



UNIVERSIDADE DE  
COIMBRA

Maria Kalidás Barreto Tomás Alves

**TEMPOS DE ESPERA PARA CIRURGIA**  
PERFIL DOS UTENTES INSCRITOS NA LISTA DE  
GRANDE ANTIGUIDADE NA REGIÃO CENTRO

**Relatório de Estágio no âmbito do Mestrado em Economia na especialidade em Economia Financeira, orientada pela Professora Doutora Carlota Maria Miranda Quintal e apresentada à Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra para a obtenção do grau de Mestre.**

Janeiro de 2023

Maria Kalidás Barreto Tomás Alves

**TEMPOS DE ESPERA PARA CIRURGIA**  
**PERFIL DOS UTENTES INSCRITOS NA LISTA DE GRANDE**  
**ANTIGUIDADE NA REGIÃO CENTRO**

**Relatório de Estágio no âmbito do Mestrado em Economia na especialidade em Economia Financeira, orientada pela Professora Doutora Carlota Maria Miranda Quintal e apresentada à Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra para a obtenção do grau de Mestre.**

Professora Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Doutora Carlota Maria Miranda Quintal

Orientador na entidade de acolhimento: Dr. Maurício Alexandre

Janeiro 2023

## **Agradecimentos**

A conclusão do presente relatório de estágio representa o fim de mais uma etapa que não seria possível fazendo este percurso sozinha.

Agradeço à Professora Dr<sup>a</sup>. Carlota Quintal por se mostrar sempre disponível durante este processo de orientação e pelo conhecimento e experiência transmitidos.

Agradeço ao Dr. Maurício Alexandre por me ter aceite na entidade acolhedora e permitido uma excelente experiência de estágio. À Dr<sup>a</sup>. Patrícia Antunes um especial agradecimento por me ter ajudado na escolha do tema e ter estado sempre disponível para esclarecer todas as minhas dúvidas. Ao Dr. Herlander por me ter ensinado a trabalhar com o programa e pelo voto de confiança que me deu. A todos os restantes colegas da URGA que me receberam calorosamente, fazendo-me sempre sentir parte da equipa. À Delfina pelas pausas matinais de café sempre animadas e bem-dispostas.

Agradeço à minha família por estarem sempre do meu lado e acreditarem sempre em mim, motivando-me constantemente para continuar o meu percurso.

## **Resumo**

O presente relatório de estágio foi realizado na Unidade Regional de Gestão ao Acesso (URGA) da Administração Regional de Saúde do Centro (ARSC, I.P.), no âmbito do programa de estudos do mestrado de Economia na especialidade em Economia Financeira da Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra. A URGA tem como competência fiscalizar, monitorizar e controlar o acompanhamento da evolução dos cuidados de saúde da Região Centro, com o intuito de maximizar a eficiência do mesmo e agilizar resoluções de problemas atempadamente, antes do seu agravamento.

Um dos principais objetivos do relatório é descrever as atividades realizadas durante o período de estágio e mostrar as competências da URGA. Estas consistem na monitorização, acompanhamento e controlo da produção realizada pelas instituições prestadoras de cuidados de saúde do Sistema Nacional de Saúde (SNS). Também tem o dever de seguir a evolução de inscritos nas mesmas, através dos tempos de espera e acompanhar os processos de transferência entre instituições de saúde, garantindo o cumprimento de normas e protocolos definidos dentro do tempo máximo de resposta garantido.

Adicionalmente, outro objetivo deste estudo é analisar o perfil de utentes mais expostos a um tempo de espera para cirurgia por mais de três anos, na Região Centro, por forma a ser possível, futuramente, implementar políticas para combater este problema. Os dados provêm da Lista de Inscritos para Cirurgia em dois momentos de tempo, 30 de setembro de 2021 e 30 de novembro de 2022. Para analisar os dados, recorre-se à regressão logística múltipla. Os resultados sugerem que os utentes mais propensos a integrar a lista de grande antiguidade são aqueles com idade mais avançada, com cirurgia de prioridade normal e do tipo convencional.

### **Palavras-chave:**

URGA; SIGIC; tempo de espera; Região Centro

## **Abstract**

This internship report was carried out at the Regional Access Management Unit (URGA) of the Central Regional Health Administration, (ARSC, I.P.) within the scope of the study program for the Master's Degree in Economics, specializing in Financial Economics, at the Faculty of Economics of the University of Coimbra. URGA is responsible for supervising, monitoring and controlling the evolution of healthcare in the Central Region, with the aim of maximizing its efficiency and speeding up the resolution of problems in a timely manner, before they become worse.

One of the main goals of the report is to describe the activities carried out during the internship period and show URGA's competences, which consist of monitoring, accompanying and controlling the production carried out by the institutions providing health care of the National Health Service (NHS), which also have the duty to follow the evolution of those enrolled in them, through waiting times and monitor the transfer processes between health institutions, ensuring compliance with defined rules and protocols within the maximum guaranteed waiting time.

Additionally, another, goal of this study is to analyse the profile of patients most exposed to waiting times longer than three years in the Central Region, in order to implement policies to combat this problem, in the future. The data comes from the Surgery List (“Lista de Inscritos para Cirurgia”) in two periods – September 30<sup>th</sup> 2021 and November 30<sup>th</sup> 2022. To analyse the data, it’s adopted a multiple logistic regression. The results suggest that those patients more likely to wait more than three years are older, and with a conventional surgery, classified as normal priority.

### **Key-words:**

URGA; SIGIC; waiting time; Central Region

## **Lista de Siglas e Acrónimos:**

### **A**

ACeS - Agrupamentos De Centros de Saúde

ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde

ARS - Administração Regional de Saúde

ARSA - Administração Regional de Saúde do Alentejo

ARS Alg - Administração Regional de Saúde do Algarve

ARSC, I.P. - Administração Regional de Saúde do Centro

ARS LVT - Administração Regional de Saúde de Lisboa e vale do Tejo

ARSN - Administração Regional de Saúde do Norte

### **C**

CR - Comunicação de Rede

### **D**

DGAG - Departamento de Gestão e Administração Geral

DIE - Departamento de Instalações e Equipamentos

DPC - Departamento de Planeamento e Contratualização

DRH - Departamento de Recursos Humanos

DSP - Departamento de Saúde Pública

### **G**

GDH - Grupos de Diagnósticos Homogéneos

GJC - Gabinete Jurídico e do Cidadão

### **H**

HD - Hospital de Destino

HO - Hospital de Origem

### **I**

ICD-10 - International Classification Diseases

## **L**

LIC - Lista de Inscritos para Cirurgia

## **M**

MCDT - Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica

## **N**

NT - Nota de Transferência

NUTS - Nomenclatura de Unidades Territoriais para Fins Estatísticos

## **O**

OCDE- Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OMS - Organização Mundial de Saúde

## **P**

PECLEC - Programa Especial de Combate às Listas de Espera Cirúrgicas

PERLE - Programa Específico de Recuperação de Listas de Espera

PPMA - Programa de Promoção e Monitorização do Acesso

## **R**

RC – Razão de *Chances*

## **S**

SIGA SNS - Sistema Integrado de Gestão do Acesso do Serviço Nacional de Saúde

SIGIC - Sistema Integrado de Gestão de Inscritos em Cirurgia

SIGLIC - Sistema Informático de Gestão da Lista de Inscritos em Cirurgia

SNS - Serviço Nacional de Saúde

## **T**

TE – Tempo de Espera

TMRG - Tempos Máximos de Resposta Garantidos

## **U**

UGA - Unidade de Gestão do Acesso

ULGA - Unidade Local de Gestão do Acesso

URGA - Unidade Regional de Gestão do Acesso

URGIC - Unidade Regional de Gestão de Inscritos para Cirurgia

**V**

VC - Vale de Cirurgia



## **Lista de Figuras:**

Figura 1 - Organograma da ARSC, I.P.....	5
Figura 2 - - Esquema do processo de validação de faturas.....	10
Figura 3 - Percurso do doente e tempos de espera .....	14

