



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação em

Saúde Coletiva

Brasil

Minho Conill, Eleonor; Giovanella, Lígia; Fidelis de Almeida, Patty
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, vol. 16, núm. 6, junio, 2011, pp. 2783-2794
Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63019110017>

- ▶ Como citar este artigo
- ▶ Número completo
- ▶ Mais artigos
- ▶ Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Listas de espera em sistemas públicos: da expansão da oferta para um acesso oportuno? Considerações a partir do Sistema Nacional de Saúde espanhol

Waiting lists in public systems: from expanding supply
to timely access? Reflections on Spain's National Health System

Eleonor Minho Conill ¹

Lígia Giovanella ²

Patty Fidelis de Almeida ³

Abstract *The paper discusses the issue of waiting times based on a study of Spain's National Health System (Sistema Nacional de Salud, SNS), focusing on the national context, management issues and local practices. Observation visits and interviews with health personnel and managers conducted in the metropolitan areas of the Autonomous Communities of Madrid, Andalusia, Catalonia and Basque Country were complemented by secondary data and a review of the literature. There is unanimity as to the positive results of the SNS, but cutting waiting times seems to be one key aspect requiring improvement. Two directions were identified for complementary measures: guaranteed maximum waiting times in the macro-social sphere associated with local measures to increase service integration and primary care resolution rates. The peculiarities of the Spanish decentralisation process and the existence of economic, political and health profession corporate interests were mentioned as factors hampering waiting list regulation, transparency and management. A comprehensive approach to this issue shows the need to shift discussion from waiting list monitoring and/or expanded supply to guaranteed timely access. That is the quality differential that primary care-oriented systems must bring to public health systems.*

Key words *Waiting lists, Access, National Health System, Spain*

Resumo *O artigo discute a problemática dos tempos de espera a partir do estudo do Sistema Nacional de Salud (SNS) espanhol enfocando o contexto nacional, aspectos relacionados à gestão e as práticas locais. Foram realizadas visitas de observação e entrevistas com profissionais e gestores nas áreas metropolitanas das Comunidades Autônomas de Madri, Andaluzia, Catalunha e País Basco, complementadas com dados secundários e revisão bibliográfica. Há unanimidade quanto aos resultados positivos do SNS, mas reduzir esperas aparece como um dos principais aspectos suscetíveis de melhora. Dois eixos de medidas complementares foram identificados: garantias de prazos máximos na esfera macrossocial associadas a medidas locais para aumento da integração dos serviços e resolutibilidade da atenção primária. As peculiaridades do processo de descentralização espanhol e interesses de ordem econômica, política e corporativa foram mencionados como fatores que interferem na regulação, na transparência e no gerenciamento das listas. Para uma abordagem abrangente dessa problemática, é necessário deslocar a discussão do monitoramento de listas e/ou da ampliação da oferta para abranger a garantia de um acesso oportuno. Este é o diferencial de qualidade que redes orientadas pela APS devem trazer para os sistemas públicos de saúde. Palavras-chave Listas de espera, Acesso, Sistema Nacional de Salud, Espanha*

¹ Departamento de Saúde Pública, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina. Rua Vento Sul 306. 88063-070 Florianópolis SC. eleonorconill@yahoo.com.br

² Escola Nacial de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz.

³ Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Recôncavo da Bahia.

Introdução

Elevados tempos de espera tem se constituído num problema comum em sistemas públicos de saúde com consequências importantes para sua qualidade. Na experiência europeia, os serviços nacionais são reconhecidos por sua eficiência macroeconômica com menores gastos e melhores resultados quando comparados aos países com coberturas universais por seguros sociais¹. Discute-se, contudo, se teriam problemas de eficiência microeconômica por apresentarem longos tempos de espera como um problema crônico, e se essa situação seria decorrência de um subfinanciamento ou de uma estratégia de racionamento².

A magnitude dos tempos de espera para procedimentos eletivos é um problema em cerca da metade dos países da OECD³, mas também ocorre em sistemas com formas de organização distintas e predomínio de prestadores privados, como é o caso da Austrália, do Canadá e da Nova Zelândia⁴. No Brasil, os elevados tempos de espera para marcação de consultas, exames especializados e cirurgias constituem a maior causa de insatisfação referida pelos usuários do Sistema único de Saúde (SUS)^{5,6}. Apesar da existência de importantes diferenças nos determinantes sociais e nos sistemas de proteção social da Espanha e do Brasil, a intenção é contribuir para a atualização desse debate em nosso país, a partir de uma descrição analítica do SNS espanhol.

A insuficiência de recursos financeiros ou de serviços seria o principal determinante para explicar a existência de listas, pois as comparações internacionais mostram que uma oferta mais ampla está associada com menores esperas. Em países europeus, maiores gastos totais e maior número de leitos estão associados a menor tempo de espera para cirurgias eletivas^{3,7}. Porém, fatores organizacionais e gerenciais com uso inefficiente da rede são igualmente citados como fatores explicativos: baixa resolubilidade da APS, referências inapropriadas e remarcações desnecessárias pelo especialista com baixa contrarreferência^{2,3,8,9}.

Pelo lado da demanda e da utilização, são referidos como fatores explicativos as características sociodemográficas⁹ e epidemiológicas¹⁰⁻¹² da população, as tecnologias médicas, e a divisão de trabalho entre generalistas e especialistas no gerenciamento da demanda. A tecnologia determinaria tanto o leque de condições que podem ser tratadas quanto as expectativas dos pacientes. Uma disponibilidade maior de tecnologias menos invasivas e seguras teria melhorado a produtividade, mas também ampliou o espectro de indicações, princi-

palmente, para idosos que não poderiam se submeter a intervenções mais invasivas¹⁰.

