude.mg.gov.br/component/gmg/story/7772-ses-mg-desenvolve-funcionalidade-no-susfacil-para-gerir-fila-de-cirurgias-eletivas>. Acesso em 12 jan. 2021.

SES/MG. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Subsecretaria de Regulação em Saúde. **Programação Pactuada Integrada – PPI/MG.** 2019. Disponível em: <http://ppiassistencial.saude.mg.gov.br/>. Acesso em: 10 mai. 2021.

SCHEFFER M. **Demografia Médica no Brasil 2015.** São Paulo: USP, Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, Conselho Federal de Medicina; 2015.

SHIMIZU, Helena Eri *et al.* **Regionalização da saúde no Brasil na perspectiva dos gestores municipais: avanços e desafios.** *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2021, v. 26, suppl 2, pp. 3385-3396. Epub 30 Ago 2021. ISSN 1678-4561. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021269.2.23982019>. Acesso em: 13 jun. 2022.

SILVA, Camila Ribeiro *et al.* **Dificuldade de acesso a serviços de média complexidade em municípios de pequeno porte: um estudo de caso.** *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2017, v. 22, n. 4, pp. 1109-1120. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.27002016>. ISSN 1678-4561. Acesso em: 20 ago. 2021.

SILVA, Jéssica Cristina Ramos. **Cirurgias eletivas: um estudo sobre a funcionalidade dos procedimentos de média complexidade.** 2017. Disponível em: <https://app.uff.br/riuff/handle/1/6397>. Acesso em: 11 dez. 2022.

SILVA, Marconi Santos da. **Proposta de priorização em lista de espera e desenvolvimento de software para gerenciamento de cirurgias eletivas no Hospital Universitário Getúlio Vargas em Manaus-AM. 2021.** 56 f. Dissertação (Mestrado em Cirurgia) - Universidade Federal do Amazonas, Manaus (AM), 2021. Disponível em: https://tede.ufam.edu.br/bitstream/tede/8632/2/Disserta%c3%a7%c3%a3o_MarconiSilva_PPGRACI.pdf. Acesso em: 11 dez. 2022.

SOUTO, L. R. F.; OLIVEIRA, M. H. B. **Movimento da Reforma Sanitária Brasileira: um projeto civilizatório de globalização alternativa e construção de um pensamento pós-abissal.** *Saúde em Debate*, v. 40, p. 204-218, 2016. Disponível em: https://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042016000100204. Acesso em: 20 fev. 2022.

SOUZA, Luis Eugenio Portela Fernandes de. **O SUS necessário e o SUS possível: gestão: Uma reflexão a partir de uma experiência concreta.** *Ciência & Saúde Coletiva*, p. 911-918, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000300027>. Acesso em: 22 fev. 2022.

SUTHERLAND JM, KURZAWA Z, KARIMUDDIN A, DUNCAN K, LIU G, CRUMP T. **Wait lists and adult general surgery: is there a socioeconomic dimension in Canada?** BMC Health Serv Res. 2019 Mar 13;19(1):161. doi: 10.1186/s12913-019-3981-9. PMID: 30866903; PMCID: PMC6416854. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30866903/>. Acesso em: 07 mai. 2022

TORRES, SF DE S.; BELISÁRIO, SA; MELO, EM. **A Rede de Urgência e Emergência da Macrorregião Norte de Minas Gerais: um estudo de caso.** Saúde e Sociedade, v. 24, n. Saúde soc., 2015 24(1), jan. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902015000100028>. Acesso em: 08 fev. 2023.

VIANA A.L.A., BOUSQUAT A., MELO G.A., NEGRI FILHO A., MEDINA MG. **Regionalização e Redes de Saúde.** Ciência e Saúde Coletiva 2018; 23(6): 1791-1798. Disponível em <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05502018>. Acesso em: 20 jul. 2022.

VIGARANI, Suraia Zaki Sammour, et al. **Caracterização das guias de autorização de internação hospitalar (AIH) para cirurgias eletivas.** *CuidArte, Enferm*, 2020, 251-256. Disponível em <http://www.webfipa.net/facfipa/ner/sumarios/cuidarte/2020v2/p.251-256.pdf>. Acesso em: 20 jul./2022.

