



TEXTOS DE ANA CLÁUDIA PERES, ELISA BATALHA, LUIZ FELIPE STEVANIM,
BRUNO DOMINGUEZ, LISEANE MOROSINI, E ADRIANO DE LAVOR
PESQUISA DE JORGE RICARDO DINIZ PEREIRA
FOTOS DE SERGIO EDUARDO OLIVEIRA
ARTE DE FELIPE PLAUSKA E CAROLINA NIEMEYER

EM REPORTAGEM ESPECIAL, RADIS DISCUTE, SOB DIFERENTES
ÂNGULOS, UM DOS MAIORES DRAMAS ENFRENTADOS
PELA POPULAÇÃO AO BUSCAR ASSISTÊNCIA NA SAÚDE

A MEDIDA DA FILA

-P

or favor, onde fica o fim da fila? A pergunta não é apenas retórica e deveria ser de fácil resposta. Normalmente, com o indicador ou um movimento de cabeça, seu interlocutor vai sugerir que você se dirija à extremidade oposta ao início. Lá, onde a fila faz a curva, o tempo demora a passar e a espera costuma ser fatigante. Mas por mais longa que pareça, a fila ainda é a maneira mais eficaz e democrática de organizar uma demanda — desde que siga um ordenamento, obedeça critérios e, no caso da saúde, leve em conta a situação de risco dos usuários. Do contrário, o fim da fila pode ser apenas o começo do problema.

No Brasil, o acesso aos serviços de saúde ainda é desordenado. Na atenção básica e, principalmente, na média e alta complexidades, raramente se pode precisar ao certo o lugar que uma pessoa ocupa na fila. O Ministério da Saúde esclarece que a única lista de espera para procedimentos do Sistema Único de Saúde (SUS) regulada nacionalmente é a de transplantes, ficando sob responsabilidade da Coordenação Geral do Sistema Nacional de Transplante (veja matéria na página 25). As demais — seja para atendimentos em postos e hospitais de urgência e emergência, seja para exames, agendamento de consultas com especialistas ou ainda para cirurgias eletivas — ficam a cargo dos gestores locais que são, de acordo com a Constituição, os responsáveis pela execução dos serviços no SUS.

Isso não é tão simples e faz com que, em alguns estados e municípios, a prestação de serviços esteja melhor organizada havendo obstáculos apenas pontuais, enquanto noutros, a situação seja mais grave. Como avalia a vice-presidente do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), Carmen Teixeira, apesar de adotar entre seus princípios constitucionais a universalidade, o sistema público de saúde brasileiro ainda não garante o acesso a toda a população em razão de uma série de fatores de caráter estrutural, a exemplo do subfinanciamento, da oferta insuficiente de serviços e da má distribuição entre as diversas regiões do país. “Por conta disso, a existência de longas filas de espera é mais sentida em alguns tipos de serviços, sendo menor em outros, o que depende também do grau de desenvolvimento e da infraestrutura do sistema em cada estado e em cada município brasileiro”,

acredita Carmen. Mas do ponto de vista da população ou do usuário do sistema, diz a professora, é de se esperar que o grau de tolerância seja baixo. “Principalmente, quando quem espera para ser atendido numa fila está vivendo uma situação de sofrimento”, acrescenta.

Se uma fila nunca é aceitável para quem sofre e precisa acessar os serviços, é importante levar em conta os diferentes tipos de fila para poder gerenciá-las. Uma coisa são as filas nas portas de serviços de saúde para atendimento imediato, outra, são as filas virtuais que se caracterizam como listas de espera para agendamento, classificadas por algum critério. O mais importante, segundo a professora da Faculdade de

Saúde Pública da Universidade de São Paulo (Usp), Marília Louvison, é compreender a gênese de cada uma delas. A fila de atendimento de urgência e emergência, por exemplo, pressupõe que o usuário seja atendido em poucas horas reconhecendo que casos mais graves deverão ser identificados e ganhar prioridade (veja matéria na página 21).

As filas de atendimento ambulatorial, por sua vez, têm internamente urgências relativas, que precisam ser adequadamente caracterizadas e acolhidas nas unidades de saúde, enquanto as filas de demandas eletivas, principalmente cirúrgicas, dependem acima de tudo de organização e transparência para que toda a população conheça os tempos de espera (veja o que prevê o sistema de regulação na página 18). “De qualquer forma, é fundamental não naturalizarmos a espera nos serviços públicos de saúde e conhecermos quem realmente é parte dessa fila e quais as suas necessidades”, sugere Marília, que também é integrante do Conselho da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco). Para a professora, pior que esperar na fila é esperar na fila errada. “Os problemas relativos às filas devem ser conhecidos e compartilhados com a sociedade, além de servir de sentinela para as respostas das políticas públicas e para o planejamento e gestão dos sistemas de saúde”, acrescenta.

27.951

Imagine uma fila de 7 mil pessoas. Ou 12 mil. Ou mesmo 25 mil pessoas. Em maio de 2012, uma campanha para incentivar a doação de órgãos, promovida pela Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, substituiu as senhas em diversos locais de espera, como padarias e supermercados, pelo número real da fila para receber um órgão — 27.951 pessoas, à época. O moço no açougue não acreditou ao ver que teria de esperar 19.393 pessoas à sua frente — isso, se estivesse na fila de transplante à espera de um rim; foi com alívio que descobriu que sua senha real para o pãozinho era a de número 104.

Quando o assunto é saúde, a demanda vai ser sempre maior do que a oferta, explica a professora Marília Louvison. “Mas não podemos ter a visão simplista de que basta aumentar a oferta para construir um equilíbrio na utilização dos serviços de saúde. Os ‘gargalos’ estão relacionados tanto à demanda quanto à oferta que precisa se aproximar das necessidades da população”, pondera. A organização e funcionamento de um sistema de saúde público, universal, integral e gratuito, principalmente em um país de dimensões continentais como o Brasil, é complexa. Mas, na opinião da pesquisadora do Instituto de Direito Sanitário Aplicado (Idisa), Lenir Santos, é preciso enfrentar, de uma vez por todas, o desafio de organizar as filas no SUS. Para ela, não se trata de acabar com as filas, mas de ordenar as demandas, encaminhar prazos razoáveis em relação aos agravos e construir metas para superação e melhoria.

Todos os especialistas ouvidos por *Radis* consideram que o grande nó do problema permanece na atenção básica, cuja expansão através da Estratégia de Saúde da Família ainda não atingiu a totalidade da cobertura populacional pretendida. “Além disso,

a AB ainda apresenta, em determinadas regiões, uma baixa resolubilidade, o que ocasiona encaminhamento dos pacientes para níveis mais complexos do sistema, ampliando assim a demanda a estes serviços, que muitas vezes ficam sobrecarregados”, pondera a pesquisadora do Cebes, Carmen Teixeira.

O atual presidente do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), Mauro Junqueira, concorda. “Hoje, boa parte das filas é consequência de uma atenção básica ainda não resolutive, que não resolve 80% da demanda”, diz Mauro, secretário de saúde de São Lourenço (MG), acrescentando que considera necessário investir fortemente em formação médica e capacitação permanente das equipes. Para ele, a atenção básica é prioritária para ordenar e diminuir as filas. A formação profissional adequada ao modelo público também é citada pela professora Lenir. Ela indaga: “Como garantir um modelo público fundado na atenção básica como principal porta e ordenadora do acesso, sem pessoal capacitado para esse exercício?”

Além dos problemas relacionados à atenção básica, subfinanciamento e formação médica, a conselheira da Abrasco, Marília Louvison, aponta ainda como fator que agrava as condições das filas na saúde o processo de envelhecimento populacional em toda a América Latina, que se traduz em uma verdadeira revolução da longevidade e acaba por ampliar o desafio do incremento das condições crônicas, que demandam cuidados ao longo de toda a vida. Some-se a isso também os desafios relacionados à violência e às doenças emergentes. “Não podemos deixar de considerar que temos ainda importantes ‘vazios assistenciais’

que demandam ampliação de oferta em todo o país e que a distribuição da capacidade instalada de serviços de maior complexidade se traduz em importantes desigualdades no uso e acesso de serviços de saúde”, completa.

“AQUÉM DA FILA”

Para Lenir Santos, doutora em saúde pública e especialista em direito sanitário, mais do que normal, a fila é necessária em um sistema de saúde. “Mas precisa haver uma compatibilidade entre a espera e o risco de agravo”, ela diz. “Fila é uma forma de ordenar a espera e isso traz um senso de organização e de respeito”. O problema é quando não se cumpre o que determina o decreto 7.508, de 2011, que estabelece que o acesso ao SUS deve ser definido por ordem cronológica. “É comum a pessoa ir a um serviço de saúde e retornar sem saber com precisão a data e horário de seu atendimento. Outro problema é, na data marcada, ir à consulta e retornar sem atendimento porque neste dia o médico não está ou determinado equipamento quebrou, sem que a pessoa tenha sido comunicada antecipadamente”, condena, afirmando que, por falta de uma ordem na espera por atendimento à saúde, no Brasil “ainda estamos aquém das filas”. Para Lenir, muitas vezes há um estado de pré-fila que pressupõe uma desorganização e não uma ordem, sob controle de quem é responsável pelos serviços.