## **Lista de Tabelas:**

Tabela 1 - Utentes à espera para cirurgia há menos e há mais de 3 anos em setembro e novembro de 2021 e em julho de 2022.....	28
Tabela 2 - Caracterização da subamostra dos utentes à espera para cirurgia há mais e há menos de 3 anos a setembro de 2021 .....	30
Tabela 3 - Caracterização da subamostra dos utentes à espera para cirurgia há mais e há menos de 3 anos a novembro de 2022.....	30
Tabela 4 - Utentes em espera há mais de 3 anos por HO e ano de inclusão a setembro de 2021 .....	32
Tabela 5 - Utentes que continuam em espera há mais de 3 anos por HO e ano de inclusão a novembro de 2022 do grupo de setembro de 2021.....	32
Tabela 6 - Novas entradas de utentes em espera há mais de 3 anos a novembro de 2022 por HO .....	33
Tabela 7 - Resultados da regressão logística múltipla da associação entre fatores de risco e tempo de espera para cirurgia há mais de 3 anos .....	34

## **Lista de Gráficos:**

Gráfico 1 - Motivos de não validação .....	11
Gráfico 2 - Consultas hospitalares de telemedicina no SNS .....	21
Gráfico 3- Entradas em LIC nos meses de março a maio de cada ano, por ARS (2014 a 2020).....	21
Gráfico 4 - Acesso programado a cirurgias - Dinâmica da procura e resposta SIGIC... 23	
Gráfico 5 - Peso de utentes em LIC há mais de 3 anos no total de utentes em LIC por HO em setembro de 2021 e novembro de 2022 .....	31

## Índice

1 - Introdução.....	1
2 - Descrição do Estágio .....	4
2.1 - Entidade de Acolhimento .....	4
2.1.1 – Unidade Regional de Gestão do Acesso.....	6
2.2 – Atividades Realizadas.....	7
3 – Enquadramento Teórico .....	12
3.1 – Listas e Tempos de Espera para Cirurgia – Problemática .....	12
3.2 – Evolução dos Programas de Gestão de Listas de Espera para Cirurgia em Portugal.. .....	15
3.3 – Impacto do SIGIC nas Listas de Espera para Cirurgia.....	17
3.4 – Impacto da Pandemia por COVID-19 nas Listas e Tempos de Espera para Cirurgia em Portugal.....	20
4 – Análise Empírica: Prevalência e Fatores de Risco de Tempos de Espera para Cirurgia Superiores a 3 Anos.....	25
4.1 – Metodologia e Dados.....	25
4.2– Análise de Resultados.....	27
4.2.1 - Estatísticas descritivas e análise exploratória de dados .....	27
4.2.2. – Análise da associação entre fatores de risco e tempo de espera superiores a três anos.....	33
5 – Análise Crítica do Estágio .....	36
6 – Conclusão .....	38
Bibliografia.....	39
Legislação.....	42

## **1 - Introdução**

O presente relatório, desenvolvido durante o Estágio Curricular, no âmbito do plano de estudos do Mestrado de Economia na Especialidade em Economia Financeira da Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, foi realizado na Unidade Regional de Gestão do Acesso (URGA) da Administração Regional de Saúde do Centro (ARSC, I.P.) e teve a duração de 560 horas, iniciado a 19 de setembro de 2022 e com término a 5 de janeiro de 2023.

A frequência do estágio permite ao aluno contacto com uma experiência profissional, através da inserção temporária na entidade de acolhimento com o desenvolvimento de atividades relevantes, tanto para o ingresso na realidade laboral do estudante, como para a entidade de acolhimento. Assim, o estágio descrito no presente relatório permite uma visão panorâmica genérica da missão da ARSC, I.P. e dos recursos disponíveis para a sua concretização, assim como a introdução às competências da URGA no âmbito da gestão do acesso aos cuidados de saúde, integração e perceção dos processos utilizados no desenvolvimento da sua atividade diária e desenvolvimento de tarefas relacionadas com a área funcional integrada.

A URGA insere-se no Departamento de Planeamento e Contratualização (DPC) da ARSC, I.P. e é a unidade responsável pela gestão do acesso do utente a cuidados de saúde da Região Centro, através do contacto direto ou indireto, tanto com os utentes, como com as unidades hospitalares, sejam estas de carácter público, privado ou social.

Uma vez que, uma das áreas de incidência da Unidade é a Lista de Inscritos para Cirurgia (LIC), surgiu o interesse de desenvolver o relatório de estágio com enfoque nesta temática. As LIC e os seus tempos de espera são uma problemática constante no processo de prestação de cuidados de saúde, tanto a nível nacional, como na maioria dos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), tendo esta vindo a ser agravada com a presença da pandemia por COVID-19, devido ao cancelamento das cirurgias programadas. (Quintal et al., 2021)

A existência das LIC dá-se quando existe um desfasamento entre a procura dos serviços de saúde, presença de novos utentes para intervenção cirúrgica, e a oferta dos mesmos, constituída pela capacidade do sistema de saúde de responder aos pedidos,

pelo avanço tecnológico na medicina, ou pelo envelhecimento da população, dado ao aumento da esperança de vida. (P. P. Barros, 2013)

De modo a fazer face ao descontentamento provocado pelos longos tempos de espera, os sucessivos governos, em Portugal, implementaram diversas medidas de forma a combater esta adversidade, diminuindo o número de utentes que constam na lista de espera, através de programas de gestão direcionados às LIC. (ACSS, 2011)

Por norma, a discussão em torno dos tempos de espera, centra-se no cumprimento dos tempos máximos de resposta garantidos (TMRG). Os TMRG são uma componente do Sistema Integrado de Gestão de Inscritos em Cirurgia (SIGIC) e têm como objetivo gerir e ajustar o tempo para o acesso dos utentes à cirurgia, de acordo com quatro níveis de prioridade (normal, prioritário, muito prioritário e urgência diferida), procurando garantir que o utente é atendido em tempo clinicamente aceitável. Esta política é implementada de modo a melhorar o acesso atempado do utente aos cuidados de saúde, tornando-o mais célere e de forma a não comprometer o seu estado de saúde. (OPSS, 2007) Apesar dos esforços empreendidos e melhorias verificadas, nem todos os utentes em LIC realizam a sua cirurgia dentro dos TMRG. Adicionalmente, os níveis de incumprimento são heterogéneos, verificando-se em alguns casos, tempos de espera extremamente longos. A lista de grande antiguidade, que corresponde a utentes à espera para cirurgia há mais de três anos, é causa de especial preocupação na ARSC.

Desta forma, é relevante analisar o caso dos tempos de espera superiores a três anos. O objetivo do presente trabalho é compreender qual o perfil de utente que está mais sujeito a estes tempos de espera, analisando os respetivos fatores de risco. Pretende-se ainda analisar as entradas e saídas da lista de grande antiguidade, entre setembro de 2021 e novembro de 2022.

O estudo será desenvolvido através de uma metodologia baseada na estatística descritiva e na regressão logística múltipla, usando dados da LIC, extraídos do Sistema Informático de Gestão da Lista de Inscritos para Cirurgia (SIGLIC), de setembro de 2021 a novembro de 2022.

Assim, tendo em conta os argumentos supramencionados, o relatório encontra-se estruturado em cinco capítulos. O presente capítulo engloba a introdução ao relatório de estágio e apresenta a motivação e relevância da escolha do tema desenvolvido, os

objetivos e questões de investigação, a metodologia de abordagem e a estrutura do mesmo.