As estratégias para enfrentamento das listas coincidem com esse elenco de problemas. Para aumento da oferta, são medidas frequentes: ampliação de leitos públicos, do quantitativo de especialistas e a compra de serviços ao setor privado³. Medidas para aumento da produtividade do setor público incluem financiamento de atividades extras e remuneração por desempenho de médicos e hospitais, com bônus e sanções acoplados às metas de produção e/ou redução de tempos^{2,8}. Outras iniciativas buscam tornar mais eficiente o uso da capacidade instalada, pois, às vezes, esperas e atrasos relacionam-se mais aos problemas organizacionais do que à falta de recursos¹³. Juntar listas, definir trajetórias para pacientes, maximizar o uso dos recursos humanos, cirurgias/dia, melhorar o sistema de agendamento dos centros cirúrgicos com comitês de gestão são algumas das medidas citadas^{3,8}.

As principais intervenções sobre a demanda incluem gerenciamento do acesso com diretrizes ou com uma classificação por níveis de prioridade³. Em diversos países, ampliaram-se as possibilidades de escolha, e os tempos podem ser consultados pela Internet^{3,14}, pressupondo-se que a busca por agilidade levará à opção por serviços com menor fila. Todavia, seus efeitos são modestos¹⁵, alertando-se que a medida reduz a equidade, pois os usuários mais bem informados é que poderiam exercer melhor esse direito⁸. A definição de metas com tempos máximos e garantias de atenção acompanhada de fortes incentivos financeiros e não financeiros tem sido uma das estratégias mais exitosas^{8,14}.

Considerações metodológicas

Este é um trabalho de tipo descritivo que tem o acesso como categoria central de estudo, optando-se por um referencial analítico compatível com a perspectiva da organização de redes coordenadas de cuidado¹⁶⁻¹⁸. O acesso pode ser entendido como o uso dos serviços em tempo adequado para a obtenção do melhor resultado possível¹⁹, sendo, portanto, o tempo ou o conceito de oportunidade essencial para a avaliação da qualidade.

Vásquez *et al*¹⁷ sugerem que o desempenho de redes integradas deva ser avaliado a partir de quatro blocos de dimensões e variáveis inter-relacionadas: os contextos macrossocial (políticas e alocação de recursos) e microssocial (carac-

rísticas dos serviços e população), os processos (objetivos, estratégias, alocação de recursos, incentivos, modelo assistencial, mecanismos de coordenação) e os resultados intermediários (coordenação, continuidade, acesso) e finais (equidade no acesso, eficiência).

Conill e Fausto¹⁸ e Silva²⁰ completam essa perspectiva mostrando a importância de examinar a coerência entre as ações nos níveis macro, meso e microssocial. Em nível macro ocorrem decisões políticas acerca dos direitos, financiamento e a macrorregulação; em nível meso ou da gestão localizam-se atividades de suporte ao desempenho das práticas, importando observar a implementação de mecanismos operativos, como fluxos, suporte tecnológico, formação, comunicação/informação e regulação profissional; em nível microssocial, em que ocorre o cuidado, são importantes os comportamentos e as relações interpessoais, com predomínio de atributos relacionados à disponibilidade, acolhimento, informação/comunicação, adequação técnica do cuidado e sua efetividade. A operacionalização das categorias utilizadas para coleta e análise temática do material empírico para descrição do SNS espanhol fundamentou-se nesse referencial.

A Espanha é uma monarquia parlamentar formada por dezessete Comunidades Autônomas (CCAA) estabelecidas na Constituição de 1978 durante a transição democrática do país. O nível macrossocial corresponde ao âmbito do governo nacional e, em parte, ao das Comunidades Autônomas. O nível mesossocial ou intermediário se refere à gestão dos serviços nessas Comunidades e às gerências das Áreas de Saúde, sendo descrito, por questões de síntese, em conjunto com os processos do nível micro de prestação direta de cuidados.

Duas pesquisas deram origem a este trabalho. A primeira visou descrever a história, estrutura, funcionamento e tendências do SNS. Ocorreu em novembro de 2009 em Madri e Andaluzia, com a obtenção de 19 registros de campo a partir de observação direta e de entrevistas. A segunda, feita para identificar estratégias e desafios na coordenação dos cuidados entre APS e atenção especializada, realizou-se em Madri, País Basco e Catalunha, de maio a junho de 2009, com a realização de 27 entrevistas semiestruturadas. Foram escolhidas CCAA com capacidade de “liderança”, cujas mudanças e inovações são de grande influência para as demais, e a seleção dos serviços foi orientada por informantes-chave (**experts** de origem acadêmica ou dos serviços) que facilitaram os contatos.

As duas pesquisas foram feitas nas áreas metropolitanas, com a seguinte composição final da amostra: 27 profissionais do nível intermediário de gestão (gerentes e diretores da atenção especializada, gerentes de área e coordenadores de APS), 21 na prestação direta de serviços, 5 na macrogestão (Ministério e **Consejerías**) e 7 pesquisadores da área. Houve um predomínio de profissionais médicos, que representaram 44 dos 62 entrevistados. A codificação das falas para análise temática identifica a fonte (registro de campo ou entrevista, R/E), categoria profissional (médico, enfermeiro, farmacêutico, outros, M/E/F/O), inserção no sistema (serviço, gestão intermediária (meso) e macro, academia, S/GI/GM/A), numeração (CCAA visitada).

Os dados primários foram complementados com bibliografia, documentos, pesquisa nos sites do **Ministerio de Sanidad y Política Social (MS)** e das **Consejerías de Salud**, banco de dados da OECD²¹ e do Barômetro Sanitário²³, inquérito populacional que avalia o funcionamento dos serviços e intervenções no sistema.

O SNS Espanhol e a problemática dos tempos de espera

Contexto nacional e a macrogestão

Em 2008, a população espanhola era da ordem de 46 milhões, com uma renda de US\$ 24.776 por habitante. No período 2000-2007, o gasto em saúde passou de 7,2 para 8,5 % do PIB e de US\$ 1.536 para US\$ 2.671 **per capita**, com estabilidade na proporção dos gastos públicos, situados em torno de 72%²¹. Os principais indicadores de saúde estão acima da média dos países da OECD, embora o gasto e os recursos se situem num patamar inferior²¹ (Tabela 1).