Andressa de Farias tem 38 anos e está há mais de um ano na fila à espera por uma cirurgia bariátrica. Com problemas de saúde que a impedem de trabalhar fora de casa, dá aulas particulares enquanto conta os dias para fazer a operação. No

Usuários aguardam vacinação contra a febre amarela no Terminal rodoviário do Tietê, em São Paulo: problema maior das filas ainda é na atenção básica



ILUSTRAÇÃO DIGITAL SOBRE FOTO DE PAULO FEHLAUER

“HOJE, BOA PARTE DAS FILAS É CONSEQUÊNCIA DE UMA ATENÇÃO BÁSICA AINDA NÃO RESOLUTIVA, QUE NÃO RESOLVE 80% DA DEMANDA”

SAIBA MAIS

Associação brasileira de Transplante de Órgãos (ABTO)
• www.abto.org.br/abtov03/

Campanha de doação de órgãos realizada pela Santa Casa de São Paulo: “Ticket de espera”
• <https://goo.gl/n4uV6c>

Grupo Brasileiro de Classificação de Risco
• <http://gbcr.org.br/>

Política Nacional de Humanização
• www.saude.gov.br/humanizacao

Decreto 7.508, de 28 de junho de 2011
• <http://goo.gl/AZA3mq>

Relatório da Câmara dos Deputados 2014
• <http://goo.gl/BSZyXJ>

Relatório do Tribunal de Contas da União 2013
• <http://goo.gl/6Uwrbt>

Pesquisas

“A economia das filas no Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro”, de Alexandre Marinho
• <http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/1595>

“Essa vez que não chega: fila e drama social no Brasil”, de Alberto Junqueira
• www.maxwell.vrac.puc-rio.br/21533/21533_1.PDF

“Avaliação do complexo regulador do sistema público municipal de serviços de saúde”, de Janise Braga Barros
• <http://goo.gl/HVvupd>

“A superlotação dos serviços de emergência hospitalar como evidência de baixa efetividade organizacional”, de Roberto Bittencourt
• <http://goo.gl/yvqC4q>

“Comportamento em filas de espera – uma abordagem multimétodos”, de Fábio Iglesias
• <http://repositorio.unb.br/handle/10482/3651>

início de novembro, foi encaminhada pelo posto de saúde Aluísio Amâncio da Silva, que fica em Santa Cruz, bairro onde mora no Rio de Janeiro, para agendar o procedimento cirúrgico no Hospital Federal dos Servidores do Estado. Chegou às 11h20 da manhã de uma terça-feira acompanhada da filha e foi atendida rápido — em menos de 10 minutos, estava no guichê. Demorada foi a conversa com a atendente, que tentava explicar por que ainda não seria possível marcar a cirurgia.

Andressa custou a entender — ou não queria acreditar. Só ali ela descobriu que, por conta de uma hérnia, a guia para a marcação da cirurgia na verdade deveriam ser duas. Resultado: teria que voltar para o início: ir outra vez ao posto de saúde de origem e conseguir uma segunda guia, informação que ela não recebeu quando esteve no posto pela primeira vez. À *Radis*, ela disse que perdeu 200 reais com o táxi e que não voltaria ao posto. “Agora, vou atrás do meu direito na justiça”, decidiu, visivelmente contrariada.

Problemas como esse enfrentado por Andressa acabam ampliando o tempo de espera e o desconforto dos usuários nas filas da saúde. Para se ter uma ideia, a falta de comunicação entre médicos e usuários ou orientações incorretas sobre marcação de consultas, realização de exames e locais para retirada de medicamentos estão entre as demandas mais frequentes levadas à Defensoria Pública do Estado, informou a coordenadora de Fazenda Pública da Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro, Samantha Monteiro. “Muitas vezes o paciente que procura a Câmara já está com a consulta marcada, mas por falta de informação, acaba perdendo o atendimento”, exemplifica a defensora pública que vem atuando em casos de judicialização envolvendo filas em saúde no Rio de Janeiro.

“Como o SUS é descentralizado, sem haver regra clara para todos os entes, não há um banco de dados sistematizado para todo o sistema”, aponta Alexandre Marinho, economista do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), autor de um estudo sobre o tema (*veja entrevista na página 28*). De acordo com Alexandre, faltam critério, transparência e ciência. “Para a população, as consequências são terríveis”.

A diarista Ana Paula Santana não sabe dizer que lugar ocupa na fila de espera da saúde. Há mais de um ano, ela aguarda a realização de um exame de cateterismo para a filha Gisele, de 21 anos. A garota nasceu com uma série de problemas em decorrência de uma rubéola contraída pela mãe durante a gestação. Aos 7 anos, passou por uma cirurgia para a colocação de uma válvula cardíaca que, segundo Ana Paula, já não responde às necessidades da filha. A notícia da provável cirurgia foi dada ainda em 2014, mas até agora ela não passou pelo cateterismo, que vai determinar

se a cirurgia é realmente necessária para o caso de Gisele. “Minha filha respira ofegante e a gente fica esperando sem saber quando vai poder resolver, se vai operar, se não vai. Da última vez me informaram que a prioridade é de quem está com mais urgência e que nós temos que esperar”, conta. “Mas até quando?”

NA FILA DE ESPERA

“Próximo!” Em uma fila, ouvir essa expressão é um lenitivo. Numa manhã de outubro, no setor ambulatorial do Hospital dos Servidores do Estado (HSE) do Rio de Janeiro, a fila anda rápido. Dona Márcia Fagundes chegou às 8h30 para uma consulta com um gastroenterologista, conseguiu a senha de número 8, o que faz dela a primeira a ser atendida no turno da tarde, a partir de meio-dia. Enquanto espera, ela telefona para desmarcar a academia, mas está acomodada em uma das cadeiras enfileiradas no andar térreo do HSE, vendo a TV, ligada em um desses programas matinais de entretenimento. “Aqui até que está tranquilo. Vim na semana passada, já fiz exames, hoje peguei os resultados e agora aguardo para mostrar à médica”, elogia.

Sérgio Roberto não teve a mesma sorte. Apesar do atendimento ter sido rápido, também descobriu só no guichê que não seria possível marcar uma consulta para a mãe dele com um otorrino. Sérgio havia levado todos os documentos, identidade, CPF, comprovante de residência. Mas a paciente deveria ter sido encaminhada pela Clínica da Família da região onde mora, no Catumbi. “Mas como, se a minha mãe nunca consegue atendimento lá?”, indaga, mas a pergunta fica sem resposta.

Próximo dali, no setor que atende crianças e adolescentes, Jéssica Machado, 16, aguarda aquela que seria

a sua décima sexta consulta em cinco anos. Jéssica tem um problema de anemia crônica e, a cada ida ao Hospital, se prepara para “passar o tempo”. Na mochila, pacote de biscoito e frutas. Sentada confortavelmente, parece habituada a situação. “Hoje, tive que perder a avaliação do colégio”, conta a garota que cursa o 1º ano do ensino médio, no colégio Vila de Cava, em Nova Iguaçu. Naquele dia, chegara às 10 da manhã. “Já precisei sair de casa às 4h, para ser atendida ainda pela manhã e não ficar no último lugar da fila. Mas hoje vou ser atendida à tarde”, diz à *Radis*. “Minha mãe queria sair mais cedo. Mas perdi a hora”.

Na fila, enquanto esperam, compartilham histórias, fazem amigos, trocam informações. As queixas são voltadas, na maioria das vezes, para a “burocracia do sistema” ou “falhas de comunicação”. Para a vice-presidente do Cebes, também professora do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (UFBA), Carmen Teixeira, o grau de tolerância e aceitação depende

de uma série de fatores, não só da gravidade do problema mas também da consciência que o usuário possa ter, tanto da natureza de sua demanda quanto do conhecimento sobre a oferta dos serviços, e também do nível de percepção quanto aos seus direitos de cidadão.

ENTRADAS E SAÍDAS

Quando assumiu a gestão do Ministério da Saúde, o ex-ministro Alexandre Padilha reconheceu que as filas na saúde são um problema. À época, chegou a propor a criação de um indicador nacional de qualidade de acesso aos serviços de saúde. “O indicador mostrará a realidade e poderemos estabelecer metas e melhorias”, declarou, em entrevista ao jornal *O Globo*, em janeiro de 2011, sugerindo o desenvolvimento de um mapa sanitário nacional que permitiria uma comparação entre as necessidades da população e o padrão de ofertas do SUS. Dois gestores e quatro anos depois, o Ministério da Saúde, através de sua assessoria de imprensa, não soube informar se a ideia chegou a ser encaminhada.

Os entrevistados de *Radis* reconhecem que muitos projetos e iniciativas vêm sendo realizados seja na atenção básica, seja na atenção hospitalar ou na atenção especializada, para minimizar o problema das filas. Mas também consideram que os desafios ainda são inúmeros. Para Marília, a classificação de risco, por exemplo, que define cores e tempo de espera máximo recomendado em cada caso, aplicada tanto em hospitais quanto em centrais de regulação de agendamentos eletivos, contribui para o conhecimento da população. A professora considera fundamental a publicização dos critérios de classificação e do tempo previsto para qualquer espera. “Nesse sentido, é preciso avançar para filas únicas, territorialmente definidas em função da complexidade e oferta e ainda, informatizadas e visibilizadas, permitindo que todos conheçam o andamento da fila, como tem sido feito no acesso a órgãos de doadores para transplantes”. Marília cita ainda a organização das redes de atenção, a pactuação regional e a organização de processos de regulação do acesso no SUS como caminhos que vêm sendo trilhados para a resolução do problema. (*veja matéria sobre regulação no SUS na página 18*)

Carmen cita como experiência positiva a Política Nacional de Humanização, que pretende promover um melhor relacionamento entre usuários e prestadores de serviços, atuando portanto em nível micro e propondo a organização das redes integradas de atenção à saúde. “Para solucionar o problema das filas, entretanto, é preciso um esforço muito maior em termos do planejamento e da programação da oferta de serviços que leve em conta a análise da situação de saúde da população de cada território e das tendências que se apresentam, em termos epidemiológicos”, diz, acrescentando que, nesse sentido, seria preciso reverter a lógica que privilegia a racionalização da oferta em função da disponibilidade de recursos, avançando-se para uma programação que considere as necessidades de saúde da população

relacionadas à melhoria das condições de vida e linhas de cuidado.

