

TEXTO PARA DISCUSSÃO Nº 1390

**ESTADO DE UMA NAÇÃO
TEXTOS DE APOIO**

**A ECONOMIA DAS FILAS
NO SISTEMA ÚNICO DE
SAÚDE (SUS) BRASILEIRO**

Alexandre Marinho

TEXTO PARA DISCUSSÃO Nº 1390

ESTADO DE UMA NAÇÃO TEXTOS DE APOIO

A ECONOMIA DAS FILAS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) BRASILEIRO*

Alexandre Marinho**

Produzido no programa de trabalho de 2008

Brasília, fevereiro de 2009

* Este texto contou com a colaboração de Simone de Souza Cardos e Vivian Vicente de Almeida, assistentes de pesquisa do Programa Nacional de Estímulo ao Primeiro Emprego (PNPE) no Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea).

** Técnico de Planejamento e Pesquisa da Diretoria de Estudos Sociais do Ipea. *E-mail:* amarinho@ipea.gov.br.

Governo Federal

**Ministro de Estado Extraordinário
de Assuntos Estratégicos** – Roberto Mangabeira Unger

Secretaria de Assuntos Estratégicos



Fundação pública vinculada à Secretaria de Assuntos Estratégicos, o Ipea fornece suporte técnico e institucional às ações governamentais – possibilitando a formulação de inúmeras políticas públicas e programas de desenvolvimento brasileiro – e disponibiliza, para a sociedade, pesquisas e estudos realizados por seus técnicos.

Presidente
Marcio Pochmann

Diretor de Administração e Finanças
Fernando Ferreira

Diretor de Estudos Macroeconômicos
João Sicsú

Diretor de Estudos Sociais
Jorge Abrahão de Castro

Diretora de Estudos Regionais e Urbanos
Liana Maria da Frota Carleial

Diretor de Estudos Setoriais
Márcio Wohlers de Almeida

Diretor de Cooperação e Desenvolvimento
Mário Lisboa Theodoro

Chefe de Gabinete
Persio Marco Antonio Davison

Assessor-Chefe da Assessoria de Imprensa
Estanislau Maria

Assessor-Chefe da Comunicação Institucional
Daniel Castro

URL: <http://www.ipea.gov.br>

Ouvidoria: <http://www.ipea.gov.br/ouvidoria>

ISSN 1415-4765

JEL I18

TEXTO PARA DISCUSSÃO

Publicação cujo objetivo é divulgar resultados de estudos direta ou indiretamente desenvolvidos pelo Ipea, os quais, por sua relevância, levam informações para profissionais especializados e estabelecem um espaço para sugestões.

As opiniões emitidas nesta publicação são de exclusiva e de inteira responsabilidade do(s) autor(es), não exprimindo, necessariamente, o ponto de vista do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada ou da Secretaria de Assuntos Estratégicos.

É permitida a reprodução deste texto e dos dados nele contidos, desde que citada a fonte. Reproduções para fins comerciais são proibidas.

Este trabalho foi realizado no âmbito do Convênio com a Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (Cepal).

SUMÁRIO

SINOPSE

1 INTRODUÇÃO	7
2 AS CONSEQÜÊNCIAS DAS FILAS DO SUS	8
3 ALGUMAS ESTIMATIVAS PARA O BRASIL	10
4 INCENTIVAR A INICIATIVA PRIVADA RESOLVE O PROBLEMA?	12
5 RECOMENDAÇÕES PRELIMINARES PARA A REDUÇÃO DAS FILAS EM SAÚDE	13
REFERÊNCIAS	16