VASCONCELOS, ICB de L; PRESTES, JYDN; RIBEIRO, RRS; LIMA, SJL; Farias, SDCF, BARBOSA, LD dos S; VASCONCELOS, AC; DUQUE, MAA (2019). **Política nacional de atenção integral à saúde do homem e os desafios de sua implementação.** *Brazilian Journal of Development*, 5 (9), 16340–16355. Disponível em: <https://doi.org/10.34117/bjdv5n9-185>. Acesso em: 13 mar. 2023

APÊNDICE I- INSTRUMENTO PARA COLETA DOS DADOS



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e
Mucuri Programa de Pós Graduação Ensino em Saúde -
EnSa



ESTUDO SOBRE AS FILAS DE CIRURGIAS ELETIVAS NA MACRORREGIÃO NORTE DE MINAS GERAIS

Micro de origem:

Montes Claros Bocaiúva Coração de Jesus Janaúba/Monte Azul Francisco Sá Salinas Taiobeiras Januária Pirapora Manga Brasília de Minas/São Francisco

Município de origem: _____

Micro de destino:

Montes Claros Bocaiúva Coração de Jesus Janaúba/Monte Azul Francisco Sá Salinas Taiobeiras Januária Pirapora Manga Brasília de Minas/São Francisco

Município de destino: _____

Sexo: masculino feminino

Idade:

0 a 04 anos 05 a 19 anos 20 a 39 anos 40 a 59 anos 60 anos ou +

Tipo de cirurgia (por subgrupo do grupo 04 -Procedimentos Cirúrgicos - tabela SIGTAP):

01 02 03 04 05 06 07 08 09
 10 11 12 13 14 15 16 17 18

Complexidade: média alta

Situação:

Na fila eletivas Internação aguardando autorização Autorização cancelada
 Autorização negada Solicitação aguardando regulação Solicitação cancelada
 Aguardando autorização agendamento solicitação com internação permitida
 Internação agendada Internação realizada Situação não identificada

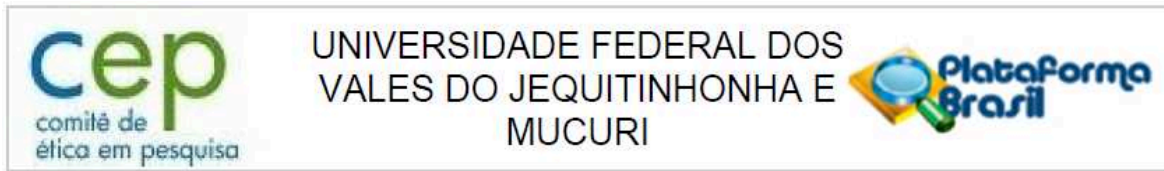
Motivo da Baixa:

paciente não atendido solicitação ambulatorial Atendimento via judicial
 Atendimento por fluxo da urgência/emergência Atendimento por fluxo eletivas
 Baixa administrativa Óbito Outras vias

Tempo de espera:

< 01 mês 01 e 06 meses 06 e 12 meses 01 a 02 anos > 02 anos

ANEXO A – PARECER APROVAÇÃO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Cirurgias eletivas na Macrorregião Norte de Minas Gerais: Um estudo sobre as filas de espera

Pesquisador: Katheryne Tolentino de Souza

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 55454422.4.0000.5108

Instituição Proponente: Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.522.934

Apresentação do Projeto:

“As informações aqui elencadas foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa (PB_Informações_Básicas_do_projeto_1852452, de 19/05/2022): Cirurgias eletivas na Macrorregião Norte de Minas Gerais: Um estudo sobre as filas de espera”