Para Lenir, é necessário organizar o SUS de forma sistêmica, em regiões de saúde, que tenha entre suas metas rever sua configuração a fim de alcançar o compromisso de ser resolutive em 95% das necessidades de saúde de sua população. Além disso, ela considera imprescindível aumentar o financiamento da atenção básica e rever o conteúdo da média complexidade. “Quando falamos que o SUS é sistêmico nos referimos às suas interligações, interdependências, suas redes de serviços; e não há sistema em rede sem o necessário suporte da informática”, diz. Cada usuário deve ser portador de uma ‘chave’ que possibilite abrir seu prontuário em qualquer serviço e conhecer seu histórico terapêutico. E isso somente a informática pode garantir. Mas esse sistema ainda não existe e isso também é um fator complicador na organização do SUS”.

PÚBLICO X PRIVADO

Na maioria dos serviços de saúde de acesso universal, há filas. O fenômeno não é exclusividade brasileira, tampouco restrito ao serviço público. Ocorre também em consultórios, laboratórios, clínicas e hospitais do setor privado. Segundo Carmen, são apenas lógicas diferentes do mesmo problema. Para a pesquisadora, os determinantes das filas são, em grande parte, semelhantes aos dois modelos, isto é, a existência de uma oferta menor que a demanda. “É importante enfatizar que esta ‘demanda’ muitas vezes é superdimensionada, tanto no setor público como no privado, na medida que a atenção médica contemporânea privilegia a utilização de tecnologias diagnósticas e terapêuticas em grande escala e com muita intensidade”, diz.

A diferença, de acordo com a professora, está no fato de, no âmbito do sistema público, estes serviços estarem concentrados, em grande parte, nas mãos do setor privado contratado e conveniado, o que acaba penalizando mais o usuário do sistema público. “Outro aspecto que pode ser comparado diz respeito ao uso que os serviços privados fazem das chamadas ‘amenidades’, ou seja, o conforto das salas de espera, a marcação por telefone, a entrega de resultados de exames pela internet e outros pequenos mecanismos que facilitam a vida do usuário e fazem com que sua percepção sobre o serviço privado seja melhor do que a que tem com relação ao serviço público”, aponta. (A.C.P.)

NA MAIORIA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE DE ACESSO UNIVERSAL HÁ FILAS. O FENÔMENO NÃO É EXCLUSIVIDADE BRASILEIRA, NEM RESTRITA AO SERVIÇO PÚBLICO

A FILA ANDA

Saiba como funciona o atendimento e a importância da atenção básica para o sistema

Em caso de suspeita de qualquer problema de saúde, o usuário do SUS — ou seja, qualquer cidadão — deve procurar a Unidade Básica de Saúde (UBS) mais próxima da sua casa. Conhecida como posto de saúde, ou centro municipal de saúde ou clínica da família, a UBS é a instância da Atenção Básica, principal porta de entrada para o sistema. Ali acontecem consultas, vacinações, alguns exames e procedimentos simples como aferição de pressão e distribuição dos principais medicamentos.

As outras entradas possíveis no sistema de saúde são as emergências — nos hospitais ou ambulatoriais —, e a fila “virtual” para transplante de órgãos (que só é feito pelo SUS, mesmo quando o paciente tenha realizado todo o atendimento e tratamento prévio no sistema privado). “A atenção básica é a ordenadora do sistema, e ela poderia resolver efetivamente 80% ou mais dos problemas de saúde da população sem precisar encaminhar para uma consulta com especialista”, avalia Janise Braga Barros, professora do Departamento de Medicina Social da USP de Ribeirão Preto.

Quando um profissional da atenção básica encaminha um usuário para um especialista, um exame ou um procedimento, o setor de marcação de consultas utiliza uma central de regulação. Existem também centrais de regulação de vagas em hospitais, de leitos de UTI, de distribuição de medicamentos especiais e outras, mais específicas, como de oncologia. A lógica que rege quem é atendido primeiro e quem fica para depois é chamada tecnicamente de regulação da assistência. É por meio de um complexo regulador que o SUS promove o cruzamento dos recursos existentes — profissionais na atenção básica, especialistas, exames, procedimentos, leitos, cirurgias, medicamentos e transplantes — com a demanda da população e determina o caminho que o usuário deve percorrer no atendimento, às vezes com menos, às vezes com muitos percalços. (ver gráfico na página 19)

É o complexo regulador que identifica onde estão as vagas disponíveis e determina quem terá prioridade sobre elas. O sistema define onde será feito o atendimento, a partir de critérios como proximidade com a residência do paciente e complexidade do caso. Uma das ferramentas que opera esse cruzamento de informações é o Sistema Nacional de Regulação, o SisReg (ver glossário na página 20), disponibilizado pelo Ministério da Saúde para estados e municípios — que podem optar

por usá-lo ou não —, e está integrado com outros bancos de dados gerenciados pelo Ministério, como o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e o Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos (SIGTAP), entre outros. Alguns estados e municípios optam por utilizar diferentes sistemas, como é o caso de Minas Gerais, onde se usa o SUS Fácil. O que provoca as filas desordenadas, aflição nos usuários e falta de comunicação é, quase sempre, resultado de um mau gerenciamento da informação, avaliam especialistas. É para evitar este desencontro que existe o Complexo Regulador.

ATENÇÃO BÁSICA COMO REGULADORA

Informatizar e usar o SisReg, o SUS Fácil ou outro programa próprio é um passo importante na gestão. No entanto, não é a panaceia para acabar com a demora acima do aceitável no atendimento, na opinião da médica Janise Braga Barros. Em sua tese de doutorado “Avaliação do complexo regulador do sistema público municipal de serviços de saúde”, defendida na pós-graduação em Saúde Pública na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (Usp), em Ribeirão Preto, ela observou que organizar a regulação da assistência implica organizar o modelo de atenção. “A base

do complexo regulador é o mapa assistencial — mapear e quantificar os recursos disponíveis, na rede própria e conveniada, e cruzá-los com a demanda. Ela conta que na sua cidade, Ribeirão Preto, o acesso não estava organizado. “Até 2005, era ordem de chegada para tudo. A ordem de chegada é comum, mas não é um bom

critério, porque permite que casos menos graves passem na frente de outros que necessitariam de maior rapidez”, explicou ela à *Radis*.

Para entender porque ordem de chegada não é o critério mais eficaz, basta imaginar como funciona o atendimento nas emergências. Nelas, todos têm pressa para serem atendidos; o que no entanto caracteriza a prioridade de atendimento é a classificação de risco, de acordo com a gravidade. Os usuários passam por uma triagem e recebem pulseiras, cujas cores indicam em que ordem receberão os cuidados. (ver matéria sobre Emergências na página 21). Já em relação a especialidades, procedimentos, leitos e cirurgias, a classificação de risco não é presencial, e depende de informação de qualidade para que o profissional regulador possa avaliar quem merece prioridade. “O médico

**“QUANTO MAIS DESORGANIZADA
A REGULAÇÃO, MAIS VAI
EXISTIR O CHAMADO ACESSO
PERSONALIZADO”**

LÓGICA DA REGULAÇÃO DAS FILAS



regulador lida com uma ficha no sistema, e não com uma pessoa. Ele depende da qualidade da informação prestada pelo médico da atenção básica quando preenche um encaminhamento”, explica Ronaldo Zonta, médico de família do Departamento de Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis.

“O profissional tem que o olhar a referência [o encaminhamento] não como um papel, mas tentar enxergar a pessoa por trás do papel”, aconselha Janise. Ela reforça que a atenção básica é a reguladora do sistema e não pode ser só uma encaminhadora. Para isso, esta “porta de entrada” do sistema tem que ser capaz de resolver até mais de 80% dos problemas. “Acho que está desempenhando melhor essa função nos últimos anos”, opina. Segundo a pesquisadora, existe um aspecto pedagógico que precisa ser trabalhado com a atenção básica. “Quanto pior o preenchimento da guia, com pobreza de informação, mais difícil fica para o complexo regulador qualificar o risco”, explicou. Ronaldo dá um exemplo de Florianópolis: “Nos últimos dois anos, foi feito um estudo e observamos que 70% dos encaminhamentos para mastologia eram inadequados — ou por falta de dados ou porque eram casos que poderiam ter sido resolvidos na própria atenção básica”.

INTERESSES ECONÔMICOS

Janise destaca outro importante aspecto. Na prática, o complexo regulador tem também grande potencial de ser um observatório do sistema. “Quanto mais desorganizada a regulação, mais vai existir o chamado ‘acesso personalizado’”, ressaltou ela. Por “acesso personalizado” entenda-se a maneira tradicional e antiética de burlar a fila de espera por intermédio de uma pessoa influente. Ela conta que, nos anos em que trabalhou na secretaria

Municipal de Saúde de Ribeirão Preto, enfrentou resistência quando tentava implantar uma lógica para reduzir as filas. “Fomos bombardeados, porque é preciso dar total transparência à implementação de um complexo regulador”, explicou.

Para a pesquisadora, que aprofundou sua experiência profissional em regulação na sua pesquisa de doutorado, o gestor tem que olhar para a capacidade instalada. É a administração pública quem deve definir o que o prestador vai fazer, orienta Janise. Segundo ela, isso nem sempre acontece. “Muitos prestadores têm interesse apenas naqueles procedimentos que são mais lucrativos. Alguns grupos se organizam para drenar a demanda de procedimentos mais interessantes economicamente”, argumenta. Ela cita como exemplo a área de cirurgia vascular: “A colocação de um stent [Um stent coronário é um tubo minúsculo, expansível e em forma de malha, feito de um metal como o aço inoxidável ou uma liga de cobalto, que pode ajudar a reduzir o bloqueio ou estreitamento de uma artéria] é mais interessante para prestadores privados do que a remoção de varizes ou cirurgia de hérnia, procedimentos para os quais a tabela do SUS paga menos”, avalia. Por este motivo, a fila para os procedimentos “mais baratos” tende a ser mais negligenciada, em função do interesse do prestador. “Muitas vezes, a reconstrução de prestadores pode ser necessária para organizar a regulação, e isso pode ferir interesses”, analisa.