O SNS espanhol é o resultado da extensão a quase toda a população da **Asistencia Sanitaria de la Seguridad Social**, que em 1978 cobria mais de 80% da população. O marco legal da noção de universalização, integralidade e descentralização associada à construção de um serviço nacional de saúde ocorreu a partir da Constituição de 1978 e com a **Ley General de Sanidad (LGS)** em 1986²². Apesar de algumas diferenças entre as CCAA e de novas formas de gestão em curso, a propriedade e a oferta dos serviços nos sistemas regionais são predominantemente públicas situando-se sua direção na **Consejería de Salud**, cujo equivalente no Brasil seriam as Secretarias Estaduais de Saúde.

Ao longo dos anos 1990, um conjunto de iniciativas foi empreendido pelo **Instituto Nacional de Salud (INSALUD)**, responsável pela prestação de serviços para dez das 17 CCAA até se completar o processo de descentralização em 2002. As bases de dados foram padronizadas com monitoramento centralizado das esperas para cirurgias, e de 1997 a 2000 o prazo máximo de espera passou de nove para seis meses, com o tempo médio caindo de 100 para 55 dias³. Além da definição de metas, as estratégias incluíram pagamento por tipo e quantidade de procedimentos,

contratação de hospital público ou privado para intervenções e alocação do financiamento condicionada ao alcance das metas de tempos de espera e produtividade. Também foram desenvolvidas diretrizes para indicações cirúrgicas, prescrições clínicas, patologias mais freqüentes e priorização dos pacientes³.

Ao se completar a descentralização, as iniciativas de monitoramento e garantias de tempos máximos passaram a ser responsabilidade das CCAA, ocorrendo uma diferenciação importante de estratégias e metas. As características parti-

Tabela 1. Indicadores de gastos, recursos em saúde e esperança de vida – países da União Europeia (UE-15), 2007.

Países UE -15	Gasto total em saúde como % do PIB	Gasto público em saúde como % do total	Gasto sanitário per capita (PPP)	Médicos por 1.000/hab
Alemanha	10,4	76,9	3.588	3,5
Áustria	10,1	76,4	3.763	3,8
Bélgica	10,2	-	3.595	4,0
Dinamarca	9,8	84,5	3.512	3,2*
Espanha	8,5	71,8	2.671	3,7
Finlândia	8,2	74,6	2.840	3,0
França	11,0	79,0	3.601	3,4
Grécia	9,6	60,3	2.727	5,4*
Irlanda	7,6	80,7	3.424	3,0
Itália	8,7	76,5	2.686	3,7
Luxemburgo	7,3*	90,9*	4.162*	2,9
Holanda	9,8	62,5**	3.837	3,9
Portugal	9,9*	71,5*	2.150*	3,5
Reino Unido	8,4	81,7	2.992	2,5
Suécia	9,1	81,7	3.323	3,6*

Países UE -15	Enfermeiros por 1.000/hab	Consulta médica per capita	Leitos agudos por 1.000/hab.	Esperança de vida ao nascer	
				Homem	Mulher
Alemanha	9,9	7,5	5,7	77,4	82,7
Áustria	7,4	6,7	6,1	77,9	82,9
Bélgica	14,8*	7,6	4,3	77,1	82,6
Dinamarca	14,3*	7,5**	2,9	76,2	80,6
Espanha	7,5	8,1*	2,5*	77,8	83,0
Finlândia	9,9*	4,2	3,7	76,0	83,1
França	7,7	6,3	3,6	77,5	84,4
Grécia	3,3*	-	3,9*	77,0	82,0
Irlanda	15,5	-	2,7	77,4	82,1
Itália	7,0	7,0*	3,1	78,8	84,2
Luxemburgo	11,1*	6,1	4,4	76,9	82,2
Holanda	8,7	5,7	3,0	78,0	82,3
Portugal	5,1	4,1	2,8	75,9	82,2
Reino Unido	10,0	5,0	2,6	77,3	81,7
Suécia	10,7	2,8*	2,1	78,9	83,0

* Ano mais recente com dados disponíveis de 2006; **Ano mais recente com dados disponíveis de 2002 ou 2004.
Fonte: OECD²¹.

culares do processo de descentralização espanhol foi um dos temas ressaltados nas entrevistas, pois a estrutura de comando do governo central, o **Ministério de Sanidad e Consumo y Política Social** tem dificuldade para exercer um papel de regulação e de coordenação dos sistemas regionais.

Mas houve uma unanimidade entre os entrevistados quanto aos aspectos positivos do SNS, entre os quais a segurança diante do risco de adoecer e a melhora na qualidade dos serviços. Em 2009, dados do Barômetro Sanitário²³ mostraram que 21% dos espanhóis consideravam que o SNS funcionava bastante bem e 48% que funcionava bem, mas necessitava de mudanças. Entre os aspectos suscetíveis de melhora, o maior percentual de respostas refere-se à necessidade de

reduzir esperas para cirurgia e internação²⁴. Para a maioria, o sistema público tem melhor qualidade e, no caso de uma doença grave, elegeriam seus serviços (58%); todavia, em relação à rapidez no atendimento há preferência pelos serviços privados (66%), utilizados de forma suplementar em algumas áreas, tais como obstetrícia, ginecologia e dermatologia. Os tempos de espera para consulta especializada eram de até um mês para 37% dos usuários, sendo que 21,5% reportaram mais de três meses (Tabela 2). Os dados do sistema de informação do Ministério no período 2006-2009²⁵ mostram uma discreta redução de esperas superiores a seis meses para cirurgias eletivas, ocorrendo o contrário no caso de consultas especializadas (Tabela 3).