SINOPSE

Não existem avaliações sistemáticas sobre o Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil sobre os prazos de espera para internações, consultas ou exames nem sobre o número de pessoas que aguardam nas filas para serem atendidas. Tampouco existem avaliações oficiais dos custos desses procedimentos. Na experiência internacional, essas avaliações não são desprezadas, e os países ricos publicam, na internet, dados bastante detalhados a respeito do tema. As filas são um resultado do descompasso entre a demanda e a oferta, visto que o sistema de preços não é o mecanismo determinante da produção e do consumo de bens e produtos em saúde. No caso do SUS, a causa das filas é determinada em três âmbitos: *i)* governamental, que decide o tamanho do orçamento geral da saúde; *ii)* autoridades individuais e instituições médicas, científicas, jurídicas e empresariais atuantes no setor, que decidem os benefícios e os custos das internações; *iii)* profissionais de saúde, principalmente os médicos, que decidem quais são as necessidades clínicas dos pacientes. A demora no atendimento exerce impactos negativos significativos no bem-estar dos pacientes e familiares envolvidos e gera custos adicionais importantes ao sistema de saúde, incluindo o desprestígio social.

1 INTRODUÇÃO

1.1 APRESENTAÇÃO

Não existem avaliações sistemáticas sobre o Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil sobre os prazos de espera para internações, consultas ou exames nem sobre o número de pessoas que aguardam nas filas para serem atendidas. Tampouco existem avaliações oficiais dos custos desses procedimentos. No entanto, a experiência internacional a respeito das filas em saúde é vasta. Assim como é ampla a investigação de caráter teórico, gerencial e empírico para compreender e tratar esse problema, principalmente nos países desenvolvidos, como Austrália, Canadá, Inglaterra e Estados Unidos (este último, especialmente no que se refere aos transplantes). Esses países publicam, na internet, dados bastante detalhados a respeito das filas de espera, discriminando a situação por procedimentos e por componentes dos seus sistemas de saúde, que permitem aos cidadãos acompanhar, por exemplo, quantas pessoas, e por quanto tempo, estariam esperando por um tipo específico de cirurgia, em certa área do seu território ou em determinada instância do sistema de saúde. Os dados de caráter administrativo e não-publicados são ainda mais rigorosos. Uma visão geral inicial teórica a respeito do tema encontra-se em Cullis, Jones e Propper (2000).

1.2 AS ORIGENS E AS CONSEQÜÊNCIAS DAS FILAS: CONSIDERAÇÕES PRELIMINARES

As filas são um resultado do descompasso entre a demanda e a oferta, visto que o sistema de preços não é o mecanismo determinante da produção e do consumo de bens e produtos em saúde. O excesso de demanda (local ou global, momentâneo ou permanente) que causa as filas no SUS é determinado basicamente em três âmbitos:

- i) no âmbito governamental, que decide o tamanho do orçamento geral da saúde;
- ii) no âmbito das autoridades individuais e das instituições médicas, científicas, jurídicas e empresariais atuantes no setor, que decidem os benefícios e os custos das internações e determinam as respostas para as clássicas questões da economia: *o que, como, de que forma, para quem*, especialmente no caso das filas, quando os procedimentos serão executados;
- iii) no âmbito dos profissionais de saúde, principalmente os médicos, que decidem quais são as necessidades clínicas dos pacientes e, então, deveriam realizar esforços para minimizá-las. Ackere e Smith (1999) enfatizam, ainda, os interesses dos médicos, os quais se beneficiariam, em suas atividades privadas, da não existência de filas nos sistemas públicos de saúde.

A demora no atendimento exerce impactos negativos significativos no bem-estar, nas probabilidades de cura, na natureza e extensão das seqüelas dos pacientes, bem como nos familiares envolvidos. Adicionalmente, obriga o sistema de saúde a arcar com pesados ônus administrativos, com as perdas de eficiência geradas pelo estresse eventual causado nos hospitais, pela desordem organizacional no SUS e pela pressão social decorrente das filas. A perda de prestígio social do sistema de saúde também costuma ser decorrente de tempos de espera elevados e/ou “injustos”. A situação se agrava quando os prazos são

imprevisíveis. As incertezas decorrentes dessa imprevisibilidade impedem que pacientes e familiares possam planejar adequadamente sua vida. A atuação do sistema de saúde interfere, conseqüentemente, no perfeito funcionamento do sistema produtivo em que eles exerçam atividades laborais.