INFORMAÇÃO X JUDICIALIZAÇÃO

Se no “balcão de atendimento” se encontram os sistemas de informação e os profissionais de saúde, no final da fila, ou tentando descobrir em que fila entrar, estão os usuários, muitas vezes perdidos e desesperançados. O trabalho de Samantha Monteiro, defensora pública do estado do Rio de

Janeiro, faz com que ela encontre esses usuários “perdidos”: “Basicamente tudo começa com alguma falha de comunicação na unidade de saúde. Geralmente é dito para o paciente que não tem vaga, ou que estão tentando marcar uma consulta; o paciente vai até a unidade duas ou três vezes, não encontra vaga e fica angustiado com a demora e a falta de resposta efetiva”, descreve. “Há situações em que o paciente que procura a Defensoria já está com a consulta marcada, mas não é informado e acaba perdendo”, lamenta.

Samantha atua com quatro outros defensores na Câmara de Resolução de Litígios em Saúde (CRLS), no Rio de Janeiro, órgão que representa a união de várias entidades e poderes públicos visando à mediação dos casos que envolvam a saúde da população. “Para evitar a judicialização, buscamos meios alternativos de acesso à saúde e nos aprofundamos um pouco mais nos problemas da regulação de vagas”, explica. Ela afirma que a lista dos entraves para os usuários que procuram a defensoria é grande: “Por haver mais de um sistema de regulação [no estado do Rio de Janeiro], não existe uma fila única, nem um quantitativo de vagas necessárias. As pessoas não têm acesso a todas as vagas. É por isso que nem podemos detectar quando um paciente fura fila”, argumenta.

Segundo a defensora, não existe controle e transparência, nem se sabe se todos os critérios médicos estão sendo observados na ordem de espera dos pacientes. “Também existem problemas de comunicação dos médicos com os usuários, ao não orientar corretamente sobre os locais em que podem retirar medicamentos ou fazer exames”, acrescenta. Há, ainda, casos de pessoas que

procuram uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) numa situação de emergência, mas a estrutura não prevê aquela situação. “Um exemplo: otorrino. Dificilmente você vai conseguir um atendimento em otorrino numa UPA; você terá que ser levado para um hospital com essa especialidade”. Para Samantha, é por isso que as pessoas correm para a porta dos grandes hospitais. “As pessoas tentam várias portas de entrada, vão onde for necessário para conseguir atendimento adequado. Se não conseguir em nenhuma das portas, o cidadão busca a via judicial”, analisa.

A defensora considera que “nós no sistema” devem ser resolvidos pelos gestores, mas avalia que a judicialização é inevitável em algumas situações. Como nos casos em que usuários necessitam de medicamentos ainda não incorporados às listas do SUS. “O paciente já experimentou outras alternativas de tratamento e sua única saída é aquela medicação, ainda não é oferecida pelo SUS, mas com uso e comercialização já autorizados pela Anvisa”. Samantha observa que os remédios são grandes geradores de demanda na Justiça, entre eles aqueles indicados para doentes renais crônicos, as insulinas análogas e os colírios para glaucoma. Quanto às consultas, a maior parte das demandas não atendidas são em neurologia e oftalmologia, diz, a partir da sua experiência. Ela defende a criação de uma central única de regulação no estado, que inclua vagas para UTI. “Nossa intenção é fazer com que estado e município conversem sobre as vagas existentes. É a melhor forma de estabelecer um fluxo comum para que todas as pessoas possam ter acesso a todas as vagas”, orienta.(E.B.)

GLOSSÁRIO

ALTA COMPLEXIDADE — Procedimentos no SUS que envolvem tecnologia e custo elevados, garantindo a assistência à saúde de modo integrado com a atenção básica e a média complexidade. Exemplos: tratamento de câncer, cuidados em traumatologia, cirurgias cardiológicas, assistência a pacientes com obesidade (cirurgia bariátrica), transplantes etc.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO — Forma de organizar o atendimento dos pacientes nos serviços de saúde, estabelecendo uma ordem de acordo com potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento. O sistema mais comum é o Protocolo de Manchester, que utiliza as cores vermelha (atendimento imediato), laranja (espera de até 10 minutos), amarela (1 hora), verde (2 horas) e azul (4 horas).

COMPLEXO REGULADOR — estrutura que operacionaliza as ações da regulação do acesso ao sistema. Engloba o conjunto de profissionais e sistemas de informação que operam a regulação da assistência. O complexo regulador é composto por uma ou mais centrais de regulação, como a Central de Regulação de Urgência (que inclui o Samu), Central de Regulação de Internações, Central de Regulação Ambulatorial, Central Nacional de Regulação da Alta Complexidade, entre outras.

REGULAÇÃO DA ASSISTÊNCIA (OU REGULAÇÃO DO ACESSO) — Articulação e integração de mecanismos que permitam aos gestores regular as ações e serviços de saúde, por meio de ações tais como

dimensionamento da capacidade instalada e da demanda populacional; pactuação entre gestores e prestadores; desenvolvimento de protocolos assistenciais e implementação complexos reguladores.

SISTEMA NACIONAL DE REGULAÇÃO (SISREG) — ferramenta online de gerenciamento da rede de saúde, que vai da rede básica à internação hospitalar, para administrar as vagas disponíveis e verificar a instituição mais adequada para cada paciente considerando critérios como regionalidade (proximidade com a casa do usuário) e a complexidade de cada caso. Foi desenvolvido e disponibilizado pelo Ministério da Saúde e é prerrogativa da gestão municipal ou estadual se utilizar deste ou de sistemas próprios para a regulação da assistência.

URGÊNCIA E EMERGÊNCIA — Serviços organizados pela Rede de Atenção às Urgências e Emergências, de acordo com a Portaria 1.600 de 2011 (que reformulou a Política Nacional de Atenção às Urgências). Abrangem os componentes: promoção, prevenção e vigilância; atenção primária (Unidades Básicas de Saúde); Unidades de Pronto Atendimento (Upas) e outros serviços 24h; Samu 192; atendimento hospitalar; e atenção domiciliar.

Fontes:

Diretrizes para Implantação de Complexos Reguladores - <http://goo.gl/F6LnoM>; Regulação Médica das Urgências e Emergências - http://187.17.2.102/fhs/media/files/samu/manual_de_regulacao_medica_das_urgencias.pdf

DA PRESSA À LONGA ESPERA

Urgências e emergências enfrentam o desafio de lidar com as filas fora e dentro dos serviços

São nove horas da manhã de uma terça-feira de novembro. Bárbara Beraldo, 32 anos, acabou de ser atendida na Emergência do Hospital Estadual Adão Pereira Nunes, em Duque de Caxias, município da Baixada Fluminense, no Rio de Janeiro. Moradora do bairro de Saracuruna — nome pelo qual a unidade também é conhecida —, Bárbara sofreu uma torção no tornozelo em casa e procurou o hospital, onde recebeu uma pulseira amarela, que indicava que seu caso era urgente, mas não grave. Pela regra, ela poderia esperar até 60 minutos, mas foi atendida em dez. Como há carência de outros serviços na região onde mora, ela recorre ao hospital com a certeza de que vai resolver seu problema, ainda que demore um pouco mais. Erguido às margens do cruzamento de duas importantes vias de acesso — a Rodovia Washington Luís e a Rio-Magé —, o hospital de Saracuruna é a única opção de atendimento para casos de média e alta complexidade na região.

Sem referências de atenção básica, Bárbara conta que já trouxe os filhos para serem atendidos na unidade, mesmo que tivessem que esperar. “A emergência pelo menos é uma porta de entrada para o SUS”, relata.

O desconhecimento sobre qual caminho seguir para obter o atendimento adequado, o déficit no número de leitos e a falta de assistência resolutiva próximo de casa são alguns dos entraves que geram as filas nos serviços de urgência e emergência, como apontam os especialistas ouvidos pela *Radis*. “Se houvesse um sistema em que as pessoas tivessem acesso às portas de entrada corretas, as filas das urgências e emergências seriam diminuídas”, aponta Alexandre Marinho, economista do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). “O problema das filas está em todas as regiões do país, mas atinge principalmente os hospitais de alta complexidade, que têm mais leitos e emergências mais robustas”, analisa Gisele O’Dwyer, pesquisadora da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/Fiocruz). A demora para a realização de procedimentos pode ser o limite da vida em casos em que não há tempo para esperar.

No mesmo instante em que Bárbara conseguia atendimento em Saracuruna, uma ambulância do Corpo de Bombeiros trazia um acidentado para ser socorrido como caso de emergência grave. Em situações como infarto, acidente vascular cerebral (AVC) ou ainda em traumas graves de trânsito, não há tempo para esperar. Esses atendimentos são classificados com a cor vermelha. Porém, quando faltam leitos e profissionais, a assistência imediata e resolutiva é prejudicada, aponta o professor da Universidade Católica de Brasília, Roberto José Bittencourt, responsável pelo Núcleo de Evidências para Tomada de Decisão em Políticas de Saúde do Distrito Federal.

“Superlotação mata.

Em muitos casos a intervenção tem que ser imediata e a superlotação impede que isso aconteça”, sentencia. Para ele, o desafio das emergências não é apenas a porta de entrada, mas dar continuidade à assistência dos pacientes que já receberam o primeiro atendimento. É o exemplo de pessoas com doenças crônicas descompensadas, como diabetes e hipertensão, ou que exigem tratamentos complexos, como AVC, infarto ou acidentes de trânsito. “O infarto agudo do miocárdio tem um limite de tempo para uma intervenção ser bem sucedida, pois existe uma janela terapêutica de três horas para agir”, cita.