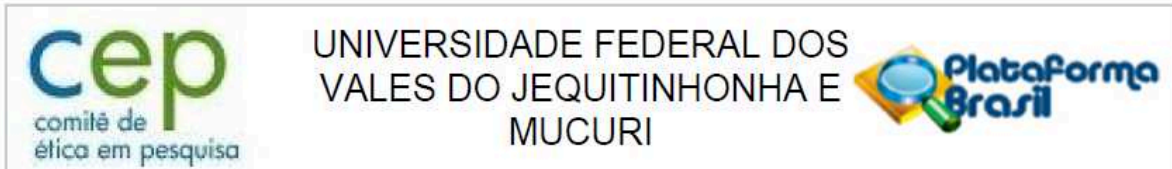
Resumo

Este trabalho busca caracterizar a fila de espera por cirurgias eletivas na Macrorregião Norte de Minas Gerais. Trata-se de um estudo retrospectivo analítico e de abordagem quantitativa de base documental, a coleta de dados se dará a partir do banco de dados do Sistema SUSFácil/MG no módulo de fila de eletivas através de instrumento com caráter de roteiro. Após serem coletados os dados serão organizados para se realizar as análises necessárias.

Hipótese

Acredita-se que com a realização do estudo proposto, sejam conhecidas as principais características das solicitações das cirurgias eletivas cadastradas em fila de espera e seja verificado o perfil da alta demanda por cirurgias eletivas que vem aumentando ano a ano piorada pela pandemia da COVID-19.

Endereço: Rodovia MGT 367 - Km 583, nº 5000, Campus JK, prédio da reitoria, sala 21
Bairro: Alto da Jacuba **CEP:** 39.100-000
UF: MG **Município:** DIAMANTINA
Telefone: (38)3532-1240 **Fax:** (38)3532-1200 **E-mail:** cep.secretaria@ufvjm.edu.br



Continuação do Parecer: 5.522.934

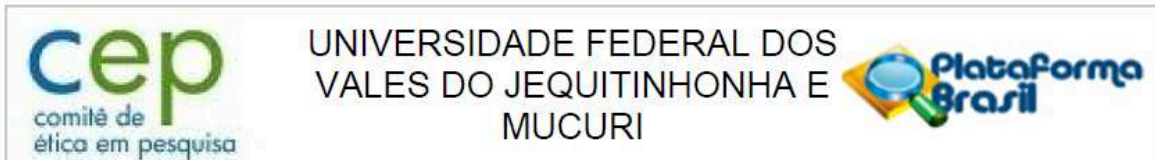
Metodologia

ESTUDO TRANSVERSAL DE NATUREZA ANALÍTICA, RETROSPECTIVA, DE ABORDAGEM QUANTITATIVA DE BASE DOCUMENTAL, A PARTIR DO BANCO DE DADOS DO SUSFÁCIL/MG NO MÓDULO FILAS DE ELETIVAS, RELACIONADOS AOS 86 MUNICÍPIOS LOCALIZADOS NA MACRORREGIÃO NORTE DE MINAS GERAIS. PARA O ESTUDO NÃO FOI REALIZADO CÁLCULO AMOSTRAL, JUSTIFICADO PELA INTENÇÃO DE SE UTILIZAR O UNIVERSO DE CADASTROS EXISTENTE EM BANCO DE DADOS REFERENTE AO PERÍODO DE JANEIRO DE 2015 A DEZEMBRO DE 2021. O NÚMERO TOTAL DE CADASTROS, ISTO É, DE PARTICIPANTES É DE 67.850, PODENDO TER UMA VARIAÇÃO EM TORNO DE 20% PARA MENOS, UMA VEZ QUE AINDA NÃO FORAM CONSIDERADAS AS PERDAS DE INFORMAÇÕES POR ERROS DE PREENCHIMENTO. TRATA-SE DE DADOS SECUNDÁRIOS RESTRITOS, QUE SOMENTE SERVIDORES QUE ATUAM NO SERVIÇO DE REGULAÇÃO ASSISTENCIAL DAS SECRETARIAS ESTADUAL E MUNICIPAIS DE SAÚDE, ALÉM DOS OPERADORES DO SISTEMA DOS HOSPITAIS E DA CENTRAL DE REGULAÇÃO DE LEITOS POSSUEM ACESSO ATRAVÉS DE SENHA PREVIAMENTE AUTORIZADAS PELOS RESPONSÁVEIS PELO SUSFÁCIL/MG NA SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE MEDIANTE ASSINATURA DE TERMO DE SIGILO E CONFIDENCIALIDADE. PELO FATO DA PESQUISADORA PRINCIPAL SER SERVIDORA PÚBLICA DA SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS, SES-MG, LOTADA NA COORDENAÇÃO DE REGULAÇÃO DA SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE DE MONTES CLAROS E JÁ POSSUIR ACESSO AUTORIZADO AO BANCO DE DADOS, JÁ É DE SEU CONHECIMENTO A TOTALIDADE DE CADASTROS EXISTENTES NO BANCO DE DADOS DO SISTEMA SUSFÁCIL/MG. PARA FINS DE REALIZAÇÃO DA PESQUISA SERÁ SOLICITADA RESPONSÁVEIS PELA GESTÃO DO SISTEMA ATRAVÉS DA CARTA DE COPARTICIPE. PARA A COLETA DE DADOS SERÁ UTILIZADO UM INSTRUMENTO ELABORADO PELAS PRÓPRIAS PESQUISADORAS: CONTENDO AS SEGUINTE VARIÁVEIS: PERFIL SÓCIO DEMOGRÁFICO, SEXO, IDADE, TIPOS DE PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS CADASTRADOS, TEMPO DE ESPERA NA FILA DE ELETIVAS, AUTORIZAÇÃO DE CIRURGIA E SITUAÇÃO DE FILA DE ESPERA (URGÊNCIA/EMERGÊNCIA; MUDANÇA PARA PROCEDIMENTO AMBULATORIAL, ATENDIMENTO VIA JUDICIAL, ATENDIMENTOS POR OUTRAS VIAS, ÓBITO, OUTROS MOTIVOS).