No segundo capítulo é feito o enquadramento do estágio com a apresentação da entidade de acolhimento ARSC, I.P. e da URGA, Unidade onde foi desenvolvido o estágio e também é apresentada uma descrição das atividades realizadas.

O terceiro capítulo inicia a revisão da literatura, apresentando o tema proposto com o enquadramento teórico para desenvolvimento do estudo científico elaborado, com a conceptualização do tema e dos principais conceitos inerentes ao mesmo.

Após a introdução teórica, o quarto capítulo apresenta o desenvolvimento do enquadramento empírico, onde é apresentada a metodologia utilizada, incluindo a fonte dos dados, as variáveis incluídas e o método de análise adotado e, numa outra subsecção apresentam-se os resultados e sua discussão.

No quinto capítulo é feita uma breve análise crítica do período de permanência na entidade com especial relevância nas competências adquiridas, na contribuição dos conhecimentos adquiridos ao longo da atividade letiva e no parecer do valor acrescentado pelo estágio.

Por fim, o sexto capítulo termina o relatório de estágio com as conclusões.

## **2 - Descrição do Estágio**

### **2.1 - Entidade de Acolhimento**

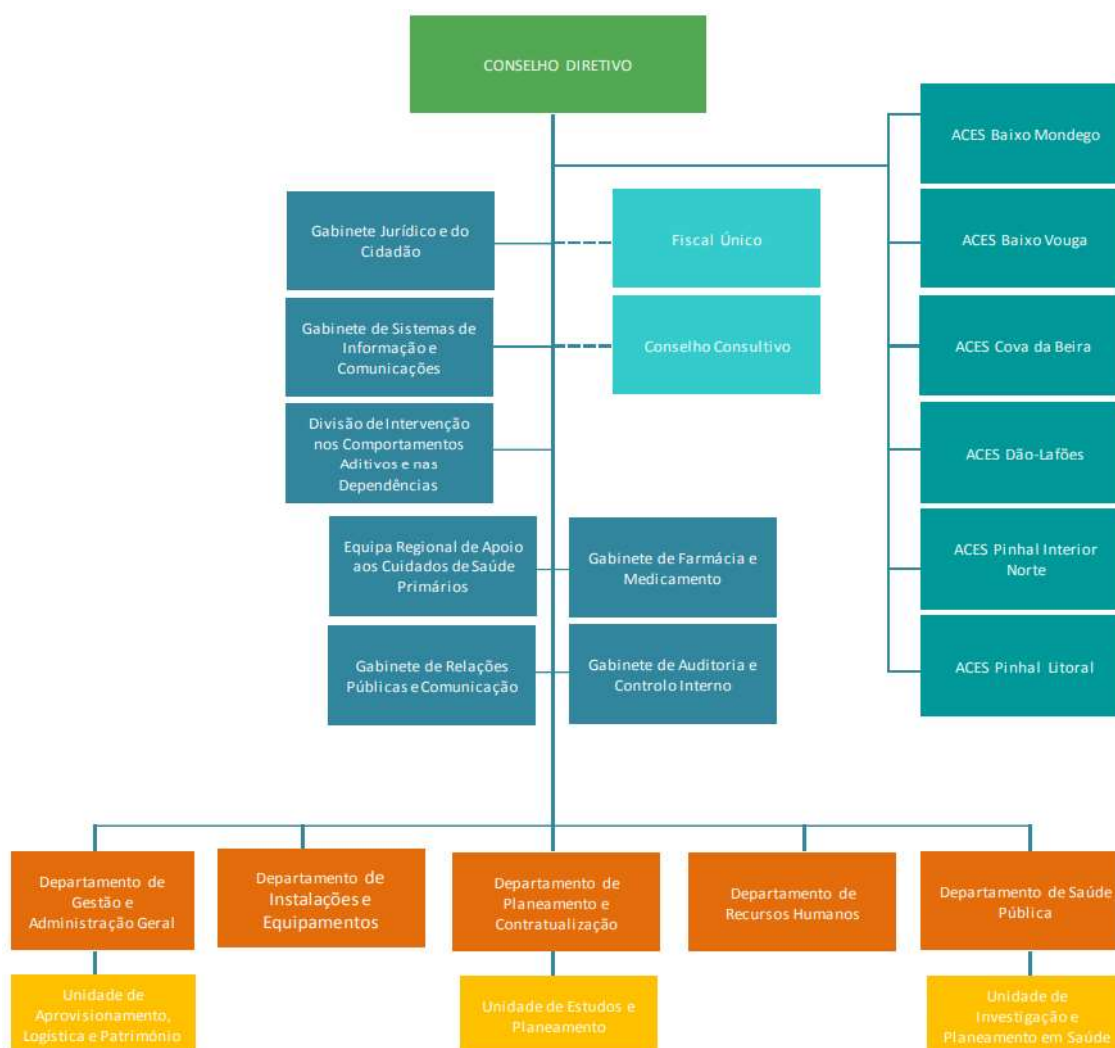
A ARSC, I.P., sediada na Alameda Júlio Henriques, Coimbra é uma das cinco Administrações Regionais de Saúde (ARS) que existem a nível nacional, sendo as outras quatro, a ARS do Norte (ARSN), a ARS de Lisboa e Vale do Tejo (ARS LVT), a ARS do Alentejo (ARSA) e a ARS do Algarve (ARS Alg), criadas em 1982 através do Decreto-Lei n.º 254/82, de 29 de junho.

Posteriormente, é implementado o Decreto-Lei n.º 22/2012 de 30 de janeiro com o objetivo de reestruturar e reorganizar a forma como as ARS operavam, de forma a tornar mais eficiente e racional a utilização dos recursos públicos, contribuindo para uma redução da despesa pública. Assim, este diploma vem definir a natureza das ARS como “institutos públicos integrados na administração indireta do Estado, dotados de autonomia administrativa, financeira e património próprio” com a missão de garantir o acesso à prestação de cuidados de saúde, adequando os recursos disponíveis às necessidades da população de cada área geográfica destinada, assim como cumprir e fazer cumprir políticas e programas de saúde. Cada ARS exerce as suas funções correspondentes com a sua área geográfica de atuação, correspondentes ao nível II da Nomenclatura de Unidades Territoriais para Fins Estatísticos (NUTS), conforme o Decreto-Lei n.º 22/2012 de 30 de janeiro.

Quanto ao conselho diretivo da ARSC, I.P., este é constituído por um presidente, um vice-presidente e dois vogais, conforme o artigo 5.º, do Decreto-Lei n.º 22/2012 de 30 de janeiro e a sua estrutura interna é constituída por serviços centrais e serviços desconcentrados. Os serviços centrais são constituídos por cinco departamentos, o Departamento de Saúde Pública (DSP), Departamento de Planeamento e Contratualização, Departamento de Gestão e Administração Geral (DGAG), Departamento de Recursos Humanos (DRH) e o Departamento de Instalações e Equipamentos (DIE), também pelo Gabinete Jurídico e do Cidadão (GJC) e a Divisão de Intervenções nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (Portaria n.º 214/2013, de 27 junho). Por outro lado, os serviços desconcentrados das ARS são os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS) de cada região e estes têm autonomia administrativa, sendo constituídos por várias unidades funcionais, que integram um ou

mais centros de saúde, com o objetivo de garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população da sua área geográfica (Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro). Os ACeS constituintes da ARSC são o ACeS do Baixo Mondego, o ACeS do Baixo Vouga, o ACeS da Cova da Beira, o ACeS de Dão-Lafões, o ACeS do Pinhal Interior Norte e o ACeS do Pinhal Litoral, tal como o organograma da Figura 1 demonstra. Pese embora ter apenas seis ACeS desconcentrados, isto é, sob responsabilidade direta, a ARSC é geograficamente responsável pelas duas Unidades Locais de Saúde (ULS) (Guarda e Castelo Branco) que incluem três ACeS (um na ULS Guarda – ACeS Guarda – e dois na ULS Castelo Branco – ACeS Beira Interior Sul e ACeS Pinhal Interior Sul).