2 AS CONSEQÜÊNCIAS DAS FILAS DO SUS

2.1 AS FILAS E O ACESSO AO SUS

As filas para atendimento são determinante fundamental das condições de *acesso* aos sistemas de saúde, em geral, e ao Sistema Único de Saúde (SUS), em particular. Dependendo do quadro clínico, a demora pode significar inclusive a morte do paciente, além de implicar em sofrimento desnecessário e mesmo estimular a procura pela cura por meios não-naturais. Em muitos casos, a fila não se limita a uma fila de espera (*waiting line*), cujo agendamento para atendimento posterior poderia esperar fora do sistema; pelo contrário, implica a presença física (*queuing*) do paciente, freqüentemente em condições precárias, em macas ou leitos improvisados. Nessa hipótese, pacientes graves, idosos ou menores de idade, podem ter suas condições de acesso prejudicadas em virtude da necessidade de um acompanhamento especial, cuja disponibilidade pode ser impossível ou deficiente.

2.2 AS FILAS E A EQÜIDADE NO SUS

As filas também são um componente essencial da dimensão de *eqüidade* do sistema. Mesmo quando aparentemente inexistentes, os critérios implícitos de prioridade de atendimento no sistema têm sérias implicações sobre a eqüidade do SUS. Apenas para dar o exemplo mais simples, veja-se o caso de um sistema que atenda pela ordem de chegada (*first-in-first-out*). Tal sistema pode não ser socialmente justo por uma ótica que contemple considerações a respeito de gravidade, urgência ou sofrimento implícito dos casos (na hipótese de diferenças entre morbidades nos pacientes). A priorização pela ordem de chegada também pode não ser adequada ante as diferentes capacidades que cada paciente tem para buscar alternativas de tratamento na rede privada ou, até mesmo, pela suposta resistência ao sofrimento e à dor. As diferentes probabilidades de sucesso dos tratamentos também merecem consideração. Em função de uma série de restrições, os médicos, em muitas ocasiões, têm de decidir quem será atendido primeiro, utilizando como critérios de decisão apenas a probabilidade de sobrevivência ou o tempo de sobrevida dos pacientes.

2.3 AS FILAS E OS CUSTOS SOCIAIS NO SUS

As filas são determinantes de *custos sociais* em esquemas de prestação de serviços nos quais o sistema de preços não exerça influência relevante na alocação de recursos. O tempo de espera pode exercer um duplo papel. Primeiramente, o tempo gasto impõe, aos pacientes que estão na fila, um custo de oportunidade que está relacionado com o valor das atividades que eles deixam de exercer enquanto esperam pelo atendimento. Marinho (2004) estima, somente para as internações no SUS, perdas de rendimentos nas filas da ordem de 0,03% do Produto Interno Bruto (PIB).

Os custos de oportunidade variam muito entre os casos. Além disso, o tempo gasto nas filas desvaloriza o valor presente dos serviços prestados, dada uma taxa de desconto intertemporal subjetiva ao paciente. Ao valor atual desses dois componentes de custos, devem ser adicionados os custos da (provável) deterioração da situação de saúde ao longo desse mesmo tempo de espera, o que pressupõe encarecimento do tratamento, os custos do tratamento realizado enquanto o paciente espera na fila e os custos de administração de filas muito longas. As filas causam pesados ônus administrativos, perdas de eficiência, desordem organizacional e pressão social. É considerável, para o SUS, a perda de prestígio social decorrente das filas. Pesquisa realizada pelo Instituto Vox Populi e pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), em 2002, aponta as filas como principal problema para 66,94% dos entrevistados (consultas: 41,38%; exames: 14,43%, internações: 7,52% e outras: 3,61%). As filas também implicam perdas de transparência referentes à qualidade e à equidade do atendimento.

