

Listas de espera em saúde: múltiplos olhares

Everton Nunes da Silva ¹

doi: 10.1590/0102-311XPT098925

No fascículo atual, CSP publicou um ensaio sobre questões relacionadas às listas de espera na atenção ambulatorial especializada, de autoria de Giannotti et al. ¹. No estudo, os autores abordam várias questões relevantes para o entendimento e problematização dessa temática nos sistemas de saúde, com especial foco no Sistema Único de Saúde (SUS). Entre essas questões, destacam-se os aspectos conceituais, o dimensionamento deste problema na saúde, os dispositivos regulatórios disponíveis e as reflexões sobre a transparência das listas de espera. No âmbito da atenção ambulatorial especializada, as listas de espera abrangem principalmente consultas, exames e procedimentos eletivos.

Tempos demasiados na espera por cuidados de saúde podem gerar problemas substanciais às pessoas e ao sistema de saúde ². Em termos individuais, o diagnóstico tardio devido a longos períodos para ter acesso a consultas de especialidade e exames pode reduzir as chances de ter um prognóstico mais favorável, impactando na sobrevida e na qualidade de vida dos indivíduos. Em relação ao sistema de saúde, o agravamento do estado de saúde dos indivíduos reduz as opções terapêuticas e aumenta os custos do tratamento, necessitando de incrementos orçamentários que nem sempre são factíveis. Assim, monitorar as listas de espera é essencial para garantir a integralidade e sustentabilidade do SUS.

Adicionalmente, as listas de espera também podem sinalizar fragilidades na coordenação da atenção à saúde no SUS, refletindo a fragmentação do cuidado ³. Apesar dos avanços conquistados ao longo da implementação do SUS, ainda persistem desafios de continuidade na assistência médica e na articulação dos serviços de saúde com diferentes densidades tecnológicas ⁴. Esse contexto pode contribuir para a duplicidade de solicitações de exames e consultas, particularmente quando os sistemas de informação não permitem o compartilhamento de prontuários médicos. Dessa forma, é difícil mensurar o quanto realmente as listas de espera refletem as reais necessidades de saúde da população atendida. Pelo menos dois pontos dão sustentação teórico-empírica a essa afirmação: a adoção de sistemas de remuneração baseados em quantidade (*fee for service*) e a existência de assimetria de informação (demanda induzida).

Os sistemas de remuneração baseados em quantidade de procedimentos tendem a estimular o volume de produção de forma desnecessária e sem adicionar valor ao diagnóstico ou tratamento dos usuários ⁵. Este *modus operandi* se perpetua porque os rendimentos dos

¹ Universidade de Brasília, Brasília, Brasil.



Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições, desde que o trabalho original seja corretamente citado.

provedores (profissionais e estabelecimentos de saúde) dependem da quantidade produzida, seguindo a lógica de “quanto mais, melhor”. Em outros termos, a preocupação com a quantidade pode se sobrepor à qualidade do cuidado. Este modelo de remuneração é predominante no sistema de saúde brasileiro, especialmente no SUS. Este incentivo econômico adverso gera ineficiências e sobrecarga aos sistemas de saúde, particularmente naqueles com sistema fragmentados e com orçamentos limitados ⁶.

A demanda induzida também gera consumo desnecessário e, consequentemente, ineficiências aos sistemas de saúde ⁷. Sua origem reside na assimetria de informação entre os agentes econômicos que, neste caso, seriam o profissional de saúde e o paciente quando estes definem os procedimentos necessários para estabelecer o diagnóstico ou tratamento. A demanda induzida ocorreria quando a decisão do paciente sobre a quantidade de procedimentos fosse menor do que a proposta pelo profissional da saúde, caso o paciente tivesse o mesmo conhecimento em medicina que o profissional de saúde ⁸. Assim, pode haver pessoas nas listas de espera por consultas, exames e procedimentos eletivos que não necessariamente precisem desses recursos. A presença de demanda induzida acaba exacerbando o problema de longos períodos de espera.

Uma forma de mitigar os problemas relacionados ao *fee for service* e a demanda induzida é a implementação de guias de práticas clínicas. Estes sinalizam as necessidades de saúde para cada doença ou condição de saúde, baseados em processos sistemáticos e transparentes de sumarização das melhores evidências científicas disponíveis ⁹. Além da qualidade e da força de recomendação dos guias, é importante estabelecer estratégias de implementação no sentido de aumentar as chances de que as práticas baseadas em evidências sejam efetivamente usadas nos atendimentos clínicos ¹⁰. Estudo conduzido na Polônia ¹¹ mostrou que a implementação de uma intervenção de educação para uso de práticas baseadas em evidências reduziu em 20% o número de procedimentos médicos desnecessários e em 18% os custos de procedimentos ambulatoriais após dois anos da intervenção, mantendo a satisfação dos pacientes relativamente alta com o tratamento médico.