SUPERLOTAÇÃO

Cada emergência possui um número de leitos bem definido, com macas e pontos de oxigênio. Porém, com frequência, esses serviços funcionam acima de sua capacidade, aponta Roberto. Esse cenário é o mesmo constatado pelo relatório do Tribunal de Contas da União (TCU) de 2013, que analisou a assistência hospitalar do SUS em 116 hospitais federais, estaduais e municipais de todo o Brasil. De acordo com o documento, em 64% das unidades visitadas, os próprios gestores relataram que a taxa de ocupação da emergência é sempre maior do que a capacidade prevista, isto é, a superlotação é permanente. Já em outros 19% dos hospitais, essa situação acontece com frequência e, segundo os entrevistados, somente em 6% dos estabelecimentos isso nunca ocorre.



A superlotação e as filas das emergências são a realidade principalmente de grandes hospitais, registrou ainda o relatório. Segundo o documento, um dos motivos é que a população obtém um atendimento mais resolutivo em comparação com outras unidades, de médio e pequeno porte. “Assim, as emergências hospitalares são um caminho mais curto, muitas vezes o único, para alcançar o atendimento de saúde”, diz o texto. Situações de pacientes mantidos nos corredores por falta de leitos acontecem com frequência em 47% das unidades visitadas, de acordo com os próprios gestores.

FILA DUPLA

O paciente que procura os serviços de urgência e emergência pode se deparar com duas filas. A primeira é aquela que organiza o atendimento na entrada e define os casos que precisam ser atendidos imediatamente. “Grande parte desses pacientes são de menor complexidade, que deveriam estar sendo atendidos em outras portas do sistema, caso houvesse acesso e resolução”, explica Roberto. Em seu relatório, o TCU estimou que mais da metade das pessoas que chegam às emergências poderiam ter seus problemas de saúde resolvidos nas unidades de atenção básica.

Depois da primeira assistência, é que aparece a segunda fila: a espera para obter um leito de internação, para os casos em que há necessidade de hospitalização. “Esse tipo de fila não é muito visto, pois são os pacientes que já estão dentro da emergência, mas é muito grave: ocorre principalmente pela insuficiência de leitos existente no Brasil”, considera Gisele. “São pacientes que estão em macas, idosos com fraturas, doentes crônicos em crise ou pessoas que precisam de uma intervenção mais intensa”, explica Roberto.

O problema das filas nos serviços de urgência e emergência também recebeu atenção da Comissão de Direitos Humanos e Minorias da Câmara dos Deputados, que publicou um relatório em 2014 sobre a situação dos hospitais do SUS. Os parlamentares realizaram visitas em oito unidades

de grande porte em diferentes estados do país e constataram que existem dois “gargalos” nesses serviços: uma fila para entrar e outra para sair.

Segundo o parecer, a primeira aparece na porta: as grandes esperas por atendimento, que geram desconforto para as pessoas. Já a segunda vem com a dificuldade para dar solução aos casos de usuários que já conseguiram ser atendidos. O estudo mostrou que faltam serviços de apoio adequados, como a realização de exames complementares e a transferência para leitos de terapia intensiva (UTI) ou unidades de pacientes crônicos. “O resultado é que se gera uma ‘fila’ também para sair do serviço”, completa o texto, coordenado pelo deputado Arnaldo Jordy (PPS-PA).

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

O vermelho é a cor da emergência. Nas unidades que já adotaram a chamada “classificação de risco”, os pacientes devem receber assistência imediata, pois correm risco de morte. Em seguida, na escala de prioridades, aparecem as cores laranja, amarelo, verde e azul. O laranja vai para casos muito urgentes em que a espera pode ser de até dez minutos; já os pacientes classificados com amarelo podem aguardar até uma hora, enquanto o verde pode esperar até duas e o azul até quatro. De acordo com o relatório do TCU, três em cada quatro hospitais analisados utilizam a classificação de risco para organizar a fila da emergência.

No Brasil, essa forma de colocar ordem na espera do atendimento foi popularizada a partir das Unidades de Pronto Atendimento (Upas). Mas de acordo com Gisele, o paciente tem que ser visto imediatamente para ocorrer a classificação de risco. “A fila de espera só é admissível se não colocar em risco a vida do paciente, por isso precisa estar dentro de critérios médicos”, avalia. Ela aponta ainda que essa ordem deve ser revista constantemente, pois os casos que aparentam ser menos urgentes podem se tornar mais graves ao longo da espera.

A classificação também ajuda a superar situações em que a fila é organizada por profissionais

sem capacitação para esse trabalho. “Em muitos casos, o administrador da fila é o segurança ou o policial de plantão no hospital”, ressalta Alexandre Marinho, economista do IPEA que estudou o problema das filas em saúde. Essa triagem deve ser feita por um médico ou profissional da área de enfermagem, como aponta o Grupo Brasileiro de Classificação de Risco (GBCR), responsável pela adoção no Brasil do sistema conhecido como Protocolo de Manchester.

SEM PRIORIDADE

Ainda eram nove horas da manhã de 10 de novembro quando Alípio Antonio chegou à porta da emergência do Hospital de Saracuruna. Depois de ser atropelado por uma moto, em junho, acidente que perfurou um dos pulmões, ele foi atendido e operado na unidade. Mas após receber alta, continuou sentindo dores fortes nas costas. Morador de Duque de Caxias, ele já buscou assistência na UPA e no posto de saúde perto de sua casa, mas o único exame feito nas unidades — o raio X — não foi suficiente para o diagnóstico. Como soube pela própria médica do posto que em Saracuruna havia o exame de que precisa — a ressonância —, ele decidiu arriscar atendimento na emergência da unidade.

A tentativa, porém, não deu certo: seu caso não se enquadrava em uma situação de urgência e emergência, mas sim em atendimento ambulatorial. Como Alípio, outras pessoas buscam os grandes hospitais para resolver problemas de saúde que poderiam ter sido atendidos na atenção básica. Para Gisele, o paciente que mais sofre na fila das emergências é aquele com pequenas urgências. “A pessoa que chega na ambulância, atropelada ou vítima de um acidente vascular ou infarto acaba sendo priorizada, mas os usuários com doenças crônicas sofrem mais com a espera no SUS”, explica. É o caso das pessoas com câncer avançado que não conseguiram acessar os serviços anteriormente, e não fizeram exames de rotina necessários para a prevenção. “Quando chegam a urgência, o caso já é muito grave”, analisa. Na avaliação de Gisele, o problema acaba vindo parar na emergência.

REDES DE URGÊNCIA

Urgência e emergência não é somente hospital. Responsável por pesquisas que avaliam o funcionamento desses serviços no Brasil, Gisele explica que as chamadas redes de urgências possuem vários componentes que devem atuar de maneira integrada. “A urgência começa com a prevenção, inclui a atenção básica e abrange também a atenção pré-hospitalar, que é aquela que vem antes do hospital”, explica. Como exemplo, ela cita as Unidades de Pronto Atendimento (Upa) e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu). A rede também inclui a atenção recebida nos hospitais e depois de passar por eles, como a reabilitação e a atenção domiciliar.

Segundo Gisele, a Upa cumpre um papel importante em regiões em que existem vazios assistenciais ou com grande concentração populacional,

como as capitais. Porém, ela não pode ser vista como substituta de hospital. “A Upa tem que ter porta de saída. Não dá para o paciente ser atendido lá e não conseguir ir adiante no sistema”, considera. Para ela, o ideal seria vincular essas unidades à atenção básica e aos hospitais especializados: o seu papel seria diminuir as filas, ao atender as urgências. Uma mudança importante que ela considera foi a criação da especialidade de Medicina de Emergência, que teve seu reconhecimento completo somente esse ano: “Os médicos que atuam nas emergências são de especialidades diversas, mas é importante a existência de profissionais capacitados para lidar com esse tipo de atendimento”, avalia.

Gisele lembra ainda que o tempo de permanência na Upa não deve ser maior do que seis horas. “Quem precisa de internação também necessita de uma complexidade de exames e procedimentos que estão além do papel da Upa”, ressalta. Nas situações em que há necessidade de internação hospitalar, aparece um dos principais entraves que geram as filas nas urgências e emergências: a falta de leitos. Segundo ela, a estimativa é que falem 300 mil leitos no Brasil.

De acordo com o Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES), em 2013, o Brasil possuía 2,51 leitos por mil habitantes, enquanto a média dos países da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) era de 4,8 a cada mil. Como aponta o relatório do TCU, a oferta de leitos no SUS vem sofrendo uma redução desde 2010: entre esse ano e 2013, houve uma diminuição de 11.576 leitos de internação e complementares.

A FILA VAI AO TRIBUNAL

Se o paciente não encontra acesso em um serviço de saúde, existe a busca pela solução judicial: reivindicar na justiça o direito garantido pela Constituição. Porém, para evitar o excesso de casos de judicialização envolvendo filas em saúde, um convênio entre União, o estado e o município do Rio de Janeiro criou a Câmara de Resolução de Litígios em Saúde. A ideia é buscar soluções alternativas que possam garantir o acesso aos usuários do SUS. “Antes de judicializar, é preciso entender por que um paciente de determinada unidade de saúde está enfrentando problema, como acesso a medicamento, se é por falta de informação ou orientação”, explica Samantha Monteiro, coordenadora de Fazenda Pública da Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro.

Para a defensora, o maior dilema vivenciado no acesso à saúde é a fila invisível, como a espera por leitos de internação, consultas ou cirurgias especializadas. “Essa fila que não se vê assusta mais do que a fila na porta do hospital”, aponta. Ela explica que, nessas situações, perde-se o controle de quem

**PARA DIMINUIR AS FILAS, O IDEAL
SERIA UMA ATENÇÃO BÁSICA
CAPAZ DE ATENDER PACIENTES
CRÔNICOS E RECEBER PEQUENAS
URGÊNCIAS, DIZEM ESPECIALISTAS**

ENTENDA A CLASSIFICAÇÃO DE RISCO



As cores e o tempo de espera são definidos de acordo com o Protocolo de Manchester, que considera o risco clínico e é reconhecido no mundo todo

espera, há quanto tempo espera e até mesmo da gravidade de cada caso. Ainda segundo Samantha, não existe uma fila única e um quantitativo exato de quantas vagas são necessárias.