2.4 A ADMINISTRAÇÃO DAS FILAS EM SISTEMAS PÚBLICOS DE SAÚDE

Em que pese serem praticamente inevitáveis em sistemas públicos de saúde, as filas podem e devem ser administradas. Ao contrário do que indica o senso comum, nem sempre maiores investimentos são suficientes para reduzir as filas, embora, obviamente, isso possa ocorrer. Com simples recursos de estatística elementar (mesmo que alguns não a reconheçam sua validade), isso pode ser provado. Basta pensar no seguinte: quanto maior a incerteza (aleatoriedade) na oferta de serviços ou na demanda, maior a probabilidade de um paciente encontrar um ponto de atendimento ocupado ou de ninguém aparecer quando estiver desocupado. Essa é a razão básica para o agendamento. Ademais, o fracionamento da oferta pode gerar aleatoriedade. Por exemplo, se em vez de dispor de um médico trabalhando em regime de 8 horas diárias (40 horas semanais), disponha-se de um ponto de atendimento com dois médicos em regime de 20 horas semanais, cada um deles com produtividade (capacidade de atendimento por unidade de tempo) diferente, pode-se observar uma situação mais adversa. Mesmo se a média da produtividade dos dois médicos trabalhando 20 horas/semana for igual a do médico de 40 horas/semana, a variabilidade/imprevisibilidade (variância) pode ser muito maior. É fácil entender isso, raciocinando sobre o que poderia ocorrer se houvesse 40 médicos ofertando apenas uma hora por dia! Vale lembrar que, no SUS, de acordo com a pesquisa de Assistência Médico-Sanitária do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (AMS/IBGE) de 2005, apenas 30% (aproximadamente) do pessoal de nível superior do SUS trabalha 40 horas ou mais.

Para confirmar que as filas podem ser reduzidas veja-se, por exemplo, como elas são reduzidas no Reino Unido para o atendimento:

Ano: 1991

Aproximadamente 120 mil pessoas estavam esperando há mais de doze meses. Mais de 50 mil pessoas esperavam há mais de 24 meses.

Ano: 1997

Aproximadamente 1.263.000 pessoas na fila, e o tempo médio de espera excedia dois anos. Mais de 10.500 pessoas esperavam há mais de 18 meses.

Ano: 2003

Havia 973.600 pessoas na fila para internações eletivas (não urgentes). Desses, 81,5% esperavam de zero a cinco meses, e somente 18,5% entre seis e onze meses. Praticamente, não havia espera superior a um ano.¹

Embora não estejam relatadas as causas dessa redução, a simples existência de tais registros já deve nos servir de alerta, pois no Brasil não se dispõe de informações semelhantes.

3 ALGUMAS ESTIMATIVAS PARA O BRASIL

Ante a ausência de dados oficiais abrangentes para o Brasil, tem-se realizado, no Ipea, alguns trabalhos visando a estimar, entre outros parâmetros relacionados com as filas, os tempos de espera para alguns procedimentos selecionados: internações e transplantes (MARINHO, 2004); transplantes (*idem*, 2006); e gravidez, parto e puerpério (MARINHO; CARDOSO, 2007). Esses trabalhos têm como característica comum a utilização de combinações de modelos de pesquisa operacional, econometria, microeconomia e epidemiologia, sempre aplicadas ao Sistema Único de Saúde (SUS). Essa estratégia encontra amplo respaldo na literatura de, por exemplo, Cullis, Jones e Proper (2000) e de documento do governo canadense intitulado *Final Report of the Federal Advisor on Wait Times*, de junho de 2006. Alguns dos resultados desses estudos são apresentados a seguir.

TABELA 1

Número de pessoas na fila de espera para transplantes, no Brasil, para órgãos selecionados (2006)

Órgãos	Pessoas nas filas
Rim	31.531
Córnea	24.549
Fígado	7.005
Rim e pâncreas	358
Coração	310
Pâncreas	114
Pulmão	108
Total	63.975

Fonte: Ministério da Saúde (MS).