Critério de inclusão

DO TOTAL DE 67.850 PARTICIPANTES (CONFORME APONTADO NO MÉTODO), SERÃO INCLUÍDOS OS INDIVÍDUOS QUE DERAM ENTRADA PARA SOLICITAÇÃO DO PROCEDIMENTO NO MÓDULO FILA

Endereço: Rodovia MGT 367 - Km 583, nº 5000, Campus JK, prédio da reitoria, sala 21
Bairro: Alto da Jacuba **CEP:** 39.100-000
UF: MG **Município:** DIAMANTINA
Telefone: (38)3532-1240 **Fax:** (38)3532-1200 **E-mail:** cep.secretaria@ufvjm.edu.br



Continuação do Parecer: 5.522.934

REGISTRO DESSA DEMANDA FOI DISPONIBILIZADO PELO SISTEMA) A DEZEMBRO DE 2021, ORIGINADOS DOS 86 MUNICÍPIOS DA MACRORREGIÃO NORTE DE MINAS GERAIS E QUE POSSUÍREM CADASTRO COMPLETO E CORRETAMENTE PREENCHIDO NO SISTEMA SUSFÁCIL CONTENDO: NOME COMPLETO (QUE SERÁ CODIFICADO), SEXO, IDADE, NOME DA MÃE (QUE TAMBÉM SERÁ CODIFICADO), MOTIVO DA BAIXA NO SISTEMA, NOME DO PROCEDIMENTO, SUBGRUPO, DATA DO CADASTRO, STATUS DA SOLICITAÇÃO, DATA DA BAIXA NO SISTEMA, MUNICÍPIO DE ORIGEM, MICRORREGIÃO DE ORIGEM, MICRORREGIÃO DE DESTINO, MUNICÍPIO DE DESTINO E COMPLEXIDADE DO PROCEDIMENTO.