Figura 1 - Organograma da ARSC, I.P.



Fonte: (ARSC, 2018) "Plano de Atividades 2018", retirado de ARSC, I.P.

### 2.1.1 – Unidade Regional de Gestão do Acesso

O presente estágio curricular decorreu na URGA, unidade funcional integrante do Departamento de Planeamento e Contratualização da ARSC. A URGA, criada em 2017, não consta na orgânica das ARS, como verificado acima na Figura 1, dado que a última atualização efetuada ocorreu em 2012, num momento anterior à criação da URGA. Não tendo assim ocorrido uma alteração à orgânica das ARS, aprovada em diploma legal, cada ARS alocou informalmente a sua URGA na sua estrutura da forma como entendeu mais adequada. No caso da ARSC, a URGA ficou alocada dentro do DPC. Importa, de todo o modo, referir que a URGA responde hierarquicamente não só à estrutura regional, mas também à estrutura central, da qual depende. Esta questão será abordada adiante.

Assim, a URGA surgiu da implementação do modelo de governação do Sistema Integrado de Gestão do Acesso do Serviço Nacional de Saúde (SIGA SNS), “sistema de acompanhamento, controlo e disponibilização de informação integrada, destinado a permitir um conhecimento transversal e global sobre o acesso à rede de prestação de cuidados de saúde no Serviço Nacional de Saúde (SNS), e a contribuir para assegurar a continuidade desses cuidados e uma resposta equitativa e atempada aos utentes” (Portaria n.º 147/2017, 27 de abril), com o intuito de substituir a anterior Unidade Regional de Gestão de Inscritos para Cirurgia (URGIC).

Ainda de acordo com a Portaria n.º 147/2017, 27 de abril, tem-se que o SIGA SNS está estruturado a nível central, sendo este assegurado pela Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) através da Unidade de Gestão do Acesso (UGA), responsável pelo SIGIC e atualização da LIC. A nível regional, a URGA é a responsável pelo reporte de informação à ACSS e a nível local é garantido pelas Unidades Locais de Gestão do Acesso (ULGA), que reportam à URGA de cada ARS correspondente informação sobre a gestão do acesso aos cuidados de saúde e pelo cumprimento dos TMRG.

Assim, a URGA tem como competência fiscalizar o acesso aos cuidados de saúde na Região Centro através: da monitorização e controlo da evolução de inscritos para cirurgia, dos tempos de resposta; do acompanhamento dos processos de transferência de utentes entre instituições no que diz respeito às inscrições para cirurgia, certificando-se do seu acesso à informação e avaliando a qualidade dos cuidados de



saúde prestados; das reuniões periódicas com as ULGA, tendo estas o intuito de identificar as suas dificuldades e contribuir para a sua resolução; e, entre outras, também do cumprimento das orientações normativas providenciadas pela UGA, por forma a identificar adversidades e contribuir para a resolução e supervisão das mesmas. (Portaria n.º 147/2017, 27 de abril)

Relativamente à componente hospitalar, a URGA está em contacto permanente com as entidades inseridas na área de intervenção, sendo que estas atuam como Hospitais de Origem (HO) e/ou Hospitais de Destino (HD).

Assim, como forma de acompanhar os objetivos de otimizar o período de tempo que decorre entre o momento em que é identificada a necessidade da cirurgia e a realização da mesma, implementou-se o programa SIGIC (Portaria n.º 45/2008, de 15 de janeiro). Posteriormente, foi implementada a plataforma SIGLIC como ferramenta de consolidação e agrupamento de toda a informação cirúrgica programada de cada episódio de cada utente, desde a primeira consulta de especialidade até à última consulta do pós-operatório e por isso, conclusão do episódio, registando todas as interações do percurso do utente, como os dados do plano de saúde, os diagnósticos e procedimentos cirúrgicos, prioridade clínica, data de entrada na LIC, tipologia de cirurgia, se ambulatório ou convencional (com permanência de, pelo menos 24 horas na entidade que prestou os cuidados cirúrgicos), complicações pós cirurgia, alta do utente do hospital ou transferência para outro HD. (ACSS, 2011; Siciliani et al., 2013)

Para além do percurso cirúrgico de cada utente, o SIGLIC também engloba informação acerca das entidades prestadoras de serviços cirúrgicos, nomeadamente os HO e HD, sobre os colaboradores de cada entidade, a sua capacidade instalada e quais os serviços disponíveis, sendo possível a partilha de informação entre entidades, tanto do setor público, privado ou social.

## 2.2 – Atividades Realizadas

Previamente à descrição das atividades realizadas durante o estágio, é relevante anotar que, nas situações em que o HO não consegue dar resposta ao episódio cirúrgico dentro do TMRG existe uma alternativa concedida ao utente para solucionar este problema. Dá-se a emissão de uma Nota de Transferência (NT) ou Vale de Cirurgia

(VC) (tópico desenvolvido adiante), para que seja possível a realização do episódio cirúrgico dentro do TMRG, tendo o utente a opção de cativação (ou rejeição) do documento. Quando opta por cativar junto do HD e esta entidade realiza a cirurgia aquando do processo de conclusão do episódio, este remete toda a documentação à URGA para preparação do processo de faturação do episódio ao HO.

Durante o estágio, fui responsável pela validação de episódios previamente à emissão de fatura. Este processo de validação inicia-se com o recebimento de informação dos HD. Inicialmente, são exportados pela URGA, da plataforma SIGLIC, todos os episódios do mês em análise, sendo estes transformados num ficheiro Excel.

Posteriormente, prossegue-se à confirmação entre os dados exportados do SIGLIC e a informação em formato PDF enviada pelo HD, nomeadamente do n.º do VC, nome completo do utente e confirmação dos registos das consultas pré e pós-operatórias.

De seguida, confirma-se a presença de todos os documentos obrigatórios enviados pelo HD como o VC, a ficha do bloco operatório com a presença da equipa cirúrgica (que tem de ser constituída por, pelo menos, quatro elementos com funções distintas: cirurgião principal, cirurgião ajudante, enfermeiro e anestesista;<sup>1</sup> as etiquetas de próteses e o relatório de exame anátomo-patológico, quando aplicáveis, o comprovativo do pagamento das taxas moderadoras por parte do utente, nas situações aplicáveis, de acordo com a legislação em vigor à data dos eventos, o comprovativo da cirurgia segura (que segue uma *checklist* com o objetivo de evitar o surgimento de problemas, como por exemplo a verificação da identificação do utente, ou reconfirmação da lateralidade do membro/órgão a operar), o comprovativo do envio da nota de alta ao HO e, se necessário, outra documentação como Comunicação de Rede (CR) ou justificação de falta de consulta pós-operatória.

Seguidamente, através do ficheiro de Excel que replica os registos do SIGLIC, confirma-se se houve alteração de regime de modalidade da cirurgia em que foi proposta e realizada de ambulatório para convencional, ou vice-versa (caso haja alteração, averigua-se qual o motivo através de Comunicação de Rede e respetiva resposta do HO a aceitar a alteração) e verifica-se se a equipa cirúrgica do ficheiro

---

<sup>1</sup> Existem normas regionais definidas para a constituição das equipas cirúrgicas em linha com as orientações da Ordem dos Médicos.

equivale à da ficha do bloco operatório enviado pelo HD. Posteriormente, procede-se à comparação dos diagnósticos e procedimentos previsionais, de cirurgia e de conclusão e respetivos códigos de Grupos de Diagnósticos Homogéneos (GDH) que têm por base os códigos ICD-10 (International Classification Diseases) que, consoante os códigos de diagnóstico e procedimento registados irão gerar um GDH específico (Portaria n.º 254/2018, de 7 de setembro). Nesta fase, o HO colabora com a URGA na verificação dos códigos de diagnóstico e procedimento ICD-10 registados pelo HD na fase da cirurgia e conclusão do episódio, sendo que estes últimos são responsáveis pela geração do GDH final e conseqüente valor a faturar.