Tabela 2. Indicadores selecionados de avaliação do Sistema Nacional de Saúde, Espanha e Comunidades Autônomas de Andaluzia, Catalunha, Madri e País Basco – **Barômetro Sanitário 2009**

Indicadores	Andaluzia	Catalunha	Madri	País Basco	Espanha
Avaliação SNS					
Funciona bastante bem	15,7	19,4	22,6	24,1	21,2
Funciona bem, mas necessita de mudanças	54,0	43,7	44,7	53,6	48,0
Necessita de mudanças fundamentais	25,3	28,5	28,1	19,0	25,3
No caso de uma doença grave elegeria:					
Público	56,3	51,6	63,2	64,9	57,9
Privado	34,7	40,8	26,1	22,3	31,5
Rapidez no atendimento elegeria:					
Público	28,3	23,8	26,0	25,6	28,5
Privado	65,9	70,7	68,9	66,9	65,6
Comunicação entre médico de família e especialista					
Correta	49,8	52,3	29,1	63,8	49,1
Não correta	29,4	28,5	28,7	12,9	24,7
NS/NR	20,8	19,3	42,2	23,3	26,2
Avaliação APS (nota de 0 a 10)					
Facilidade para conseguir consulta	6,6	6,2	6,5	6,5	6,5
Tempo de espera para exames	5,1	5,9	5,3	5,5	5,2
Avaliação AE (nota de 0 a 10)					
Facilidade para conseguir consulta	5,7	5,31	4,9	5,5	5,4
Tempo de espera para exames	4,7	4,8	4,4	5,0	4,7
Tempo de espera para consulta com especialista					
Até 1 mês	39,5	44,3	39,4	46,0	37,2
De 1 a 2 meses	21,6	13,8	17,2	19,6	17,4
De 2 a 3 meses	11,0	12,7	15,7	9,2	13,5
Mais de 3 meses	15,2	23,1	20,3	12,4	21,5
As autoridades sanitárias implementam ações para melhorar as listas de espera?					
Sim	45,0	40,6	40,7	40,1	41,3
Não	31,1	39,7	39,2	28,6	35,4
NS/NR	24,0	19,7	20,2	31,3	23,3

Fonte: **Barômetro Sanitário**²³.

Tabela 3. Espera cirúrgica e ambulatorial – SNS espanhol, 2006-2009.

Ano	Cirurgia			Consulta especializada		
	Nº pacientes na lista	Tempo médio de dias de espera	% de espera > 6 meses	Nº pacientes na lista	Tempo médio de dias de espera	% de espera > 6 meses
Dez. 2006	362.762	70	7,0	35,4/1.000 hab	54	29
Jun. 2009	374.194	63	5,0	39,1/1.000 hab	52	36

Fonte: Ministerio de Sanidad y Política Social, Sistema de Información Sanitaria del SNS²⁵.

A problemática dos tempos de espera não surgiu, de forma espontânea, como uma preocupação importante entre os entrevistados. As principais inquietações se concentraram nas mudanças dos mecanismos de gestão que poderiam implicar uma tendência privatizante do SNS, ainda que um dos argumentos para justificar essas ações seja a diminuição da pressão assistencial decorrente do desequilíbrio entre demanda e oferta. A menção direta às listas ocorreu em duas situações: a primeira, relacionada aos efeitos na qualidade com perigo de um abandono da classe média, perda de legitimidade e reforço à privatização; a segunda, relacionada ao uso político do tema e falta de transparência nas informações.

A Lei 16/2003, de Coesão e Qualidade do SNS²⁶, ao estabelecer um catálogo de prestações comuns, também definiu que as CCAA fixariam as garantias de tempos máximos. Todavia, as Comunidades tardaram em definir metas e inicialmente o fizeram somente para cirurgias eletivas²⁷. A insatisfação com as listas parece ter se intensificado a partir dos anos 2000, com um decréscimo do percentual de usuários que apontavam melhorias nessa questão (30% em 2002 para 20% em 2008)²⁸.

Andaluzia foi a primeira CCAA a tornar público tempos de espera para cirurgias, fixando uma garantia de tempo máximo²⁹ que, desde 2006, é de até 120 dias para onze das intervenções mais comuns. A partir de março de 2004 (Decreto 96), foram garantidos tempos máximos de 60 dias para primeira consulta com especialista e de 30 para realização de procedimento diagnóstico solicitado pelo **médico de família y comunidad (MFyC)** ou especialista. A transparência nas esperas faz parte do compromisso assumido pela **Consejería de Salud**, e desde julho de 2009 é possível acompanhar as listas pela Internet. Quando o tempo máximo é superado, o usuário pode solicitar atendimento no setor privado.

Desde 2000, o Serviço Catalão de Saúde vem estabelecendo prazo máximo para intervenções

cirúrgicas, que atualmente é de até 6 meses. Para consultas e exames especializados, está definido um prazo de 90 dias para 12 tipos de exames. Não é possível acompanhar tempos de forma individualizada pela Internet, mas estão disponíveis informações sobre o número de pessoas nas listas para procedimentos especializados por regiões e centros de saúde³⁰.

No País Basco, estão definidos tempos máximos de espera para procedimentos cirúrgicos que variam até 30 dias para cirurgias oncológicas, 90 para cardíacas e até 180 dias para as demais. Após transcorridos esses prazos, o usuário poderá solicitar autorização para ser atendido em outro serviço³¹.

Em Madri, os entrevistados referiram a intenção de que o tempo máximo para consulta especializada não seja maior do que 40 dias e de até 30 para cirurgias eletivas, todavia o tempo é contabilizado somente após a finalização do pré-operatório, o que pode ocultar longas esperas entre a indicação e a realização da cirurgia. Afirma-se, contudo, que vem ocorrendo um decréscimo importante dos tempos, anteriormente superiores a um ano, com a existência das seguintes medidas: contratação de centro cirúrgico em outro hospital ou de cirurgias em clínicas privadas, equipe para gestão de listas de espera nos serviços de admissão, fixação e monitoramento de prazos para realização do pré-operatório.

A discussão de novas modalidades de gestão tem sido apontada como uma alternativa para enfrentar desequilíbrios entre oferta e demanda e aumentar a eficiência dos serviços. Em 2001, Martin-Garcia e Sanchez-Bayle³² analisaram o desempenho hospitalar nas CCAA de Galícia, Madri, Majorca e Rioja, comparando o modelo tradicional com o de fundações. Nessas novas instituições, foi encontrado um número maior de pessoas esperando nas listas com um tempo mais elevado para realização de cirurgias.