Critério de exclusão

SERÃO EXCLUÍDOS PARTICIPANTES QUE POSSUÍREM OS REGISTROS NO SISTEMA SUSFÁCIL COM PELO MENOS 01 DOS CAMPOS: NOME COMPLETO, SEXO, IDADE, NOME DA MÃE, MOTIVO DA BAIXA NO SISTEMA, NOME DO PROCEDIMENTO, SUBGRUPO, DATA DO CADASTRO, STATUS DA SOLICITAÇÃO, DATA DA BAIXA NO SISTEMA, MUNICÍPIO DE ORIGEM, MICRORREGIÃO DE ORIGEM, MICRORREGIÃO DE DESTINO, MUNICÍPIO DE DESTINO E COMPLEXIDADE DO PROCEDIMENTO SEM PREENCHIMENTO. TAMBÉM SERÃO EXCLUÍDOS OS PARTICIPANTES QUE POSSUÍREM CADASTROS EM DUPLICIDADE - TANTO AS GERADAS PELO PRÓPRIO SISTEMA, QUANTO AS DUPLICIDADES DE PREENCHIMENTO POR PROCEDIMENTOS EM QUE NÃO SEJA POSSÍVEL A REALIZAÇÃO POR MAIS DE UMA VEZ (EX: HISTERECTOMIA SÓ É POSSÍVEL FAZER 01 VEZ NA VIDA). ALÉM DISSO, OS PARTICIPANTES QUE ESTIVEREM PREVIAMENTE INCLUÍDOS POR ESTAREM COM CADASTRO COMPLETO, AINDA PODERÃO SER EXCLUÍDOS AQUELES QUE ESTIVEREM COM ERROS DE DIGITAÇÃO, OU INCONSISTÊNCIA ENTRE AS VARIÁVEIS (EXEMPLOS: LAQUEADURA EM SEXO MASCULINO; CIRURGIA PEDIÁTRICA PARA PESSOA COM 60 ANOS,

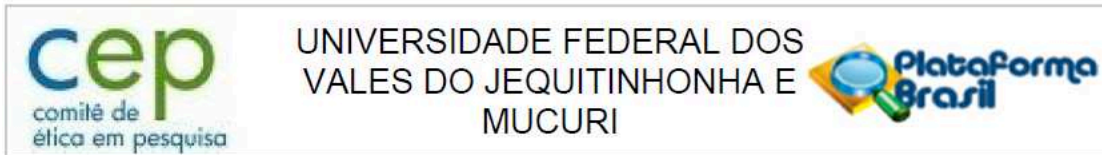
Objetivo da Pesquisa:

“As informações aqui elencadas foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa (PB_Informações_Básicas_do_projeto_1852452, de 19/05/2022): Cirurgias eletivas na Macrorregião Norte de Minas Gerais: Um estudo sobre as filas de espera”

Objetivos primário

Caracterizar a demanda para procedimentos cirúrgicos eletivos na macrorregião norte de Minas Gerais no período de 2015 a 2021.

Endereço: Rodovia MGT 367 - Km 583, nº 5000, Campus JK, prédio da reitoria, sala 21
Bairro: Alto da Jacuba **CEP:** 39.100-000
UF: MG **Município:** DIAMANTINA
Telefone: (38)3532-1240 **Fax:** (38)3532-1200 **E-mail:** cep.secretaria@ufvjm.edu.br



Continuação do Parecer: 5.522.934

Objetivos secundário

Descrever o perfil dos pacientes cadastrados na fila de eletivas através dos dados de origem (microrregião e município de residência), do sexo e idade. Identificar qual é a microrregião/município de destino que mais possui demanda por procedimentos eletivos cadastrado na fila por frequência. Identificar os tipos de procedimentos cirúrgicos cadastrados por frequência. Identificar o tempo médio na fila de espera. Identificar a situação dos procedimentos na fila de espera. Descrever as baixas da fila de espera e seus motivos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

“As informações aqui elencadas foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa (PB_Informações_Básicas_do_projeto_1852452, de 19/05/2022): Cirurgias eletivas na Macrorregião Norte de Minas Gerais: Um estudo sobre as filas de espera”

Riscos (formas de minimizá-los)

OS RISCOS RELACIONADOS À PESQUISA SÃO DE IDENTIFICAÇÃO DOS USUÁRIOS CADASTRADOS. COMO FORMA DE MINIMIZAR ESTE RISCO OS DADOS DE IDENTIFICAÇÃO SERÃO CODIFICADOS.

benefícios

NÃO HÁ BENEFÍCIOS DIRETOS PARA OS PARTICIPANTES DA PESQUISA, OS BENEFÍCIOS QUE OS RESULTADOS DO ESTUDO PROPOSTO TRARÃO SÃO INDIRETOS POIS PODERÃO CONTRIBUIR PARA REVELAR INFORMAÇÕES IMPORTANTES PARA O PLANEJAMENTO EM SAÚDE E NA TOMADA DE DECISÕES NO QUE SE REFERE À GESTÃO DAS PRIORIDADES DE ATENDIMENTOS, COM A IMPLEMENTAÇÃO DE INTERVENÇÕES QUE MELHOREM O ACESSO E O FLUXO DOS ATENDIMENTOS PARA OS CIDADÃOS QUE NECESSITAM DE CIRURGIA ELETIVA.