Outro ponto ressaltado pelos autores ¹ refere-se ao absenteísmo nas listas de espera, definido como o não comparecimento às consultas, exames ou procedimentos agendados, sem justificativa aparente. O absenteísmo é um fenômeno global, mas no Brasil ele atinge proporções elevadas, representando 25% dos casos em lista de espera no SUS ¹². Nesse contexto, tem-se aberto um campo promissor de pesquisa com o uso de inteligência artificial e aprendizado de máquina (*machine learning*) aplicados ao agendamento de procedimentos em saúde. Recente revisão de literatura apontou resultados heterogêneos e incertos sobre o potencial dessas abordagens na predição de eventuais faltosos nos atendimentos de saúde ¹³. Além disso, o domínio dessas abordagens demandará uma capacidade tecnológica elevada dos serviços de saúde, o que pode ampliar as desigualdades no SUS.

O estudo de Giannotti et al. ¹ estimula a discussão de vários pontos de vistas e abordagens metodológicas, seja na investigação das causas dos excessivos tempos de espera nas listas, seja na proposição de estratégias para contornar esse problema. Independentemente do caminho a trilhar, estudos que abordem as listas de espera no SUS têm alto potencial de contribuição tanto em termos de aprimoramento da gestão quanto de avanço no conhecimento.

Informação adicional

ORCID: Everton Nunes da Silva (0000-0001-8747-4185).

1. Giannotti EM, Louvison MCP, Chioro A. Listas de espera na atenção ambulatorial especializada: reflexões sobre um conceito crítico para o Sistema Único de Saúde. *Cad Saúde Pública* 2025; 41:e00220724.
2. Farias CML, Giovanella L, Oliveira AE, Santos Neto ET. Tempo de espera e absenteísmo na atenção especializada: um desafio para os sistemas universais de saúde. *Saúde Debate* 2019; 43(n.spe 5):190-204.
3. Freire MP, Louvison M, Feuerwerker LCM, Chioro A, Bertussi D. Regulação do cuidado em redes de atenção: importância de novos arranjos tecnológicos. *Saúde Soc* 2020; 29:e190682.
4. Fausto MCR, Campos EMS, Almeida PF, Medina MG, Giovanella L, Bousquat A, et al. Therapeutic itineraries for patients with cerebrovascular accident: fragmentation of care in a regionalized health network. *Rev Bras Saúde Mater Infant* 2017; 17 Suppl 1:S63-72.
5. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Guia para implementação de modelos de remuneração baseados em valor. Brasília: Agência Nacional de Saúde Suplementar; 2019.
6. Kraft KB, Hoff EH, Nylenna M, Moe CF, Mykletun A, Østby K. Time is money: general practitioners' reflections on the fee-for-service system. *BMC Health Serv Res* 2024; 24:472.
7. Piola SF, Vianna SM. Economia da saúde: conceitos e contribuição para a gestão da saúde. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 1995.
8. Bellón Saameño JA. Demanda inducida por el profesional: aplicaciones de la teoría económica a la práctica clínica. *Aten Primaria* 2006; 38:293-8.
9. Institute of Medicine (US) Committee to Advise the Public Health Service on Clinical Practice Guidelines; Field MJ, Lohr KN. Clinical practice guidelines: directions for a new program. Washington DC: National Academies Press; 1990.
10. Mello NF, Silva SN, Gomes DF, Girardi JM, Barreto JOM. Models and frameworks for assessing the implementation of clinical practice guidelines: a systematic review. *Implement Sci* 2024; 19:59.
11. Walewska-Zielecka B, Religioni U, Soszyński P, Wojtkowski K. Evidence-based care reduces unnecessary medical procedures and health-care costs in the outpatient setting. *Value Health Reg Issues* 2021; 25:23-8.
12. Beltrame SM, Oliveira AE, Santos MAB, Santos ET. Absenteísmo de usuários como fator de desperdício: desafio para sustentabilidade em sistema universal de saúde. *Saúde Debate* 2019; 43:1015-30.
13. Knight DRT, Aakre CA, Anstine CV, Munipalli B, Biazar P, Mitri G, et al. Artificial intelligence for patient scheduling in the real-world health care setting: a metanarrative review. *Health Policy Technol* 2023; 12:100824.

Recebido em 19/Mai/2025
Aprovado em 20/Mai/2025