Quanto ao valor a faturar, na presença de neoplasia o valor do GDH é majorado em 30%. Na presença de dois GDH, o valor é calculado através da soma do valor integral do GDH com valor mais elevado com 45% do GDH de menor valor. Os dispositivos médicos são autorizados previamente à cirurgia, sendo incluídos na proforma para faturação conjunta com o episódio e, num processo autónomo, de acordo com os valores autorizados pela URGA, os meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT) presentes e autorizados pelo HO são pagos de acordo com a Portaria n.º 254/2018, de 7 de setembro. Por fim, nos casos em que a cirurgia integra um procedimento de especial complexidade (n.º 13 do artigo 7º, do anexo II, da Portaria n.º 207/2017, de 11 de julho), existe uma majoração de 20% do GDH de conclusão. Após estes cálculos, é deduzido, caso aplicável, o valor da(s) taxa(s) moderadora(s). Caso algum dos critérios anteriores estiver incorreto ou incompleto, o episódio deverá ser devolvido ao HD para que este resolva o problema em questão e reenvie o episódio à URGA para nova validação do mesmo.

Quando alguma possível desconformidade é detetada, a URGA procede à devolução do episódio, não validando a proforma, e, em parceria com o Gabinete Jurídico e do Cidadão, inicia um processo de desconformidade no valor de 10%, 50% ou 100% dos cuidados prestados. A penalização varia em função da desconformidade detetada sendo suportada pelo clausulado assinado pelo HD e pela ARSC (Despacho n.º 24110/2004, de 24 de novembro) e demais legislação vigente. Estas situações podem tipificar-se da seguinte forma:

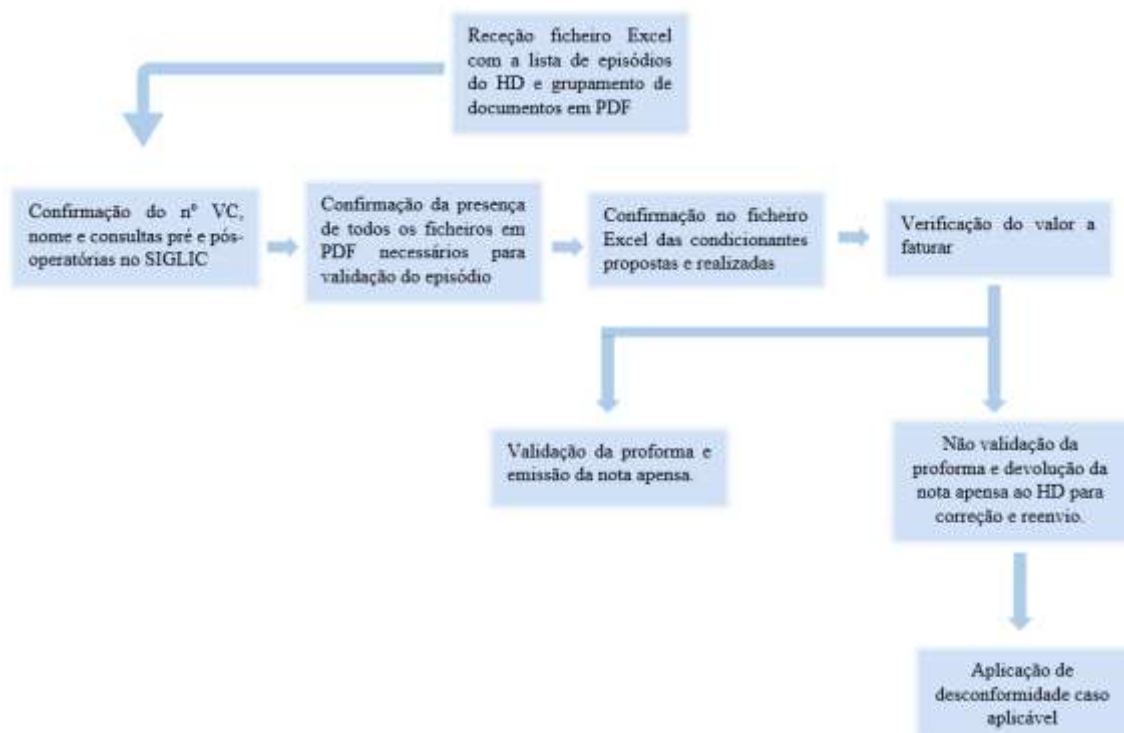
- Não existe CR com respetiva autorização do HO a justificar alteração de modalidade de ambulatório/convencional

- Não existe CR a justificar alteração de lateralidade
- Não existe CR a justificar a alteração de procedimento(s) e/ou diagnóstico(s)
- A equipa cirúrgica está incompleta (ex. ausência de anestesista quando é obrigatório)

Também no âmbito das desconformidades, estas podem gerar penalidades no valor de 100% dos cuidados prestados quando, pelo menos um dos elementos da equipa cirúrgica exerce atualmente ou exerceu nos últimos 6 meses que antecedeu a cirurgia, atividade no HO de onde provém o episódio.

Por outro lado, quando todos os critérios anteriormente descritos são cumpridos, o episódio é validado na plataforma SIGLIC, permitindo ao HD gerar uma nota apensa e emitir a fatura ao HO para se efetuar o pagamento da cirurgia. A Figura 2 apresenta, de forma sumária, o processo de validação anteriormente descrito, de forma a facilitar a compreensão.

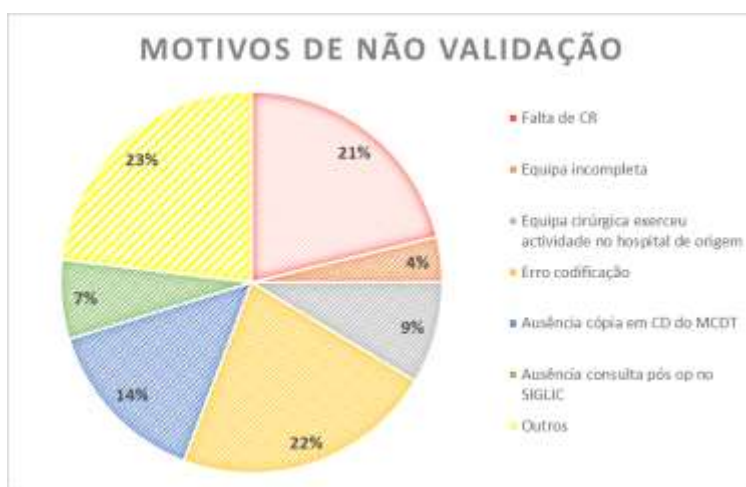
Figura 2 - Esquema do processo de validação de faturas



Fonte: Elaboração própria

Ao longo do estágio processei 1 022 episódios de 7 HD, sendo que 918 foram validados, equivalente a 2 399 379,59 € e 104 foram não validados, em 258 566,51 €. Das não validações, 22% correspondem a abertura de processo de desconformidade. As não validações observam-se por diferentes motivos, como se pode observar no Gráfico 1, os principais motivos correspondem a erros de codificação ou ausência da CR ou da cópia em CD do MCDT, aquando o envio dos documentos necessários para validação de episódio.