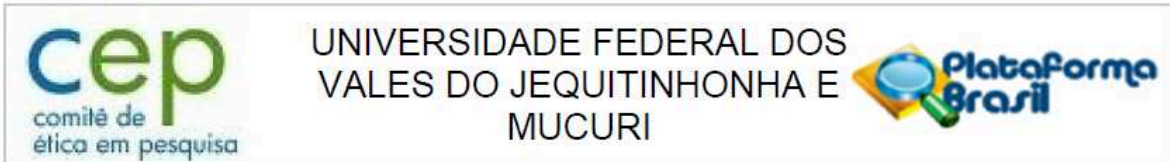
Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

“As informações aqui elencadas foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa (PB_Informações_Básicas_do_projeto_1852452, de 19/05/2022): Cirurgias eletivas na Macrorregião Norte de Minas Gerais: Um estudo sobre as filas de espera”

Metodologia proposta

ESTUDO TRANSVERSAL DE NATUREZA ANALÍTICA, RETROSPECTIVA, DE ABORDAGEM QUANTITATIVA DE BASE DOCUMENTAL, A PARTIR DO BANCO DE DADOS DO SUSFÁCIL/MG NO MÓDULO FILAS DE ELETIVAS, RELACIONADOS AOS 86 MUNICÍPIOS LOCALIZADOS NA

Endereço: Rodovia MGT 367 - Km 583, nº 5000, Campus JK, prédio da reitoria, sala 21
Bairro: Alto da Jacuba CEP: 39.100-000
UF: MG Município: DIAMANTINA
Telefone: (38)3532-1240 Fax: (38)3532-1200 E-mail: cep.secretaria@ufvjm.edu.br