Para resolver esse problema, a Defensoria Pública do RJ recomendou a criação de uma central única de regulação no estado, para gerenciar as vagas em todas as especialidades. Em junho deste ano, a central única começou a operar em fase de teste, abrangendo algumas especialidades. A gestão é estadual, mas os serviços oferecidos abrangem as três esferas de governo (veja matéria sobre a regulação no SUS na página 18).

RAIZ DO PROBLEMA

Para enfrentar o problema das filas e da superlotação das emergências, faltam financiamento, profissionais e tecnologia. Essa é a avaliação de Roberto Bittencourt, que estudou e trabalhou diretamente nessa área. Segundo ele, esse é um dilema vivido em todas as regiões do país. “A marca do SUS é a superlotação sistêmica”, afirma. Para ele, a incapacidade de atender as demandas de saúde da população brasileira se deve ao que chamou de “estrangulamento” do sistema. “O SUS não está adequadamente financiado para atender o direito à saúde da população”, completa.

Além de ter estudado o tema em seu doutorado na Ensp/Fiocruz, concluído em 2010, Roberto foi subsecretário de Atenção à Saúde do Distrito Federal entre 2011 e 2014. A partir de sua experiência, ele relata que, por causa das equipes reduzidas, as emergências davam conta de atender os pacientes graves, com risco de vida, mas os casos menos urgentes ou que deveriam ser atendidos na atenção básica tinham que lidar com a longa espera. “As próprias equipes se recusavam a atender esses casos na emergência, pois argumentavam que eram pacientes que necessitavam de atendimento ambulatorial especializado e não emergencial”, conta.

A solução encontrada foi encaminhar os casos menos graves para consultas ambulatoriais, mas nem sempre isso era possível por falta de equipes e de vagas. Ele também destaca outras medidas importantes, como a atenção domiciliar (que presta assistência ao paciente em casa e evita a hospitalização, liberando vagas para quem precisa ficar internado) e o aumento no número de leitos de retaguarda (que dão suporte aos procedimentos).

Nos serviços que funcionam 24 horas, a fila na segunda-feira costuma ser maior do que no sábado. Por essas e outras características que mostram a

flexibilidade da demanda por saúde é que os serviços precisam lidar com a incerteza; e para isso, só há um caminho, como aponta Alexandre Marinho: planejamento (veja entrevista completa na página 28). Um dos principais desafios é a falta de equipes ou o pouco estímulo dado aos profissionais de carreira no SUS. “Não há incentivo para os servidores públicos da saúde e, em razão disso, essas pessoas optam por ter outros vínculos para compensar a renda”, considera. Resultado: faltam profissionais para atender nas urgências e emergências.

SAÍDAS PARA A FILA

Ainda segundo Alexandre, a espera prejudica a saúde, pois a demora pode exigir a repetição de exames vencidos ou ainda levar à perda de confiança entre profissionais e pacientes ou até mesmo ao abandono do tratamento. Já para Gisele O’Dwyer, os serviços de saúde deveriam funcionar de maneira integrada, cada qual atendendo um nível de especialidade. “Para uma pessoa com um transtorno comum, como diarreia ou febre, o ideal seria que ela fosse atendida pela atenção básica e não obrigada a ser dirigida para as emergências”, explica. Para que isso aconteça, unidades como as Upas deveriam estar vinculadas à atenção primária.

Na visão de Roberto, o ideal seria uma atenção básica extremamente resolutiva, capaz de atender em “duas portas”. Segundo ele, uma porta deveria estar voltada para os pacientes crônicos (diabetes, hipertensão etc.), que necessitam de acompanhamento para evitar descompensações, e a outra receber os casos de pequenas urgências, com assistência em 24 horas. “As duas portas não deveriam competir, mas funcionar de modo integrado. Essa medida reduziria muito o problema das filas no pronto-socorro e nos grandes hospitais”, considera. Roberto explica que o atendimento ao paciente urgente não pode “espremer” a capacidade de cuidar dos casos crônicos, pois a gravidade desses problemas pode acabar fazendo com que eles retornem às emergências.

“Soluções existem, mas exigem investimentos na saúde pública que não conseguimos visualizar em curto prazo”, avalia, citando os cortes na saúde realizados em 2015. Também Gisele lembra que, como o trabalho em saúde é muito complexo, as estratégias demoram a fazer efeito. “Como o problema é muito grande, a fila não pode ser resolvida sem planejamento”, conclui. Já para quem aguarda um atendimento na porta, garantir o cuidado digno e integral é o mais urgente. (L.F.S.)

A FILA INVISÍVEL DO TRANSPLANTE

O tempo de espera por um órgão está condicionado à permissão das famílias dos doadores

Dezoito mil pessoas aguardam transplantes no Brasil, em uma fila invisível que pode durar dias ou anos. O engenheiro eletrônico Dinael Wolf, 44 anos, aguardou quatro meses até receber um novo rim, em 2006, no Centro Médico de Campinas. “O processo foi rápido em vista do que temos hoje, com média nacional de espera por um órgão de aproximadamente 5 anos”, avalia ele. A espera foi curta porque Dinael encontrou na própria família um doador compatível com ele — um irmão. “Enquanto estava na fila, precisei passar por sessões de hemodiálise para estabilizar meu corpo e presenciei perdas de amigos que estavam aguardando por um órgão”.

A rapidez com que a fila anda depende do órgão a ser transplantado e da compatibilidade entre doador e paciente. Todos que precisam entram em uma lista de espera única de acordo com órgão ou tecido a ser transplantado. O atendimento é por ordem de chegada, considerados critérios técnicos, geográficos e de urgência. “A existência desta lista única assegura a seriedade e a transparência de todo o processo. Acredito nos critérios e transparência”, opina Dinael.

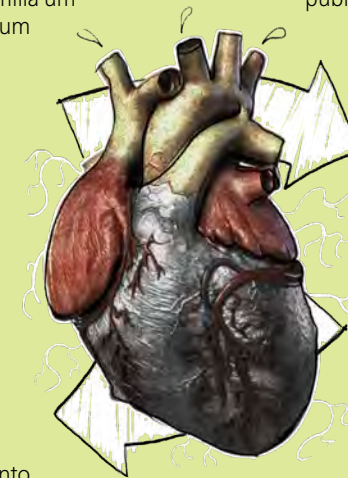
Há 18.818 pessoas aguardando por um rim, por exemplo, segundo o Registro Brasileiro de Transplantes, veículo oficial da Associação Brasileira de Transplante de Órgãos (ABTO), do primeiro trimestre de 2015. O engenheiro da Companhia de Saneamento Ambiental do Distrito Federal Haroldo Rodrigues da Costa, 50 anos, já esteve nessa fila. “Não aguardei muito pelo transplante. Tenho oito irmãos e todos se prontificaram a serem doadores”, conta ele, que lembra exatamente do dia em que recebeu um novo rim — 10 de setembro de 1997, no Hospital São Paulo. A espera durou nove meses. “Minha caminhada foi amenizada pela atitude de minha família. Passava por uma situação difícil, mas havia apoio. Sempre a visão de uma luz no fim do túnel”.

No caso de transplantes de outros órgãos, como coração, a velocidade da fila está condicionada à permissão das famílias dos doadores. O transplante por doação ao Estado pode ser feito somente depois de constatada a morte cerebral e do consentimento dos familiares. “A taxa de recusa familiar à doação persiste como o principal obstáculo para a efetivação da doação”, afirma o presidente da ABTO, Lucio Pacheco.

O Brasil é o segundo país com maior número de transplantes no mundo, atrás apenas dos Estados Unidos. A diferença é que, aqui, não é preciso pagar nenhum custo. O SUS oferece assistência integral ao paciente transplantado: exames preparatórios para a cirurgia, procedimento cirúrgico, acompanhamento e medicamentos pós-transplantes. O Sistema Nacional de Transplantes (SNT) é considerado o maior sistema público de transplantes do mundo. Instituído em 1997, o SNT é a instância responsável pelo controle e pelo monitoramento dos transplantes de órgãos, de tecidos e de partes do corpo humano, com atribuições que abrangem desde a gestão política de todo o processo ao credenciamento das equipes e hospitais habilitados para a realização das cirurgias.

Em 2006, pesquisa do economista do IPEA Alexandre Marinho estimou que o tempo de espera por um transplante ultrapassava um ano e podia atingir quase nove, no caso do fígado, e mais de 11 anos para rim. Em atualização de 2010, identificou-se que no ano anterior os dias de espera variaram de 76 dias para um coração e 837 dias para um rim. A ABTO aponta que, no primeiro trimestre de 2015, o número de transplantes renais caiu 7,6% — 20,3% com doador vivo e 3,4% com doador falecido. Assim, a taxa de transplante renal com doador vivo foi a menor dos últimos 20 anos. Mantiveram-se praticamente estáveis os transplantes hepáticos (queda de 0,7%) e cardíacos (queda de 1%). Os transplantes de pâncreas (queda de 24%) e de pulmão (aumento de 19%) apresentaram maiores variações. Os de córneas também diminuíram (7%) e têm fila zero em vários estados, em parte devido à diminuição da indicação de transplante pelo uso de novas lentes, de acordo com o relatório.

Quem já recebeu um órgão entende a importância de que a fila de transplantes seja curta. Transformado em triatleta depois da cirurgia, Dinael afirma que o transplante fez com que repensasse seus valores e encontrasse no esporte uma maneira de preservar a saúde. “Ser atleta é um detalhe que utilizamos para celebrar a segunda chance que foi proporcionada, pois sem transplante nada disso seria possível”, diz ele, que foi um dos responsáveis pela delegação brasileira nos Jogos Mundiais de Atletas Transplantados, em Mar del Plata, na Argentina. Haroldo também virou atleta depois do transplante e, integrando a delegação brasileira no mundial, trouxe uma medalha de prata para casa. (B.D.)



REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS NO SUS



PROMOÇÃO, PREVENÇÃO E VIGILÂNCIA EM SAÚDE



ATENÇÃO BÁSICA



MÓVEL (SAMU)



FIXA (UPAS E SERVIÇOS DE URGÊNCIAS 24H)



HOSPITAL (QUE ATENDEM EMERGÊNCIA)



REABILITAÇÃO, ATENÇÃO DOMICILIAR, CUIDADOS AO PACIENTE CRÔNICO

TRANSPARÊNCIA AMENIZA ESPERA

Apesar de incômodas, filas são vistas como sinônimo de qualidade de serviço e local de interação

As pessoas que estão em filas de unidades de saúde, consultórios médicos, bancos, agências lotéricas, supermercados, cinemas e eventos culturais, entre tantos outros lugares, são cordiais, tolerantes e pacíficas. Apesar de se sentirem incomodadas com o tempo de espera, elas não reclamam ou gostam de brigar por seus direitos, revela o psicólogo Fabio Iglesias, professor do departamento de Psicologia Social e do Trabalho da Universidade de Brasília (UnB). Autor da tese “Comportamento em filas de espera: uma abordagem multimétodos”, defendida em 2007, um dos poucos estudos que se debruçam sobre o tema das filas no país, ele afirma que, mesmo quando algum “penetra” fura a ordem estabelecida, quem está à espera prefere deixar a fila andar e fingir que nada viu — ou, no máximo, chamar a atenção do fura-fila sem entrar em debate.

Para o pesquisador, o que acontece na fila não condiz com o que acontece fora. “Embora tenhamos um país com altos índices de agressão e com taxas de homicídio inaceitáveis, no aspecto relacional, no micromundo das interações, nós evitamos o conflito”, explicou à *Radis*, observando que as filas são uma organização social indissociável da vida urbana. “A fila é um sistema social dotado de valores, normas e princípios de justiça que revela comportamentos. Esta é uma maneira justa de organizar um coletivo”, assegurou. Segundo ele, ainda que seja invisível — como a fila de espera para doação de órgãos ou de adoção — há uma lógica própria que rege a fila e que é conhecida por quem está nela: o primeiro a chegar deve ser o primeiro a ser atendido. Além disso, Fabio lembrou que o atendimento prioritário já foi incorporado como regra e, em casos de doença, os atendimentos de urgência, que quebram a ordem já estabelecida, não são vistos como injustos.

A pesquisa de Fabio derruba o mito de que brasileiro gosta de fila. “Não é bem assim. A fila existe em qualquer lugar do mundo. Mesmo em países desenvolvidos há filas”, diz. Segundo ele, o que marca a diferença entre a atitude dos brasileiros e de outras culturas é que lá fora provavelmente há menor tolerância por um longo tempo de espera. “Em outras sociedades, as pessoas reclamam e são mais exigentes. Elas estão mais conscientes dos seus direitos como consumidores”, indicou. Por outro lado, participantes da pesquisa de Fábio relatam que vêm a fila como um sinal de qualidade do serviço. “Muitas vezes quem está na fila entende que vale a pena sacrificar o acesso imediato em prol de uma qualidade maior. É por isso que um serviço sem fila será menos procurado do que aquele que tem fila de espera. Isso vale para restaurante ou para um médico que é difícil de marcar consulta”, argumentou.

O psicólogo também indica que há casos em que a fila, para além de sua finalidade, funciona como palco de interesses e interações, principalmente entre os mais jovens. “Em casa noturna, shows ou lançamentos de filmes, é na fila que as pessoas socializam; às vezes sequer entram na casa de espetáculos ou no restaurante. É um comportamento mais frequente entre os jovens”, sinaliza. No caso dos idosos, ele recomenda maior foco no atendimento presencial do que nos recursos tecnológicos, já que as interações sociais são mais limitadas para quem está na terceira idade. “Os idosos têm mais possibilidade de interagir por meio da fila. Eles fazem questão de estar na fila, vão ao banco mais de uma vez se preciso, e aproveitam para conversar com atendentes e com o segurança”, exemplifica. Na contramão desse movimento, Fabio identifica que os bancos continuam a criar sistemas mais ergonômicos e mais rápidos, incentivando o *home banking* — para que o cliente não precise ir até a agência. “Os idosos não gostam de usar caixa eletrônico. Não porque não sabem. É que muitos deles não abrem mão desse contato”, afirmou, ressaltando que esse comportamento também foi observado em salas de espera de consultórios médicos.

TÉCNICAS DE INTRUSÃO

Durante a investigação, ao observar pessoas furando filas, Fábio percebeu que, de modo geral, a reação de quem está à espera é muito baixa. Sua análise mostrou que, apesar de muitas pessoas afirmarem que não admitem a ação de penetras, na hora em que a intrusão ocorre as reações não correspondem ao discurso. “Há uma distância entre o que o brasileiro fala e o que realmente faz”. Fábio revela ainda estratégias sutis de reclamação: a pessoa faz comentários ou, no máximo, dá um toque leve nos ombros. “As pessoas usam muitos recursos para dissimular a intrusão para que a vítima não reaja, não faça nada”, comenta. Entre estas “técnicas” estão falar ao celular, fingir distração e até simular dúvida se a fila que se procura é aquela mesmo. “O método mais clássico é o pedido de informação. A pessoa faz uma pergunta, engata uma conversa e acaba entrando na frente da fila. Muitas vezes o intruso tem sucesso, o que gera uma alta tolerância em toda a fila”, considera.

A pesquisa demonstrou que o que mais incomoda quem está na fila é a falta de informações sobre o tempo de permanência. “Se o sistema não é transparente, não indica qual a posição ocupada na fila, qual o ritmo que ela está andando, a frequência com que as pessoas estão sendo atendidas e

sob qual critério, elas começam a utilizar boa parte das chamadas táticas do jeitinho brasileiro”, relata o pesquisador. Ele citou como exemplo a fila de adoção, considerada injusta e não confiável pelas pessoas que entrevistou. Segundo ele, as pessoas relataram que a fila está sempre sendo furada, fato que as autoriza burlar o sistema. Outro ponto registrado pela pesquisa diz respeito aos tumultos e aglomerados ocorridos no início de filas, próximas aos guichês. Fabio identificou que, para ter acesso imediato, as pessoas lançam mão de estratégias nem sempre cordiais. Diante de uma indicação ou ameaça de que não será atendida, a pessoa abandona a fila e engrossa o tumulto.

Para contornar esse tipo de problema, o pesquisador faz algumas recomendações para gestores de serviços de atendimento ao público: o consumidor não lida bem com recursos que “tapeiam” o tempo de espera. “O tiro pode sair pela culatra para quem coloca uma TV para que a pessoa na fila tenha a impressão que o tempo passa mais rápido. Mesmo que o tempo seja menor, quem está esperando percebe que tem uma intenção ilegítima por trás daquele recurso”, indicou. Além disso, justificar a demora, dando uma previsão do tempo de espera e indicando a posição que o usuário ocupa na fila são estratégias bem aceitas. “Isso permite que a pessoa examine e decida se permanece ou não na fila, qual é o seu nível de urgência, qual a disponibilidade que tem e quanto tempo pode ficar ausente”. Ele alerta também para uma particularidade dos serviços de saúde (público ou particular): a pessoa já tem a sensação de que o atendimento vai ser realizado em horário diferente do marcado. “Os profissionais fazem vários agendamentos ao mesmo tempo. E ninguém consegue manter o que foi marcado”, diz. Segundo ele, essa é uma marca típica da cultura brasileira, caracterizada como policrônica, frente a maior parte das culturas de países desenvolvidos, que são monocrônicas. “Por aqui, compromissos são marcados ao mesmo tempo, e aí os horários vão sendo encaixados. Desse jeito, as pessoas perdem a confiança no sistema da fila e vão tentar furá-lo. É um efeito cascata”, resume.

IGUALDADE DE CONDIÇÕES

A ideia de que a pessoa já entra na fila segura de que tem gente furando também é defendida por Alberto Junqueira, mestre em Ciências Sociais pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-Rio). A partir de pesquisa que deu origem à dissertação “Essa vez que não chega: fila e drama social no Brasil”, ele constatou que a fila mobiliza valores fundamentais da identidade sociocultural brasileira. “A fila coloca todos em igualdade de condições, o que é um exemplo de sociedade democrática”, afirma. Ele advoga que o brasileiro não gosta de fila não somente por acreditar que está sendo “passado para trás”, mas também pelo nivelamento que torna seus integrantes anônimos, anulando características pessoais que poderiam facilitar o acesso ao que procuram. “A fila é justa por ser consensual e democrática. Todo mundo enxerga dessa forma. Não é só a espera que incomoda, mas a própria ideia de ser igual aos outros”, comenta. Em sua avaliação, o viés democrático se caracteriza pela ordem de chegada e o fura-fila representa o que desvirtua a regra.

Alberto entende que a fila é uma solução imperfeita e eventualmente precisa de correções. “Acaba pegando a fila só quem precisa, quem não tem outros meios de acesso”, argumenta, associando a prática ao “jeito brasileiro”. Em relação ao acesso, ele cita a discussão sobre cotas como um exemplo de uma medida tomada por sociedades que buscam promover a igualdade. “Embora sejam situações diferentes, os valores mobilizados são os mesmos”, argumenta. Já no que diz respeito à saúde, ele destaca que iniciativas que “quebram” a ordem da fila, com o intuito de facilitar o acesso aos casos mais graves, são práticas que visam corrigir desigualdades e antecedem a formação da própria fila. “Pessoas com situações de saúde diferentes demonstram desigualdade anterior à fila”, explica. Ele constatou, ainda, que as filas em que as pessoas estão por obrigação são as que geram mais incômodo. “A ideia de poder optar ou não por uma fila é importante no sentimento que a pessoa tem a respeito da fila”, diz ele. É por este motivo que, no caso de a pessoa estar na fila para tratar de alguma doença, a tendência é classificá-la como ruim e desconfortável. (L.M.)