As peculiaridades do processo de descentralização na Espanha e seus efeitos sobre a equidade e a coesão social têm sido apontados em diver-

sos trabalhos^{33,34}. Alguns sugerem a existência de diferenças territoriais importantes na prestação de serviços com distintas opções regionais de políticas e de gestão que também poderiam gerar desempenhos diferenciados em relação aos tempos de espera³⁵.

Gestão e práticas em nível local

Em 1984, o Decreto de Estruturas Básicas de Saúde³⁶, promulgado antes mesmo da LGS, iniciou a reforma da atenção primária (APS). A prestação de serviços divide-se em APS e cuidados especializados, e está organizada por Áreas de Saúde que possuem, pelo menos, um hospital geral (também responsável pela atenção especializada), com gerências separadas e um grau variável de integração entre esses dois níveis de cuidados. Os médicos de família constituem a porta de entrada obrigatória e têm uma lista entre 1.300 e 2.000 pessoas. Trabalham em centros de saúde com serviços de apoio compartilhados.

O acesso à APS não parece se constituir num problema relevante. Este nível é mais bem avaliado do que o especializado quanto à facilidade para conseguir consulta e tempo de espera para realizar exames, sendo que a espera para exames na atenção especializada obteve a pior nota entre os componentes avaliados pelo Barômetro Sanitário²³ em 2010 (Tabela 2).

Em Barcelona e Andaluzia, foi referido que garantir atendimento a todos que procuram os Centros no mesmo dia, seja pelo médico, seja pelo enfermeiro, constitui uma meta de desempenho do sistema. Em Bilbao, a existência de vagas para casos agudos nas agendas faz parte da certificação de qualidade dos serviços, e nos Centros visitados em Madri o tempo máximo de espera informado foi de até três dias. Embora tenha sido consenso de que não existem problemas de acessibilidade nesse nível da atenção, é interessante assinalar que, para os gestores da APS de Barcelona, o excesso de medidas preventivas individuais para a atenção primária e especializada sobrecarrega as agendas, dificultando o acesso de casos agudos.

As maiores dificuldades se referem aos tempos de espera para a atenção especializada e hospitalar. Ainda que o sistema funcione com territorialização, fluxos definidos e sistemas de informações compartilhados, que inclui o acesso à agenda dos especialistas a partir dos centros de saúde, esse nível não tem controle sobre esses processos de trabalho, prevalecendo a impressão de pouca transparência.

Antes os tempos de espera não dependiam do hospital [mas do Insalud] e eram menores, agora, não são transparentes. [...] Para fazer pesquisas sobre referência e listas de espera, nós, profissionais, trocamos informações quase às escondidas (RMGI1).

A grande autonomia dos hospitais no controle das agendas, que são fechadas em período de férias ou licenças, foi uma problemática comum em todas as CCAA analisadas. Quando a agenda está indisponível, o usuário deve retornar ao centro para nova tentativa de marcação, o que cria tempos ocultos e pessoas não contabilizadas nas filas.

Em Barcelona, Madri e Bilbao, foi mencionado que algumas pressões para diminuir esperas nem sempre advêm de necessidades de saúde, mas atendem a interesses políticos ou corporativos, com entidades representativas de determinadas especialidades causando “ruídos” para levar à compra de serviços privados. Foi consenso em três das CCAA que fatores culturais influenciam a demanda determinando pressões para encaminhamentos. Haveria um certo mito em torno das especialidades e da qualidade da atenção hospitalar, com uma “atração” pelo uso de tecnologias diagnósticas e realização de procedimentos, às vezes, desnecessários. Também a prática da medicina defensiva induziria à utilização exacerbada de provas diagnósticas, aumentando os tempos de espera:

A possibilidade de realizar provas diagnósticas no mesmo dia é considerada muitas vezes pelo usuário como uma forma de economizar tempo, encurtar processos, além de provocar a sensação de que o problema de saúde foi resolvido. Há demanda crescente pela busca de exames e ainda não há estratégias de triagem nas portas de entrada dos serviços de urgência (EMGI3).

Mas se o uso inapropriado dos serviços especializados hospitalares agrava tempos de espera, a existência de longas listas para algumas especialidades também está entre as razões apontadas para a busca de atendimento de urgência. A possibilidade de realizar exames no mesmo dia seria uma estratégia para “economizar” tempo, encurtar processos, além de garantir a sensação de que o problema foi resolvido. Segundo um dos informantes-chave, os usuários conhecem o funcionamento do sistema e buscam serviços que respondam às suas expectativas, muitas vezes induzidas por meios de comunicação, o que não significa que a APS não funcione bem, ou seja pouco acessível.

Por sua vez, o modelo de organização do sistema sanitário espanhol é caracterizado por uma

grande independência entre os níveis de cuidado, o que é considerado um importante entrave para a integração da rede. O problema das longas filas para algumas especialidades não seria decorrência apenas de oferta insuficiente, mas de falta de objetivos comuns entre atenção primária e especializada.

Ter objetivos comuns nos ajudaria. Existem recursos que não são econômicos. Quanto mais pressão assistencial, mais referências. Por isto, temos que encontrar a fórmula para nos coordenarmos com maior facilidade (EMGI1).

Diversas iniciativas foram mencionadas para facilitar a continuidade assistencial e enfrentar o problema das listas. Nas quatro CCAA visitadas estabeleceram-se circuitos especiais de referência, com diferenças em relação aos agravos priorizados e tempos de espera. Em Madri, há circuitos especiais para suspeitas de câncer e para “consultas preferenciais”, uma situação intermediária entre a urgência e o circuito normal de referência. Em Barcelona, além dos casos suspeitos de câncer, há circuitos especiais para outros casos graves. Em Bilbao, o circuito preferencial não está protocolizado para casos específicos, ficando a critério do médico de família. Embora avaliados positivamente pela maioria dos entrevistados, esses circuitos preferenciais enfrentam problemas, com referências inadequadas, o que é corroborado na literatura³⁷.

Com os circuitos se gerou mais demora para realização dos diagnósticos, apesar de terem sido criadas condutas especiais para referência de alguns pacientes. O que ocorre é que se referencia todo mundo, os que podem ter câncer e os que não, e se produz um gargalo ainda maior (EMGI1).