1. Dados obtidos junto ao Departamento de Saúde do Sistema Nacional de Saúde do Reino Unido. Disponível em: <www.performance.doh.gov.uk>. Acesso em: 15 dez. 2008. Quadro mais recente pode ser verificado em: <<http://www.performance.doh.gov.uk/waitingtimes/2007/q1/KH07%20summary.xls>>.

TABELA 2

Tempos de espera (anos) para transplantes em países selecionados

Órgão	USA Branco ¹	USA Negro ¹	UK ² Adultos	UK ² Crianças	SUS ³
Coração	0,48	0,47	0,38	0,29	0,83
Fígado	2,11	1,2	0,2	0,17	4,41
Pulmão	1,95	3,2	1,08	n.d.	1,77
Rim	3,53	5,11	2	0,39	5,53
Rim/Pâncreas	1,66	2,18	1	n.d.	1,32
Pâncreas	1,54	2,33	n.d.	n.d.	2,63

Fonte: ¹ Organ Procurement and Transplantation Network (OPTN).

² Sistema Nacional de Saúde do Reino Unido. Departamento de Sangue e Transplantes.

³ Marinho, 2004.

Notas: ¹ Medianas dos pacientes alistados nos anos de 2001-2002.

² Mediana no período 1999-2002 (rim); 1999-2003 (coração e pulmão); 2001-2003 (fígado) e 2001-2004 (pâncreas+rim).

³ Médias estimadas para o ano de 2003 em Marinho, 2006.

Obs.: Menos de 100 observações para coração em crianças.

n.d.: não disponível.

TABELA 3

Características das filas: SUS, clínicas selecionadas e natureza dos hospitais (2003)

	SUS	Clínica cirúrgica	Clínica médica	Públicos	Privados	Universitários
Internações	11.638.447	2.941.421	3.973.757	4.100.306	6.739.868	798.273
Pessoas/dia na fila	143.959	22.296	46.639	69.088	31.459	9.334
Pessoas/dia internadas	190.767	34.712	59.432	64.523	49.595	15.420
Leitos	441.591	87.436	133.255	123.371	277.100	41.120
Prazo médio de internação	6,0	4,3	5,4	5,7	5,9	7,1
Probabilidade de leito desocupado	0,568	0,604	0,557	0,481	0,605	0,624
Prazo total de espera	10,526	7,092	9,709	11,905	9,804	11,364
Prazo de espera na fila	4,526	2,792	4,309	6,205	3,904	4,264

Fonte: Marinho, 2004.

TABELA 4

Características das filas: SUS e regiões (2003)

	SUS	Norte	Nordeste	Centro-Oeste	Sudeste	Sul
Internações	11.638.447	913.707	3.441.574	961.646	4.439.448	1.882.072
Pessoas/dia na fila	143.959	6.545	30.639	7.435	80.583	22.038
Pessoas/dia internadas	190.767	9.743	47.514	13.187	88.249	31.178
Leitos	441.591	24.604	119.682	36.630	186.968	73.707
Tempo médio de internação	6,0	3,9	5,0	5,0	7,3	6,0
Probabilidade de leito desocupado	0,568	0,602	0,605	0,64	0,525	0,58
Tempo médio de espera total no SUS	10,526	6,494	8,264	7,813	13,889	10,309
Tempo médio esperado na fila	4,526	2,597	3,264	2,813	6,589	4,309

Fonte: Marinho, 2004.

TABELA 5

Gravidez, parto e puerpério (capítulo XV da CID-10) no SUS (2003)

	SUS	RS	RJ
Internações ¹	2.630.922	123.924	187.957
Prazo médio ¹	2,4	2,3	3
Leitos (julho) ¹	64.356	3.975	4.403
Taxa de ocupação ²	26,9%	19,6%	35,1%
Prazo total de internação ²	3,282	2,862	4,622
Pacientes no sistema ²	0,368	0,244	0,541
Prazo na fila ²	0,882	0,562	1,622
Pacientes na fila ²	0,099	0,048	0,19

Fonte: Marinho e Cardoso, 2007.

Notas: ¹ Valores totais (DATASUS).

² Valores por leito/dia.