Usuários do metrô aguardam a sua vez na porta da estação Anhangabaú, em São Paulo: nas filas, brasileiro é tolerante e evita conflitos, diz especialista

ILUSTRAÇÃO DIGITAL SOBRE FOTO DE FERNANDO STANKUNS



“NINGUÉM TEM A PRETENSÃO DE ZERAR A FILA”

Não dá para resolver o problema das filas em saúde com amadorismo. Essa é a convicção de Alexandre Marinho, economista do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), dedicado a estudar as consequências sociais e econômicas desse problema no SUS. Segundo ele, não há pretensão de zerar todas as filas, porque a demanda sempre será maior do que a oferta, mas é preciso criar mecanismos para a gestão do problema, que garantam o acesso à saúde como um direito para toda a população.

O que gera o problema das filas no SUS?

Primeiro, é preciso lembrar que o problema das filas em saúde é universal. Existem filas inclusive em países do norte europeu, na Suécia, na Noruega, na Inglaterra. Nos Estados Unidos existem filas para alguns procedimentos, como transplantes. Isso não é “privilégio negativo” do Brasil. O que talvez seja um ponto negativo em destaque no país é a maneira como esse problema tem sido tratado ao longo de anos. Falta critério e transparência. O que faz ter fila é a incapacidade de fazer com que a oferta de serviços atenda totalmente a demanda. Não é possível prever exatamente como a demanda e a oferta vão acontecer, porque existe a imprevisibilidade. Caso haja situações em que a capacidade de atendimento é sistematicamente abaixo da necessidade, vai haver fila. Tem mais gente procurando o serviço do que a capacidade de atender.

Até que ponto a fila é aceitável como uma forma de organizar o sistema?

O problema é a espera desnecessária e desconhecida pelos agentes, ou seja, quem busca atendimento público no Brasil não sabe quanto tempo vai demorar. A única coisa que se sabe é que vai demorar muito. O que é agravante, porque além da espera, existe a incerteza.

Como a fila pode prejudicar o acesso à saúde?

Quando a gente fala em fila em saúde, não necessariamente é a fila que você fica em pé esperando. A fila tem um custo. Se você tem um problema sério de saúde, o quadro pode ficar mais grave. Como não há informação de quando e mesmo se vai haver atendimento (não estamos nem falando de qualidade), as pessoas acham que a solução está no sistema privado e optam por ter a garantia de um plano de saúde (quando podem pagar), mas essa não é a saída. Incentivar a iniciativa privada para diminuir as filas do SUS é uma confissão pública de que a Constituição não está sendo cumprida e fere o princípio da equidade, deixando à margem boa parte da sociedade brasileira.

Como o problema tem sido tratado no Brasil?

Para resolver a fila, o remédio são dois clássicos. Primeiro, colocar mais gente, geralmente mais médico, mas há carências de profissionais em todas as áreas. O grande problema é a ausência de uma carreira de profissionais na área de saúde capazes de lidar de forma adequada com o problema das filas.



ILUSTRAÇÃO DIGITAL SOBRE FOTO DE ACERVO PESSOAL

O segundo remédio são os mutirões (de cirurgias, de consultas etc.). O mutirão é muito bom para quem está na fila naquele momento, mas por que não ampliar o atendimento de modo permanente? Além disso, ele tem um atrativo político muito grande para o gestor de plantão, pois os políticos alardeiam que reduziram a fila. Mas aumentos esporádicos na capacidade de atendimento não afetam a oferta a longo prazo. Como o mutirão não ataca as questões estruturais, o problema vai voltar no futuro.

Quais os caminhos para reduzir as filas e ampliar o acesso?

Ninguém tem a pretensão de zerar a fila para tudo. Como os recursos públicos são limitados, o Estado teria que retirar recursos de outras áreas, a ponto de gerar uma oferta muito acima da demanda. Porém, é possível administrar o problema. Hoje temos um sistema de saúde que não gera informação de modo adequado para gerenciar a questão. Um corpo de gestores públicos deveria ser encarregado de encaminhar a gestão das filas a médio e longo prazo, como tem sido feito com os transplantes. Não é apenas com mais médicos que vai se resolver o problema de fila no Brasil, esse é um problema multidisciplinar. (L.F.S.)

INFORMAÇÃO CONTRA IMAGEM NEGATIVA

Em 2011, matéria da *Radis* alertava para o fato de que o SUS, mesmo sendo um dos maiores sistemas de saúde pública do mundo, ainda era desconhecido da população brasileira (*O SUS que não se vê*, edição 104). A reportagem registrava que setores complexos como controle de qualidade de alimentos e remédios, cobertura vacinal, distribuição de medicamentos antirretrovirais e financiamento de transplantes acabavam invisíveis diante de problemas referentes ao acesso — quase sempre representados pela imagem das longas filas. Naquele momento, especialistas apontaram para as questões políticas, financeiras e técnicas que comprometiam a imagem que a população fazia do SUS, avaliando que esta era bastante influenciada pela cobertura negativa dada pelos meios de comunicação. Neste contexto, as filas apareciam como imagens concretas de uma alardeada ineficiência do sistema — o que, se sabe, não corresponde a sua totalidade.

Mas o que motiva a recorrência das filas da saúde no noticiário brasileiro? Notícia ruim vende mais? Ombudsman do jornal *O Povo*, de Fortaleza, a jornalista Tânia Alves opina que as filas no SUS se tornam notícia pela história das pessoas, “que geralmente não têm onde reclamar”, pelo tempo que esperam por atendimento e, também, por desinformação. “A falta de informação segura para os pacientes sobre como funciona o sistema, que em sua essência é muito bom, gera dúvidas. Dúvidas podem resultar em denúncias. E denúncias podem se transformar em notícia de jornal quando apuradas devidamente”, explica. Ela admite que as notícias ruins chamam mais atenção, embora avalie que o exagero de pautas negativas também possa cansar o leitor. “Acredito que a formação do jornalista, de onde ele veio e como ele enxerga o mundo podem influenciar sua maneira de pautar”, analisa.

Para a jornalista Verônica Almeida, repórter especial do *Jornal do Commercio*, do Recife, a fila se transforma em notícia quando extrapola o limite da rotina e se desdobra em protesto. “E quando a mídia tem espaço para isso, é claro”, disse à *Radis*. Ela explica que se dá destaque sempre que a situação deixa de ser aceitável — pelo menos do ponto de vista jornalístico. Verônica exemplifica: casos de pessoas que entram em filas na madrugada, passam horas em uma unidade de saúde e voltam a casa sem conseguir pelo menos marcar uma consulta; ou de usuários que são impedidos de receber atendimento por profissionais não qualificados para decidir quem precisa de cuidados urgentes. “Já presenciei um vigilante, em tom grosseiro, definir quem fica e quem deixa fila. Um vigilante pode definir quem vai ou não ser atendido?”, questiona. Tânia corrobora, explicando que “fila aceitável” é aquela na qual o usuário sabe que está andando e tem certeza de que será atendido, seja esta grande ou pequena. A inaceitável? “A que não anda”, diz a jornalista.

Presidente do Instituto para o Desenvolvimento

do Jornalismo (Projor), entidade que mantém o Observatório da Imprensa, a jornalista Angela Pimenta explica que é tarefa da mídia, por sua natureza, “vigiar” os poderes públicos e tratar, sobretudo, do que não dá certo. “Por que as filas são constantes? Há atrasos no atendimento? O SUS tem dado seu recado, minimamente?”, questiona, citando o escritor Millôr Fernandes (1923-2012), quando disse: “Jornalismo é oposição; o resto é armazém de secos e molhados”. Angela também avalia que as filas “constantes” da saúde precedem a criação do SUS. “A questão da carência na saúde pública é histórica”, analisa, orientando que a cobertura negativa pode ser revertida com a divulgação de dados relevantes sobre aquilo que dá certo.

Por outro lado, Angela acredita que o desequilíbrio na cobertura da saúde reflete algo que é estrutural, e se apresenta com a assimetria e a desigualdade existentes no país. Ao mesmo tempo em que se tem ilhas de excelência na área de pesquisa e de tecnologia médicas no país, é possível encontrar crianças estudando em condições precárias — ou mesmo fora das salas de aula. “Não há como o sucesso dos transplantes justificar a existência de filas injustas”, argumentou, esclarecendo que não é papel da imprensa fazer propaganda sobre o sistema de saúde. Para ela, a melhor maneira de progredir neste debate, fugindo da política rasteira de culpabilização, é trabalhar com dados consistentes: “As filas não são exclusividade do SUS. Estão nas ruas, nos bancos, na saúde privada. São mais um sintoma da enorme desigualdade que existe no país”, adverte.

Verônica concorda que a informação de qualidade é importante para se reverter o potencial negativo das filas para a imagem do SUS na mídia. Ela discorda, no entanto, que a população corrobore com esta imagem: “Quem acha o SUS ruim é quem busca atendimento médico uma única vez. O usuário constante critica, mas sabe que a saúde pública dá de 10 a zero nesses planos privados de cobertura limitada. Na hora H é o SUS, ou melhor, os estruturados serviços públicos que respondem e resolvem”, argumenta, lembrando que as filas invisíveis são as piores, já que sua ordem de funcionamento não é transparente, abrindo brecha para irregularidades. As filas sempre irão existir, opina Verônica, esclarecendo que falta decisão política e mobilização social para que suas condições se tornem aceitáveis.

Para Verônica, Tânia e Angela, é possível reverter a situação e imprimir uma marca positiva ao sistema, desde que haja um investimento maior em comunicação. “A marca SUS não é bem divulgada pelos gestores. Está sempre tímida na porta dos serviços, nos eventos e nas campanhas. Além disso, é preciso que as assessorias de imprensa também façam uma avaliação do seu trabalho. Poucas promovem uma boa divulgação das conquistas do SUS e ajudam a diminuir as arestas e os conflitos com os usuários”, orientou Verônica. (A.D.L)