Mas a melhoria da resolubilidade da APS e a qualificação das referências foram apontadas como medidas necessárias, pois na avaliação de alguns profissionais dos serviços especializados e hospitalares, uma parcela do problema tem origem nessa questão.

A capacidade de resolução da atenção primária é lamentavelmente muito baixa, e o volume de encaminhamentos muito alto (RMG11).

Se o usuário busca os serviços de urgência porque necessita de um diagnóstico, é porque o circuito não está bem organizado e há problemas de resolutividade. Se para ter um diagnóstico necessito ir cinco vezes à APS, vou direto à urgência (EMA4).

Todavia, a taxa de encaminhamentos do médico generalista ao especialista na Espanha é de 6%, não sendo considerada muito elevada, ainda que apresente uma variabilidade da ordem de 3 a 19% entre resultados de estudos e serviços³⁸.

O excesso de referências, que pode sugerir baixa resolutividade da APS, seria apenas um dos problemas para a utilização inadequada da atenção especializada³⁹, aumento das listas ou procura de urgências. A organização do trabalho dos especialistas também contribuiria com reagendamentos frequentes (até 40% das consultas com especialista resultam em retorno) e referências para outros especialistas³⁷.

Em Madri, a medida considerada de maior êxito para melhorar a resolubilidade foi o aumento das provas diagnósticas solicitadas diretamente pelo médico de família. Nas quatro CCAA, houve transferência para a APS de ações do nível especializado ou hospitalar como anticoagulação oral e pequenas cirurgias dermatológicas, além do uso de tecnologias de informação (serviço de teledermatologia) e do treinamento de **MFYC** com interesses especiais para dar suporte local. A experiência de “especialistas consultores”, que se deslocam dos hospitais para interconsulta, sessões clínicas, capacitações e elaboração conjunta de protocolos, foi outra estratégia para aproximar profissionais e qualificar a APS, bem como ampliação dos turnos de atendimentos nos hospitais e da carga horária de especialistas com maior demanda.

A pressão assistencial tem sido apontada como um fator que poderia influir nos encaminhamentos e na resolubilidade da APS. Chama a atenção o elevado número de atendimentos do médico de família e o tempo curto de cada consulta (5-7 minutos), mesmo que exista uma série de mecanismos para aumento da produtividade (prontuário informatizado, trabalho em equipe, vínculo longitudinal). Não houve, todavia, unanimidade entre os entrevistados acerca de seus reflexos na qualidade dos cuidados. Para alguns, a pressão assistencial nem sempre é real, pois um número importante das consultas é para renovação de atestados e receitas. Foi mencionada uma campanha nacional encabeçada por entidades representativas dos médicos de família que tinha como plataforma a obtenção de “pelo menos 10 minutos para consulta”.

Discussão e conclusão

A magnitude dos tempos de espera no SNS e as respostas das CCAA espanholas para responder ao desafio das listas de espera coincidem, em parte, com aquelas referidas na literatura internacional^{2,3,8,40}. Para Hurst e Siciliani³, o sucesso das medidas realizadas pelo **Insalud** no final da déca-

da de 1990 e, mais recentemente, na Inglaterra decorreu de uma combinação de intervenções com definição de metas de tempos de espera para todos os serviços, melhora da produtividade, incentivos financeiros ou sanções associadas a um acompanhamento centralizado do desempenho.

Com a transferência da responsabilidade de serviços para as CCAA e as características peculiares do processo de descentralização, reduziram-se as possibilidades de condução e de monitoramento pelo **Ministerio de Sanidad**. Nota-se uma diversidade de situações que pode vir a implicar desequilíbrios territoriais no acesso, apesar da existência de instrumentos legais visando equidade, além de mecanismos para acompanhamento de tempos através de sistemas de informação ou inquéritos nacionais. As CCAA estudadas vêm definindo prazos máximos de espera para intervenções cirúrgicas, consultas e exames especializados com o estabelecimento de circuitos preferenciais de referência, mas há diferenças quanto aos agravos priorizados e aos tempos garantidos.

É interessante discutir a constatação de que, mesmo num sistema orientado pelos princípios de territorialização e da coordenação das ações há várias décadas, ainda é frágil a integração entre APS e cuidados especializados, que funcionam com estruturas de gestão separadas, o que mostra as dificuldades para modificar culturas e interesses. Nos sistemas orientados pela atenção primária, é função desses serviços assegurar cursos de ação diagnósticos e terapêuticos adequados a partir da porta de entrada, e as esperas para os demais serviços diminuem a credibilidade deste nível de atenção, da mesma forma que barreiras para o acesso ou inadequação técnica do cuidado na porta de entrada geram processos de utilização pouco eficientes dos serviços especializados e hospitalares, como foi encontrado no estudo.

A perspectiva de um trabalho em rede propiciaria novas formas de interação entre profissionais com potencial para aumentar a resolubilidade da APS e diminuir filas, mas para isso são necessários mecanismos que possibilitem e incentivem um ambiente cooperativo. Algumas medidas foram identificadas, tais como especialistas consultores e a formação de generalistas com interesses especiais, porém essas iniciativas parecem ser ainda pouco expressivas. Para Hartz e Contandriopoulos¹⁷, a prestação de serviços em redes tornaria necessário construir quatro tipos de integração: sistêmica (entre as redes e o conjunto dos sistemas sociais e de saúde), normativa (representações sociais comuns entre os atores), funcional ou entre os pilares do sistema de

governança (financiamento, gestão, informação) e do sistema clínico (equipes e processos de cuidado). Requer a existência de um sistema comum de representações e de valores para uma responsabilização coletiva da população atendida, trabalho de convencimento que, em geral, tem se limitado aos profissionais dos serviços de APS.

O gerenciamento de listas constitui, também, um campo de disputas de interesses, com importante apelo eleitoral, e envolve pressões de ordem econômica, política e corporativa. Essas pressões podem incidir na transparência de sua divulgação e nas formas de contabilizar tempos, com maquiagem das listas^{8,40}, como foi referido, especialmente no caso de uma das CCAA estudadas.