Em caráter geral, os resultados anteriores demonstram que os tempos de espera nas filas do SUS são elevados. Para transplantes (tabela 2), com exceção do coração, todos os prazos são superiores a um ano, podendo chegar a mais de cinco anos para rim. Para as internações em geral (tabela 3 e tabela 4), o prazo de espera médio é de 4,6 dias, o que pode não parecer muito. Mas, como não foi possível discriminar as urgências/emergências, trata-se de resultados que devem ser observado com cautela. Note-se que os hospitais públicos (6,205 dias de espera) são os mais sobrecarregados, mais até do que os universitários (4,264 dias de espera), que são hospitais de alta complexidade por excelência. Vale ressaltar, nesse caso, que a base de dados do SUS (DATASUS) não distingue hospitais universitários públicos e privados. Note-se, ainda, que a Região Sudeste tem os maiores prazos de espera (6,589 dias) por concentrar os casos de alta complexidade em nível nacional. No que se refere às internações relacionadas com a gravidez, o parto e o puerpério, o prazo médio de espera é de 2,4 dias, o que, considerando os riscos envolvidos para as gestantes, puérperas e recém-nascidos, não confere atestado de tempestividade ao sistema.

4 INCENTIVAR A INICIATIVA PRIVADA RESOLVE O PROBLEMA?

Freqüentemente são utilizados argumentos a favor do incentivo ao incremento do setor privado em saúde como forma de redução das filas, que não ocorrem, ou são diminutas, nos prestadores privados de serviços de saúde. Entre outros autores, Cullis, Jones e Propper (2000) discutem de maneira bastante abrangente essa questão. Resumidamente e de modo bastante esquemático, pode-se dizer que, na presença de um setor público gratuito com longas filas, como o SUS, e de uma alternativa privada, não gratuita, com espera quase irrelevante, como no setor de saúde suplementar brasileiro, ocorreria basicamente, o seguinte: *ceteris paribus*, o paciente compara as alternativas e escolhe a melhor relação custo/benefício – custo do serviço privado/benefício da rapidez do atendimento *versus* custo da (longa) espera no SUS/benefício da gratuidade.

A taxa de decaimento (queda do valor no tempo) do valor do serviço é importante. Doenças com evolução (danosa) mais rápida reduzem a relação custo/benefício da espera mais rapidamente e implicam menor probabilidade de entrada nas filas do SUS do que doenças com baixa rapidez de evolução. As urgências/emergências são o caso limite, em que não se pode esperar nada e o atendimento tem de ser imediato. Nesse caso, os pacientes, que podem arcar com os custos, dirigem-se, preferencialmente, ao setor privado. Os tratamentos eletivos e as doenças crônicas, com os devidos cuidados, são o limite oposto, em que se pode esperar bastante (em princípio, pois o quadro pode se tornar agudo de modo inesperado).

Também é importante notar que prazos muito longos, além das perdas para os pacientes, também implicam retrabalho (repetição de exames vencidos, abandono de tratamentos, mudanças de terapêuticas, rompimento de relações entre profissionais e pacientes etc.).

Os custos de oportunidades também são importantes. Quanto maior a perda de renda por unidade de tempo, menor a relação custo/benefício da espera e menor a probabilidade de adesão às filas do SUS.

Os administradores dos serviços de saúde, públicos e privados, somente aceitam oferecer prazos mais longos de espera (que é um custo social e individual) se isto significar maior quantidade de atendimentos (que é um benefício social e individual) ou, no caso do setor privado, maiores lucros (que é um benefício privado).

Expandir a capacidade reduz os prazos, mas demanda recursos. Assim, para os administradores, as relações custo/benefício para comparação são: custo da espera longa/benefício da economia de recursos de investimento; e custo do investimento em capacidade de atendimento/benefício do atendimento rápido.

É importante observar que, a partir de determinado ponto, o aumento de capacidade produz cada vez menos efeitos nos tempos de espera, pois o investimento começa a apresentar retornos decrescentes de escala, por problemas administrativos.