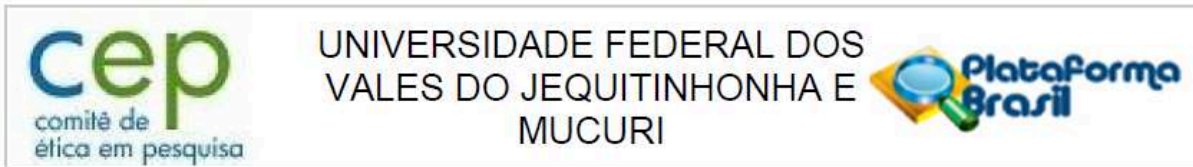
Continuação do Parecer: 5.522.934

MACRORREGIÃO NORTE DE MINAS GERAIS. PARA O ESTUDO NÃO FOI REALIZADO CÁLCULO AMOSTRAL, JUSTIFICADO PELA INTENÇÃO DE SE UTILIZAR O UNIVERSO DE CADASTROS EXISTENTE EM BANCO DE DADOS REFERENTE AO PERÍODO DE JANEIRO DE 2015 A DEZEMBRO DE 2021. O NÚMERO TOTAL DE CADASTROS, ISTO É, DE PARTICIPANTES É DE 67.850, PODENDO TER UMA VARIAÇÃO EM TORNO DE 20% PARA MENOS, UMA VEZ QUE AINDA NÃO FORAM CONSIDERADAS AS PERDAS DE INFORMAÇÕES POR ERROS DE PREENCHIMENTO. TRATA-SE DE DADOS SECUNDÁRIOS RESTRITOS, QUE SOMENTE SERVIDORES QUE ATUAM NO SERVIÇO DE REGULAÇÃO ASSISTENCIAL DAS SECRETARIAS ESTADUAL E MUNICIPAIS DE SAÚDE, ALÉM DOS OPERADORES DO SISTEMA DOS HOSPITAIS E DA CENTRAL DE REGULAÇÃO DE LEITOS POSSUEM ACESSO ATRAVÉS DE SENHA PREVIAMENTE AUTORIZADAS PELOS RESPONSÁVEIS PELO SUSFÁCIL/MG NA SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE MEDIANTE ASSINATURA DE TERMO DE SIGILO E CONFIDENCIALIDADE. PELO FATO DA PESQUISADORA PRINCIPAL SER SERVIDORA PÚBLICA DA SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS, SES-MG, LOTADA NA COORDENAÇÃO DE REGULAÇÃO DA SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE DE MONTES CLAROS E JÁ POSSUIR ACESSO AUTORIZADO AO BANCO DE DADOS, JÁ É DE SEU CONHECIMENTO A TOTALIDADE DE CADASTROS EXISTENTES NO BANCO DE DADOS DO SISTEMA SUSFÁCIL/MG. PARA FINS DE REALIZAÇÃO DA PESQUISA SERÁ SOLICITADA RESPONSÁVEIS PELA GESTÃO DO SISTEMA ATRAVÉS DA CARTA DE COPARTICIPE. PARA A COLETA DE DADOS SERÁ UTILIZADO UM INSTRUMENTO ELABORADO PELAS PRÓPRIAS PESQUISADORAS: CONTENDO AS SEGUINTE VARIÁVEIS: PERFIL SÓCIO DEMOGRÁFICO, SEXO, IDADE, TIPOS DE PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS CADASTRADOS, TEMPO DE ESPERA NA FILA DE ELETIVAS, AUTORIZAÇÃO DE CIRURGIA E SITUAÇÃO DE FILA DE ESPERA (URGÊNCIA/EMERGÊNCIA; MUDANÇA PARA PROCEDIMENTO AMBULATORIAL, ATENDIMENTO VIA JUDICIAL, ATENDIMENTOS POR OUTRAS VIAS, ÓBITO, OUTROS MOTIVOS).

metodologia de análise de dados do projeto

Por se tratar de um banco de dados eletrônico, o sistema SUSFácil/MG emite relatórios através da utilização de filtros que contemplam todos os dados relacionados aos levantamentos propostos no presente estudo e disponibiliza planilhas no formato CSV, que serão imediatamente convertidas em uma planilha da Microsoft Excel®. Os resultados serão obtidos utilizando frequências relativas (%) e absolutas (n) para as variáveis sociodemográficas. Já para as variáveis relacionadas às demais características da fila de eletivas como o tempo de espera e situação do procedimento bem como a classificação por complexidade e baixas da fila e seus motivos, será utilizado teste não paramétrico de Qui-Quadrado de Pearson, com nível de significância

Endereço: Rodovia MGT 367 - Km 583, nº 5000, Campus JK, prédio da reitoria, sala 21
Bairro: Alto da Jacuba **CEP:** 39.100-000
UF: MG **Município:** DIAMANTINA
Telefone: (38)3532-1240 **Fax:** (38)3532-1200 **E-mail:** cep.secretaria@ufvjm.edu.br



Continuação do Parecer: 5.522.934

avaliados pelo software SPSS (Statistical Package for Social Sciences, IBM Inc., USA) versão 20.0

Previsão de início do estudo: 15/07/2022

Previsão de término do estudo: 20/12/2022

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Vide campo: "Conclusões e Pendências e Lista de Inadequações"

Recomendações:

Vide campo: "Conclusões e Pendências e Lista de Inadequações"

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Carta resposta ao Parecer Consubstanciado do CEP

Versão: 3

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Parecerista: As informações aqui elencadas foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa (PB_Informações_Básicas_do_projeto_1852452, de 10/06/2022): Cirurgias eletivas na Macrorregião Norte de Minas Gerais: Um estudo sobre as filas de espera.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

PARECERISTA: ANÁLISE ATENDIDA.

Cada indivíduo na fila é um sujeito participante, dessa forma serão incluídos ou excluídos participantes e não os registros conforme sugere-se: "os participantes que 67.850 serão incluídos.... deverão ter seus registros completos...). Deve-se rever a maneira de escrever os critérios de exclusão.

O CRONOGRAMA DEVE SER REVISTO E ATUALIZADO. O CEP NÃO FAZ ANÁLISE DE PROJETOS QUE JÁ INICIARAM AS COLETAS DOS DADOS.