Dois outros pontos devem ser destacados em razão de iniciativas ou futuras investigações: a problemática dos tempos ocultos e as questões suscitadas pelo estabelecimento de circuitos preferenciais. Para superar o primeiro, na Inglaterra foram definidas metas integradas para toda a trajetória do paciente incluindo consultas com especialistas, realização de exames, referência para outros especialistas até o tratamento/cirurgia, reduzindo-se assim os chamados “tempos ocultos”¹⁴, o que pode ser uma iniciativa interessante a ser considerada.

Quanto ao segundo, a pesquisa evidenciou que os circuitos preferenciais foram considerados positivos pelos entrevistados, mas exigem cuidados para evitar referências inadequadas. Gervás *et al*³⁷ alertam para o fato de que, se num primeiro momento há maior prevalência de pacientes priorizados no circuito mais rápido, o aumento do tempo da lista normal pela alocação de recursos para esses atendimentos faz com que o circuito preferencial se sobrecarregue com referências para encurtar a espera dos demais pacientes.

A descrição analítica do SNS mostrou a importância de dois eixos centrais de medidas complementares para enfrentamento das listas em sistemas públicos orientados pela APS: políticas com garantias de prazos máximos na esfera mcrossocial associadas a medidas para aumento da resolubilidade da APS e da coordenação do sistema no âmbito da gestão e das práticas locais. Mas para que prazos estabelecidos se tornem realidade, é necessário assegurar financiamento adequado para garantir a oferta de serviços, como mostram as evidências da literatura.

No entanto, é preciso ter em mente que a superação de listas não significa, apenas, aumento da oferta com mais intervenções, exames, procedimentos. Um ponto central que os elementos

sistematizados neste trabalho permite sugerir é de que uma abordagem abrangente dessa problemática implica deslocar o foco da discussão do monitoramento de listas e/ou da ampliação da oferta para o da garantia de um acesso oportunista. Ou seja, significa avançar na direção do monitoramento da qualidade dos sistemas de saúde de modo a enfrentar uma utilização de serviços pouco eficiente, uma vez que, em princípio,

este é o diferencial que os sistemas orientados pela APS com redes integradas de serviços podem trazer. Implica, também, enfrentar o desafio político e a disputa de projetos tecno-assistenciais no difícil “jogo” da regulação em sistemas nos quais a doença se transformou em uma mercadoria altamente geradora de valor, discussão que é central para a sustentabilidade dos sistemas de saúde contemporâneos.

Colaboradores

E Conill, L Giovanella e PF Almeida participaram igualmente de todas as etapas da elaboração do artigo.

Agradecimentos

Ao apoio financeiro da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior e ao Programa de Cooperación Interuniversitaria e Investigación Científica entre España e Iberoamérica, da Agencia de Cooperación Internacional al Desarrollo, bem como da Escuela Nacional de Salud Pública (ENS) de Madrid, na pessoa do professor José Manuel Freire.

Referências

1. Macinko J, Starfield B, Shi L. The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970-1998. *Health Serv Res* 2003; 38(3):831-865.
2. Jacobs R, Martin S, Rice N, Smith P. *Waiting for health care: a summary of the evidence in the UK*. New York: Centre for Health Economics, University of York; 2003. p. 1-8.
3. Hurst J, Siciliani L. *Tackling excessive waiting times for elective surgery: a comparison of policies in twelve OECD countries*. Paris: OECD; 2003. (OECD Working Papers 6).
4. Schoen C, Osborn R, Huynh PT, Doty M, Davis K, Zapert K, Peugh J. Primary care and health system performance: adults' experiences in five countries. *Health Aff (Millwood)* 2004; Suppl. Web Exclusives (W4): 487-503.
5. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass). *A saúde na opinião dos brasileiros*. Brasília: Conass; 2003.
6. Giovanella L, Mendonça MHM, Almeida PF, Escorrel S, Senna MCM, Fausto MCR, Delgado MM, Andrade CLT, Cunha MS, Martins MIC, Teixeira CP. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral à saúde no Brasil. *Cien Saude Colet* 2009; 14(3):783-794.
7. Mojón-Azzi SM, Mojón DS. Waiting times for surgical procedures in ten European Countries. *Gesundheitsökonomie, Qualitätsmanagement*. 2008; 13(2):92-98. [Resumo].
8. Kreindler SA. Policy strategies to reduce waits for elective care: a synthesis of international evidence. *Br Med Bull* 2010; 95:7-32.