Gráfico 1 - Motivos de não validação



Fonte: Elaboração própria

### **3 – Enquadramento Teórico**

#### **3.1 – Listas e Tempos de Espera para Cirurgia – Problemática**

Previamente à introdução da problemática, é importante enfatizar a diferença entre os conceitos de lista e tempo de espera, uma vez que, não obstante a sua relação próxima, traduzem definições diferentes. Por um lado, as listas de espera correspondem ao número de pacientes à espera para serem atendidos, num dado momento de tempo. Por outro lado, e de maior interesse ao utente, o tempo de espera, traduz a duração efetiva necessária para tratar todos os pacientes, que se encontram em cada momento na lista de espera, até chegar à sua vez. (Siciliani et al., 2013)

A existência das listas de espera, dá-se quando existe um desfasamento entre a procura e oferta dos serviços de saúde. A procura é definida pela presença de novos utentes para intervenção cirúrgica, e a oferta engloba a capacidade do sistema de saúde de responder aos pedidos recebidos, sendo esta capacidade constituída pelo avanço tecnológico na medicina, pelo aparecimento de novos medicamentos, pelo envelhecimento da população, dado ao aumento da esperança de vida e pelo número de cidadãos com doença crónica. (Antunes & Ferreira, 2018; P. P. Barros, 2013)

Uma pesquisa realizada pela OCDE, revelou que, mais de metade dos países participantes apresentam tempos de espera longos para tratamento eletivos, pelo que se trata de uma temática relevante de reflexão. (Siciliani et al., 2013) Esta problemática está muito mais presente no setor público, onde estão implementados seguros públicos e financiamento através de impostos, do que no setor privado. Assim, na presença de um serviço de prestação de cuidados de saúde maioritariamente gratuito, a procura tende a aumentar exponencialmente e, como o preço não é um fator relevante no equilíbrio de mercado, quando tal acontece, os tempos de espera surgem como fator de racionamento da procura. (P. P. Barros, 2013)

Os agentes desta problemática são, do lado da oferta, os médicos, os hospitais e o Estado e do lado da procura, os pacientes, sendo que o equilíbrio encontra-se com a existência de listas de espera com tempos de espera clinicamente aceitáveis. (A. Reis, 2011)

Desta forma, é importante ressaltar que, ter lista de espera não é forçosamente um ponto negativo, uma vez que, os recursos são limitados e que a procura de cuidados

de saúde é estocástica, não sendo possível antever quantas intervenções serão necessárias a cada momento. (Cruz et al., 2022; Siciliani et al., 2009, 2013)

O que é relevante é ter um *stock* de lista com tempo, como referido anteriormente, clinicamente aceitável, uma vez que, quando estas se tornam excessivamente longas, observa-se um aumento de custos. São estes custos hospitalares, associados à gestão da lista de espera ou à necessidade de recursos clínicos para reavaliações regulares dos pacientes, assim como custos gerados pela deterioração do estado de saúde dos utentes que podem resultar no aumento da complexidade da intervenção cirúrgica, na necessidade de cuidados médicos mais dispendiosos ou na admissão de cirurgia de emergência. Em suma, pretende-se a gestão eficiente dos recursos, de forma a reduzir a capacidade inativa presente, isto é, evitar a subutilização dos recursos e da capacidade instalada. (Cruz et al., 2022; Siciliani et al., 2009, 2013)

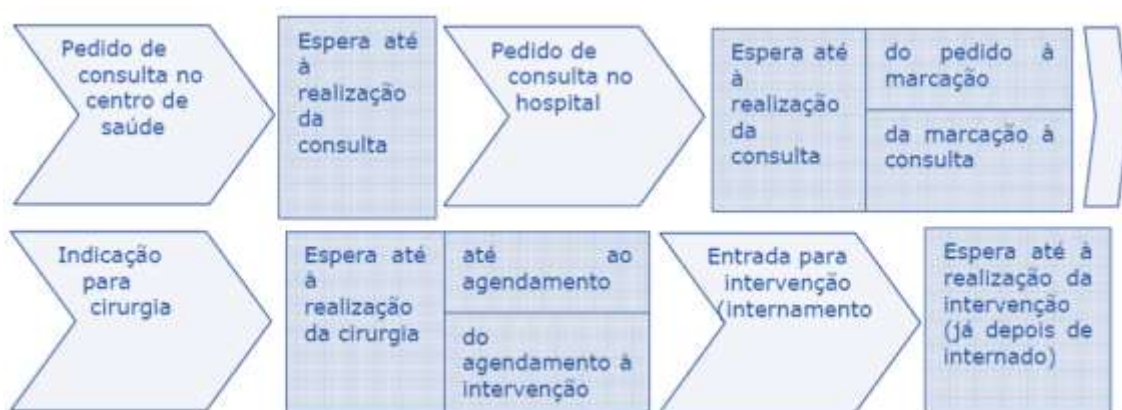
Como forma de tentar mitigar o problema de tempos de espera excessivos do ponto de vista clínico, diversas medidas foram sendo aplicadas nos países da OCDE. Medidas estas, tanto do lado da procura, como normas para priorizar utentes e subsidiação de seguros privados, como do lado da oferta, através do aumento temporário dos serviços oferecidos com financiamento extra, da subcontratação aos setores privado e social, ao pagamento baseado na atividade ou através do melhoramento dos sistemas de gestão de listas de espera. (Cruz et al., 2022; Siciliani et al., 2009, 2013)

Uma medida implementada em Portugal, dado o reconhecimento geral da sua eficácia (Siciliani et al., 2013) é a política de tempos máximos de resposta garantidos, que são uma parte integrante do funcionamento do SIGIC. Este mecanismo pretende assegurar que a prestação de cuidados de saúde é efetuada dentro de um período de tempo previamente definido, considerado clinicamente aceitável, sem que o utente tenha de comprometer a sua condição de saúde, sendo que, quando estes não são cumpridos, o utente tem a possibilidade de ser transferido para outro hospital que os consiga cumprir. Os TMRG para prestações de saúde sem caráter de urgência estão discriminados por patologia e encontram-se definidos na Portaria n.º 153/2017 de 4 de maio.

Antes do utente ser inscrito na LIC, ao longo do seu percurso no SNS também está sujeito a outras esperas, como esquematizado em detalhe na Figura 3. Os diferentes períodos de espera neste percurso consistem: (Siciliani et al., 2013)

1. Inicialmente pela espera até à observação do médico de família;
2. Após esta consulta inicial, pela espera de realização de exames e testes laboratoriais eventualmente requisitados pelo médico;
3. Seguidamente, pela espera da decisão do médico de família de que o tratamento do utente necessita de ser encaminhado para um médico especialista, concretizando o pedido de consulta no hospital;
4. Segue-se o tempo de espera até à realização da consulta com o médico especialista;
5. Quando, por fim, se realiza a consulta com o médico especialista e este adiciona o utente à lista de espera para tratamento cirúrgico, inicia-se novo período de espera até à realização de cirurgia. É este último tempo que releva para a avaliação do cumprimento dos TMRG cirúrgicos na medida em que a Portaria n.º 153/2017, de 4 de maio também estabelece TMRG para o acesso ao médico de família, MCDT, etc., correspondendo assim ao tempo que decorre entre a inscrição em LIC e o recebimento do tratamento.

Figura 3 - Percurso do doente e tempos de espera



Fonte: (Tribunal de Contas, 2007), Auditoria ao Acesso aos Cuidados de Saúde do SNS – SIGIC (Relatório n.º 25/07, 2ª. S)



Ao longo deste percurso, poderão haver mais momentos de espera caso existam consultas, testes de diagnósticos ou procedimentos técnicos adicionais, que vêm depender da necessidade de cada utente. (P. Reis, 2014) É importante referenciar que, caso os utentes não sejam inscritos na LIC na data da consulta em que foi verificada a necessidade de intervenção cirúrgica, os tempos de espera poderão ser subestimados. Assim, caso tal suceda, constitui uma irregularidade, na medida em que, a data de inclusão da proposta assume a data da consulta invariavelmente. (Cruz et al., 2022)

Desta forma, ainda que, quando se referencia tempos de espera para cirurgia, se esteja a considerar o tempo a partir da inscrição na LIC, os tempos de espera a montante deste devem ser reconhecidos pois, embora não sejam contabilizados, contribuem para o tempo de espera total em que o utente procura assistência até que o seu problema esteja resolvido.