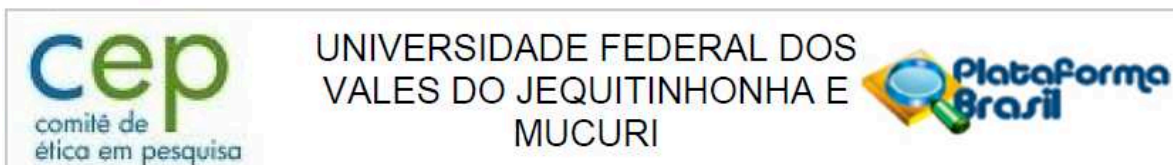
PARECERISTA: ANÁLISE ATENDIDA.

Adicionar os sujeitos participantes no ID's grupos.

PARECERISTA: ANÁLISE ATENDIDA.

PARECERISTA: Trata-se de uma última versão de submissão. Dessa forma, deve-se incluir a carta

Endereço: Rodovia MGT 367 - Km 583, nº 5000, Campus JK, prédio da reitoria, sala 21
Bairro: Alto da Jacuba **CEP:** 39.100-000
UF: MG **Município:** DIAMANTINA
Telefone: (38)3532-1240 **Fax:** (38)3532-1200 **E-mail:** cep.secretaria@ufvjm.edu.br



Continuação do Parecer: 5.522.934

de instituição coparticipe (vide modelo no site do CEP/UFVJM).

PARECERISTA: ANÁLISE ATENDIDA.

Considerações Finais a critério do CEP:

- Segundo a Carta Circular nº. 003/2011/CONEP/CNS, de 21/03/11, no momento da obtenção do TCLE, há obrigatoriedade de rubrica em todas as páginas do mesmo, pelo sujeito de pesquisa ou seu responsável e pelo pesquisador. O pesquisador responsável deverá apor sua assinatura na última página do referido termo.

- O Relatório final deverá ser apresentado ao CEP ao término do estudo em 20/01/2023. Considera-se como antiética a pesquisa descontinuada sem justificativa aceita pelo CEP que a aprovou.

- Caso haja quaisquer intercorrências durante a execução do projeto de pesquisa é de responsabilidade do pesquisador responsável comunicá-la através de uma emenda ao CEP via Plataforma Brasil. Considera-se como antiética a pesquisa com modificações em seu protocolo inicial previamente aprovado sem justificativa aceita pelo CEP que a aprovou.

O projeto atende aos preceitos éticos para pesquisas envolvendo seres humanos preconizados na Resolução 466/12 CNS.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situaçã
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1852452.pdf	10/06/2022 22:32:10		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoKatheryneTolentinoSouza4CEP.pdf	10/06/2022 22:27:45	Katheryne Tolentino de Souza	Aceito
Outros	CARTA_COPARTICIPE_SES.pdf	10/06/2022 22:02:02	Katheryne Tolentino de Souza	Aceito
Outros	CartaRespostaoParecerCEP3.doc	10/06/2022 21:55:03	Katheryne Tolentino de Souza	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRostoKatheryneTolentino_assinado.pdf	18/03/2022 18:52:42	Katheryne Tolentino de Souza	Aceito

Situação do Parecer:

Endereço: Rodovia MGT 367 - Km 583, nº 5000, Campus JK, prédio da reitoria, sala 21
Bairro: Alto da Jacuba **CEP:** 39.100-000
UF: MG **Município:** DIAMANTINA
Telefone: (38)3532-1240 **Fax:** (38)3532-1200 **E-mail:** cep.secretaria@ufvjm.edu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DOS
VALES DO JEQUITINHONHA E
MUCURI



Continuação do Parecer: 5.522.934

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

DIAMANTINA, 12 de Julho de 2022

Assinado por:
FABIO LUIZ MENDONÇA MARTINS
(Coordenador(a))

Endereço: Rodovia MGT 367 - Km 583, nº 5000, Campus JK, prédio da reitoria, sala 21

Bairro: Alto da Jacuba

CEP: 39.100-000

UF: MG

Município: DIAMANTINA

Telefone: (38)3532-1240

Fax: (38)3532-1200

E-mail: cep.secretaria@ufvjm.edu.br