Outro ponto bastante reportado na literatura refere-se à possibilidade de seleção de risco, com a iniciativa privada escolhendo apenas os casos menos complexos, ou de menor risco, e deixar os casos graves, ou de maior risco, para o setor público. Esse fenômeno, conhecido com *cream skimming*, materializa-se também quando os profissionais de saúde que tenham dupla militância, trabalhando no setor público e no setor privado, enviam para a iniciativa privada os casos com boas perspectivas de lucros. Assim, a redução dos esforços e da produtividade bem como o aumento da complexidade média dos casos no setor público podem levar a aumentos das filas nesse setor, na presença de um setor privado que atue estrategicamente.

5 RECOMENDAÇÕES PRELIMINARES PARA A REDUÇÃO DAS FILAS EM SAÚDE

- 1) É imprescindível a compreensão da necessidade de valorização e reforço dos esquemas de prevenção e de proteção à saúde (como, por exemplo, o Programa de Saúde da Família – PSF e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACs) e das unidades básicas de saúde (postos de saúde, policlínicas etc.). Esses são elementos integrantes dos serviços de prestação de cuidados à saúde capazes de reduzir a incidência e a prevalência de agravos evitáveis, de introduzir capacidade adicional de previsão das necessidades, de incrementar o planejamento das políticas setoriais e de desafogar os hospitais e suas emergências.
- 2) Definir claramente as responsabilidades a respeito da avaliação, da administração e da coordenação geral das filas. Deve-se buscar a criação de sistemas de incentivos para o aumento da produtividade e da eficiência alocativa dos prestadores de serviço, incluindo a adequação e o aprimoramento da mão-de-obra que administra as filas no SUS. Em muitos casos, o administrador da fila é o segurança ou o policial de plantão no hospital.
- 3) Realizar a definição precisa e criteriosa do que sejam os prazos de espera e o tamanho das listas. É preciso definir claramente os indicadores (médias, medianas, datas relevantes, segmentação por gravidade etc.). Por exemplo, a literatura reporta que as medianas dos prazos de espera são menos sensíveis aos valores aberrantes (*outliers*). No Brasil, fala-se muito em tempos médios de espera, o que não seria muito recomendável. Podem ser estudadas *cross-sections* ou séries temporais dos pacientes que *estão aguardando* o atendimento, ou dos que *estão sendo* atendidos, ou dos que *já foram* atendidos, ou dos que *não foram* atendidos.

- 4) Observar que diferentes casos clínicos demandam diferentes tipos de esforços para a redução dos prazos e das filas. Não existe uma panacéia nessa questão. Deve-se, permanentemente, melhorar os critérios de priorização dos pacientes. Pacientes “iguais” esperam prazos iguais?
- 5) Observar que o atendimento precário pode mascarar os indicadores e reduzir o tempo de espera nas filas. O atendimento seletivo aos *outliers* também pode ter efeito similar.
- 6) Recomenda-se também a fixação, por consenso entre os diversos interessados, sejam eles profissionais, gestores, especialistas ou representantes da comunidade, de tempos máximos de espera de acordo com tipologias relevantes. A partir destes limites superiores, o funcionamento do sistema (ou de partes dele) deve ser revisto.
- 7) Com a presença das aleatoriedades, as filas podem surgir mesmo se a taxa de atendimento (oferta) for maior do que a taxa de chegada (demanda). O agendamento reduz o problema, mas não o elimina totalmente. O agendamento deve ser não-presencial (telefone ou internet) e podem ser introduzidas punições por faltas. Pode-se escalonar o agendamento, não oferecendo horários sequenciais, mas em datas espaçadas, pois alguns pacientes são menos ansiosos e aceitam esperar mais. Pode-se também reservar vagas para agendamento no mesmo dia, para atender os ansiosos. Existem padrões na demanda que não devem ser ignorados (ex.: segundas-feiras pela manhã). Os “gargalos” deslocam-se ao longo do sistema, com retardos consideráveis. Deve-se buscar a flexibilidade na alocação de recursos (reconhecidamente difícil no setor público). O intervalo de tempo (período do dia; dia da semana; mês) ou a estratificação do serviço (médico; exame; tipo de tratamento; especialidade) são importantes na medida das aleatoriedades.
- 8) Observar que os dados para uso administrativo (relevantes e detalhados) devem ser diferentes das filas para divulgação (informação pública relevante, compreensível e comparável).
- 9) Atentar para o fato de que as filas demandam recursos para sua administração, além dos custos sociais e privados que acarretam.
- 10) Auditar a colocação de pacientes nas listas por meio de validação cruzada entre diferentes profissionais. A duplicação de alistamento deve ser evitada, pois prejudica o planejamento. Encetar a avaliação e o acompanhamento rigorosos e permanentes dos pacientes postos nas listas. Devem ser adotados procedimentos previamente especificados caso o tratamento se torne desnecessário por algum motivo (morte ou cura espontânea).
- 11) Avaliar o remanejamento dos pacientes para os hospitais com listas (ou tempos de espera) menores.
- 12) Atentar para o fato de que aumentos esporádicos da capacidade de atendimento e, conseqüentemente, que não afetem a oferta potencial de longo prazo do SUS não deverão surtir efeitos em longo prazo nas filas. A tendência à realização de mutirões deve ser reavaliada.