9. Cano JG, Medina E, Custardoy J, Orozco D, Quince F. Identificación de las variables de influencia en los tiempos de espera en atención especializada. *Gac Sanit* 2003; 17(5):368-374.
10. Chen Z, King W, Pearcey R, Kerba M, Mackillop WJ. The relationship between waiting time for radiotherapy and clinical outcomes: a systematic review of the literature. *Radiother Oncol* 2008; 87(1):3-16.
11. Schoen C, Doty MM. Inequities in access to medical care in five countries: findings from the 2001 Commonwealth Fund International Health Policy Survey. *Health Policy* 2004; 67(3):309-322.
12. Siciliani L, Verzulli R. Waiting times and socioeconomic status among elderly Europeans: evidence from SHARE. *Health Econ* 2009; 18(11):1295-1306.
13. Murray M, Berwick DM. Advanced access: reducing waiting and delays in primary care. *JAMA* 2003; 289(8):1035-1040.
14. Willcox S, Seddon M, Dunn S, Edwards RT, Pearse J, Tu JV. Measuring and reducing waiting times: a cross-national comparison of strategies. *Health Aff (Millwood)* 2007; 26(4):1078-1087.
15. Siciliani L, Martin S. An empirical analysis of the impact of choice on waiting times. *Health Econ* 2007; 16(8):763-779.
16. Hartz ZMA, Contandriopoulos AP. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um "sistema sem muros". *Cad Saude Publica* 2004; 20(Supl. 2):S331-S336.
17. Vázquez ML, Vargas I, Unger JP, Mogollón A, Silva MRF, Paepe P. Integrated health care networks in Latin America: toward a conceptual framework for analysis. *Rev Panam Salud Publ* 2009; 26(4):360-367.
18. Conill EM, Fausto MCR. Análisis de la problemática de la integración de la APS en el contexto actual: causas que inciden en la fragmentación de servicios y sus efectos en la cohesión social. Proyecto EUROSOCIAL Salud. Documento técnico. Rio de Janeiro: IRD; 2007 [acessado 2010 abr 10]. Disponível em: http://www.eurosocialsalud.eu/docs/p4_1_1_1/MzI
19. Travassos C, Castro MSM. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz/Cebes; 2008. p. 215-245.
20. Silva SF. Desafios para o aperfeiçoamento das redes de atenção à saúde no SUS no contexto da implementação do Pacto pela Saúde. In: Silva SF, organizadora. *Redes de Atenção à Saúde no SUS: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações de serviços de saúde*. Campinas: Idisa/Conasems; 2008. p. 117-136.
21. Organization for Economic Cooperation and Development (OECD). *Country statistical profiles*. [España]; OECD; 2009 [acesso 2010 abr 10]. Disponível em: <http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=CSP2010>
22. Freire JM. La atención primaria de la salud y los hospitales en el Sistema Nacional de Salud. In: Navarro VL, editor. *El Estado de Bien Estar en España*. Madrid: Tecnos; 2004, p. 239-291.
23. España. Ministerio de Sanidad y Política Social (ES). Instituto de Información Sanitaria. Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS). *Barómetro Sanitário 2009* [monografia na Internet]. Madrid: Gobierno de España; 2009 [acessado 2010 jun 27]. Disponível em: <http://www.mspes.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/home.htm>
24. España. Ministerio de Sanidad y Política Social. Instituto de Información Sanitaria. Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS). *Barómetro Sanitário 2003-2007*. [monografia na Internet]. Madrid: Gobierno de España; 2007 [acessado 2010 jun 27]. Disponível em: http://www.mspes.es/estadEstudios/estadisticas/docs/BS_2003-2007.pdf
25. España. Ministerio de Sanidad y Política Social. Sistema de Información Sanitaria. *Listas de espera en el Sistema Nacional de Salud* [documento na Internet]. Madrid: Gobierno de España; 2010 [acessado 2010 jul 10]. Disponível em: <http://www.mspes.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/listaEspera.htm>
26. Gobierno de España. *Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud*. Madrid; 2003. [acessado 2010 jun 27]. Disponível em: http://noticias.juridicas.com/base_datos/Admin/116-2003.html
27. López A. Desesperados con las listas de espera. Sanidad Pública. Elmundo.es [Internet]. Madrid (ES). [documento na Internet]. [acessado 2010 jun. 2]. Disponível em: <http://www.elmundo.es/elmundo/salud/2007/01/16/portada/1168957058.html>
28. España. Ministerio de Sanidad y Política Social. Instituto de Información Sanitaria. Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS). *Barómetro Sanitário 1995-2008* [monografia na Internet]. Madrid: Gobierno de España; 2008 [acessado 2010 jun. 27]. Disponível em: http://www.mspsi.es/estadEstudios/estadisticas/docs/BAROMETRO_SANITARIO_EVOLUTIVO_1995-2008.pdf
29. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía [homepage na Internet]. Sevilla (ES) [atualizada em 2010; acessado 2010 jun. 27]. Disponível em: <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/RespAsistencial/default.asp>
30. CatSalut. Servei Català de la Salut. Generalitat de Catalunya [homepage na Internet]. Barcelona (ES). [atualizada em 2010; acessado 2010 jun. 27]. Disponível em: http://www10.gencat.cat/catsalut/esp/servcat_espera.htm
31. OSANET. El Portal de la Sanidad Vasca [homepage na Internet]. [acessado 2010 jun. 27]. Disponível em: http://www.osanet.euskadi.net/r85-20319/es/contenidos/nota_prensa/prensa_sanidad62/es_15385/prensasanidad62_c.html
32. Martín-García M, Sánchez-Bayle M. Nuevas formas de gestión y su impacto en las desigualdades. *Gac Sanit* 2004; 18(Supl.1):96-101.
33. Repullo JR, Freire JM. Gobernabilidad del Sistema Nacional de Salud: mejorando el balance entre los beneficios y los costes de la descentralización. Informe SESPAS 2008. *Gac Sanit* 2008; 22(Supl.1):118-125.
34. Rodriguez E, Puelles PG, Jovell AJ. The Spanish health care system: lessons for newly industrialized countries. *Health Policy Plan* 1999; 14(2):164-173.

35. Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública (FDSP). *Los servicios sanitarios de las CCAA: Informe 2009* [monografia na Internet]. Madrid (ES): FDSP; 2009 [acessado 2010 jun, 27]; VI Informe [8 fls]. Disponível em: http://www.rivas-salud.org/agregados/618_INFORME%202009.pdf
36. España. Ministerio de Sanidad y Consumo. *Real Decreto 137/1984, de 11 de enero de 1984, Reforma Legislativa de la AP en España (estructuras básicas de salud)*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1984.
37. Gervás J, García Olmos LM, Simó J, Peiró S. Seminario de Innovación 2007. Paradojas en la derivación de primaria a especializada. *Aten Primaria* 2008; 40(5):253-255.
38. Olmos LG, Gervás Camacho J, Otero A, Pérez Fernández M. La demanda derivada: un estudio de la relación entre médicos generales y especialistas. *Rev San Hig Páb* 1994; 68(2):267-278.
39. Olmos LG. *Cambios en la organización y demanda derivada. Seminarios de innovación en atención primaria 2007*. Fundación Ciencias de la Salud. Madrid; 16 de noviembre de 2007.
40. Harrison A, Appleby J. Reducing waiting times for hospitals treatment: lessons from the English NHS. *J Health Serv Res Policy* 2009; 14(3):168-173.

Artigo apresentado em 16/12/2010
Aprovado em 15/03/2011
Versão final apresentada em 15/04/2011