### 3.2 – Evolução dos Programas de Gestão de Listas de Espera para Cirurgia em Portugal

Como referido anteriormente, os elevados tempos e longas listas de espera para cirurgia, têm vindo a ser uma problemática constante, com relevância reconhecida nas agendas das políticas de saúde, tanto na OCDE como em Portugal. Assim, ao longo das últimas décadas, foram criadas diversas iniciativas a nível nacional, que sofreram evoluções ao longo do tempo sendo que, atualmente só se encontra uma em vigor, como meio de ajuda ao combate desta adversidade permanente na gestão do acesso aos cuidados de saúde. (Antunes & Ferreira, 2018)

Esta necessidade de criação sucessiva de programas de recuperação de listas de espera, reflete a complexidade de resolução deste problema. A maioria dos programas existentes, baseavam-se nos estímulos para a realização de atividade adicional que gere financiamento para cirurgias adicionais, porém, estes não conseguiram reduzir as listas de espera no longo prazo, pelo contrário, mantiveram-nas e alguns até as aumentaram. O último programa criado, o SIGIC, permite a gestão dos utentes inscritos para cirurgia, de forma a ser possível acompanhar cada momento do percurso clínico do utente. Todos os programas criados, à exceção do SIGIC, tinham em comum a característica de tornar disponível financiamento adicional para realizar mais cirurgias. (P. Barros, 2008)

O início da jornada dos programas de gestão para diminuição de listas e tempos de espera para cirurgia em Portugal, deu-se em meados dos anos noventa, do século passado, dado que se vivia um cenário de grande dificuldade no acesso a cirurgias no SNS, havendo uma ideia generalizada de que existiam grandes listas e tempos de espera que incidiam sobretudo sobre cirurgias eletivas. (A. Reis et al., 2016)

Como forma de solucionar o problema acima referido, dá-se a criação a nível governamental do Programa Específico de Recuperação de Listas de Espera (PERLE), em 1995, querendo diminuir as listas de espera para as cirurgias programadas com maior número de utentes (como os casos das cirurgias para cataratas, à próstata ou às varizes), através do tratamento cirúrgico de doentes no setor privado, sendo que o hospital público onde o utente estava inscrito, responsabilizava-se pelos custos financeiros e pelo serviço prestado. (A. Reis et al., 2016; Siciliani et al., 2013)

Posteriormente a este último e como o mesmo atingiu elevados encargos financeiros, não tendo conseguido alcançar os objetivos para os quais foi criado, em 1999, criou-se outro programa, o Programa de Promoção e Monitorização do Acesso (PPMA). Este queria dar continuidade aos objetivos do anterior, porém, tinha uma linha de financiamento aplicada especificamente para o desenvolvimento de atividades necessárias, por forma a gerar um aumento da produção, maximizando assim o usufruto da capacidade instalada dos hospitais públicos, sem impedimento da realização de cirurgias com recurso ao setor privado. (A. Reis et al., 2016)

Com o problema das longas listas de espera e tempos de espera acima do tempo considerado clinicamente aceitável, ainda presente, foi criado em 2002, o Programa Especial de Combate às Listas de Espera Cirúrgicas (PECLEC), com o objetivo de eliminar em dois anos, a lista de espera para cirurgia. Este programa tinha linhas semelhantes ao anterior e ainda se expandia a um número significativamente maior de patologias e queria maximizar a sua eficiência, através da colaboração também de entidades privadas e sociais prestadoras de cuidados de saúde na realização de cirurgias, reduzindo os custos das mesmas. Foram criadas duas listas de espera, sendo que uma era com os utentes com a data de inscrição anterior ao lançamento do PECLEC e outra com data de inscrição posterior ao lançamento, usando-se a data de 31 de dezembro de 2001 como referência. (A. Reis, 2011; A. Reis et al., 2016)

Dado que o PECLEC não estava a conseguir ir ao encontro com o que prometia, foi redefinido o seu objetivo inicial agora no sentido de fornecer tratamento dentro de dois anos a todos os pacientes registados na lista de espera no final do primeiro semestre de 2002. Esta reformulação levou à quase resolução da totalidade das cirurgias inscritas em 30 de junho de 2002, no entanto não conseguiu alterar a dinâmica latente ao crescimento da lista de espera, pelo que a entrada do número de novos utentes em lista cancelou o progresso verificado até então. (Siciliani et al., 2013)

Todos os programas tiveram um sucesso limitado, na medida em que, inicialmente, houve uma diminuição da lista de espera para cirurgia, porém, no final da sua execução acabou-se por ter mais utentes em lista de espera do que no início da mesma.

### 3.3 – Impacto do SIGIC nas Listas de Espera para Cirurgia

Apesar das tentativas de superar a problemática constante dos longos tempos e listas de espera das cirurgias programadas e não urgentes, esta continuou a ser uma realidade presente, sendo que, em 2004, foi implementado um outro programa, o SIGIC que ainda se encontra em vigor e, contrariamente ao anterior, pretende gerir as listas de espera de forma integrada e continuada, de modo a diminuir o período que decorre entre o momento em que o utente é encaminhado para a cirurgia e a realização da mesma. (Siciliani et al., 2013)

Com o seu modelo de organização inserido no SIGA SNS, apresenta uma nova abordagem, distinta das anteriores e através da nova informação disponibilizada pelo mesmo, passou a ser possível analisar tanto o número de pessoas em lista de espera como o tempo que estas lá permanecem.

Desta forma, o SIGIC tem cinco princípios a seguir:

- “Garantia de tratamento dentro de um período definido de acordo com regras claras;
- Maior compromisso do hospital expresso pela emissão de um certificado de inscrição na LIC;
- Maior envolvimento do utente no reconhecimento dos seus direitos e deveres, formalizado com a assinatura do consentimento para a inscrição na LIC;

- Maior uniformidade do processo, garantindo, através da publicação de um regulamento pessoal, a uniformização do tratamento dos utentes com necessidade de terapêutica cirúrgica;
- Maior controlo e transparência da constituição de unidades de apoio ao SIGIC a três níveis: hospitalar, regional e nacional.” (ACSS, 2011)

O percurso do utente na Lista de Espera para Cirurgia, começa com a inscrição da primeira consulta de especialidade num HO e conseguinte proposta para cirurgia, após consentimento do utente, dando assim início à determinação dos TMRG, publicados em diploma legal na Portaria n.º 153/2017 de 4 de maio (através do SIGLIC) que irão depender consoante a prioridade clínica e patologia do utente.

Decorrido 50% do TMRG, se o HO não tiver tido a possibilidade de efetuar a cirurgia, seja porque não tem os meios adequados para tal ou porque já tem uma lista de espera muito grande, fazendo com que não consiga cumprir os prazos estabelecidos, é dada uma opção ao utente de transferência do episódio ao abrigo de uma NT para um HD do SNS ou HD equiparado (HD com convenção nacional entre o Ministério da Saúde e a União das Misericórdias Portuguesas) que consiga concluir a cirurgia dentro do tempo clinicamente aceitável.