- 13) Cuidar para que o sistema de incentivos não “premie” unidades ineficientes que, estrategicamente, gerem longas filas para atrair mais recursos.
- 14) Identificar os padrões de interação entre o SUS e os prestadores privados que não fazem parte do SUS. Examinar as possibilidades de fusão, hierarquização, regionalização e coordenação da ação entre os prestadores de serviços, visando a aproveitar as eventuais economias de escala e de escopo existentes no sistema.

REFERÊNCIAS

- ACKERE A. Van.; SMITH, P. C. A Dynamic Model of National Health Service Waiting Lists. **Systems Dynamic Groups**, Londres, Working Paper 26, March 1999.
- CANADA. MINISTER OF HEALTH. **Final Report of the Federal Advisor on Wait Times**, Ottawa: Publications Health Canada, Jun. 2006. Disponível em: <<http://www.hc-sc.gc.ca>>. Acessado em: 15 dez. 2008.
- CULLIS, J. G.; JONES, P. R.; PROPPER, C. Waiting Lists and Medical Care Treatment: Analysis and Policies. In: CULYER, A. J., NEWHOUSE, J, P. (Ed.). **Handbook of Health Economics**. v. 1B. Amsterdam: Elsevier/ North-Holland, 2000. p. 1201-49.
- MARINHO, A. **Um estudo sobre as filas para internações e para transplantes no Sistema Único de Saúde brasileiro**. Brasília: Ipea, nov. 2004. (Texto para discussão, nº 1055).
- _____. **Um estudo multinível sobre as filas para internações relacionadas com gravidez, o parto e o puerpério no SUS**. Brasília: Ipea, jan. 2006. (Texto para discussão, nº 1151).
- _____. Um estudo sobre as filas para transplantes no Sistema Único de Saúde Brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, 22(10), p. 2.229-2.239, out. 2006.
- MARINHO, A.; CARDOSO, S. S. Um estudo sobre as filas para internações relacionadas com a gravidez, o parto e o puerpério no SUS. **Economia Aplicada**, v. 11 n. 4, dez. 2007, p. 527-554. ISSN: 1413-8050.

EDITORIAL

Coordenação

Iranilde Rego

Revisão e Editoração

Danúzia Maria Queiroz Cruz

Laeticia Jensen Eble

Renata Frassetto de Almeida Rose

Valdinea Pereira da Silva

Erisnaldo Badé dos Santos

Livraria

SBS – Quadra 1 – Bloco J – Ed. BNDES, Térreo

70076-900 – Brasília – DF

Fone: (61) 3315-5336

Correio eletrônico: livraria@ipea.gov.br