Caso o utente recuse a transferência ao abrigo de uma NT, aos 75% e 100% do TMRG, dependendo da prioridade e patologia do episódio (oncológico ou benigno) não existindo resposta do HO, é emitido um VC (de anotar que atualmente, este fluxo e *timings* de emissão da/o NT/VC estão a ser revistos) com uma lista de hospitais públicos, privados e/ou de setor social disponíveis para efetuar a cirurgia dentro do TMRG. Deste modo, o utente poderá cativar a/o NT/VC caso assim o deseje, tendo sempre a opção de rejeitar a transferência para outra unidade hospitalar e continuar na lista de espera para cirurgia no HO. (ACSS, 2011)

O término da permanência na lista de espera, dá-se aquando da realização da cirurgia no HD ou HO escolhido pelo utente, sendo que este também pode sair da LIC caso ocorra perda de indicação cirúrgica, desistência do utente ou óbito. (ACSS, 2011)

Os tempos médios de espera para cirurgia, apresentaram uma década favorável de decréscimo até 2011, no entanto, deu-se um aumento destes a partir desta data para alguns procedimentos como a cirurgia às cataratas, a artroplastia da anca e do joelho,

principalmente devido às consequências e constrangimentos orçamentais gerados pela crise económica mundial de 2008 que foi agravada pela crise da dívida soberana em 2011 (Quintal et al., 2021), existindo assim condicionantes externas ao SIGIC que também contribuíram para esta evolução adversa.

Desta forma, globalmente, o SIGIC apresenta um impacto positivo nas LIC pois tem uma gestão integrada do processo dos utentes inscritos para cirurgia e de forma continuada e apresenta ao utente a possibilidade de escolha, dentro das opções disponíveis, do hospital onde será intervencionado e garante que estas mesmas intervenções são realizadas dentro dos TMRG. A própria longevidade do programa é um sinal das suas virtudes.

Programa similar ao português é o da Dinamarca, onde também são implementadas políticas de escolha do utente ao nível de prestadores de cuidado de saúde, por forma a assegurar que os tempos máximos de resposta garantidos de tratamento não sejam excedidos. Assim, desde 2002 e de forma semelhante a Portugal, na Dinamarca, os utentes têm garantido um tempo máximo de espera de um médico de clínica geral ou especialista para tratamento, inicialmente definido em dois meses, mas depois reduzido para um mês em 2007. Desta forma, se a região não conseguir assegurar que o tratamento será iniciado dentro de um mês, os utentes têm, até certo ponto, o direito de “escolha livre de hospital”. Tal significa que os utentes podem optar por um hospital privado na Dinamarca ou um hospital público ou privado no exterior, caso o hospital de origem não consiga assegurar o tratamento dentro do tempo máximo estabelecido, sendo que, se o tratamento for prestado fora dos hospitais da própria região, os custos são suportados pela região de origem através de uma tabela de preços de GDH, o que aufere incentivos à região para querer captar os utentes. (Christiansen et al., 2013; OECD, 2020)

Consequentemente, após 2002, os tempos de espera baixaram, com a proporção de utentes a utilizar o setor privado através da “escolha livre” de 2% em 2006 para 5% em 2010, transparecendo em tempos de espera geralmente mais baixos quando comparados com outros países, não obstante a larga definição de tempos de espera. (OECD, 2020)

### 3.4 – Impacto da Pandemia por COVID-19 nas Listas e Tempos de Espera para Cirurgia em Portugal

O ano de 2020 foi marcado pela presença do vírus SARS-CoV-2, tendo a Organização Mundial de Saúde (OMS) declarado a 30 de janeiro desse ano, situação de emergência de saúde pública a nível mundial, que foi agravada a 11 de março para situação de pandemia, consequência do elevado nível de contágio do mesmo. Dadas estas circunstâncias, Portugal entrou em estado de emergência nacional a 18 de março, tendo este durado dois meses, no entanto, com a evolução da pandemia, foi novamente declarado estado de emergência a 6 de novembro de 2020 até 3 de maio de 2021. (Conselho das Finanças Públicas, 2021)

Consequentemente, foram implementadas medidas de contingência para prevenção do contágio do vírus, que estagnaram parte do funcionamento da prestação de cuidados de saúde no SNS. Estas incidiram principalmente na suspensão de atividade hospitalar não urgente, na realocação de recursos físicos e humanos para o tratamento de doentes COVID-19 e em impactos indiretos para tratamento de doentes COVID-19, levando ao aumento dos tempos de espera para cirurgias eletivas. Estes impactos indiretos, resultaram principalmente da proibição de deslocação do cidadão, assim como da implementação de medidas adicionais de prevenção do contágio como o uso de equipamento de proteção individual, prática regular de testes rápidos ou necessidade de prolongamento de isolamento. (Tribunal de Contas, 2020)

Estando presente o efeito da pandemia, em 2020 houve uma quebra, não só ao nível das consultas de cuidados de saúde primários, como uma redução de 20,9% de utentes inscritos na LIC, assim como redução das cirurgias realizadas, tanto programadas (-19,1%), como urgentes (-10,8%), face a 2019. Com a diminuição acentuada das consultas hospitalares presenciais observou-se o consequente aumento da telemedicina desde o início de 2020, tornou-se mais evidente em março, e chegou ao seu pico de 52% em abril do mesmo ano, como verificado no Gráfico 2, face a períodos homólogos no ano anterior. Este aumento veio exercer um efeito de substituição, entre consultas presenciais e remotas esperado tanto para as primeiras consultas como para a triagem de utentes. Não obstante esta forte diminuição na procura para cirurgia, e consequente diminuição de utentes em espera e sujeitos a intervenção cirúrgica,

verificou-se um aumento dos tempos de espera. (Conselho das Finanças Públicas, 2021; Entidade Reguladora de Saúde, 2020; Lourenço et al., 2022)

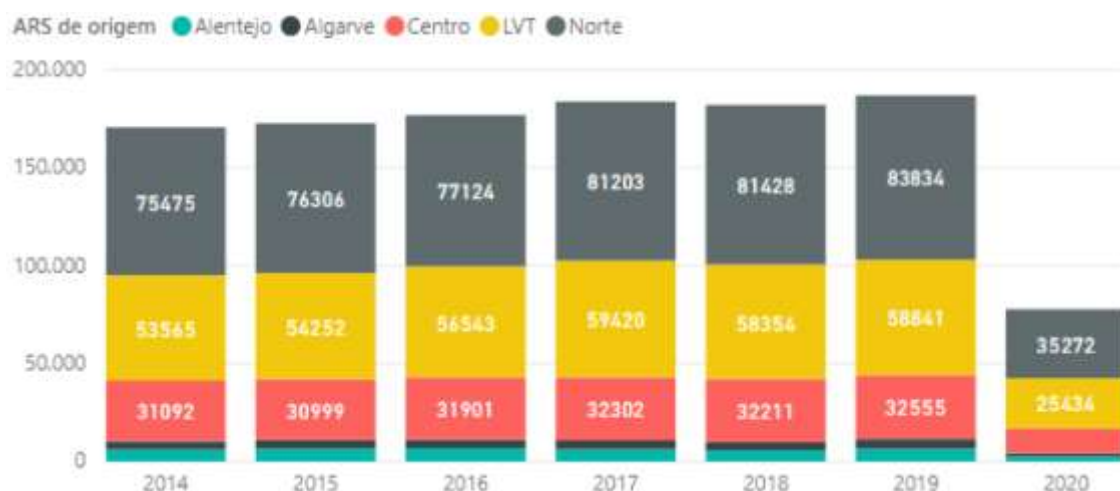
Gráfico 2 - Consultas hospitalares de telemedicina no SNS



Fonte: “Impacto da pandemia COVID-19 no Sistema de Saúde – período de março a junho de 2020”, ERS, retirado de Portal da Transparência, SNS

Relativamente a novas inscrições para cirurgia, nos meses de janeiro e fevereiro de 2020, estas apresentavam valores superiores a nível nacional comparativamente aos mesmos meses nos anos anteriores, no entanto, com a presença da pandemia por COVID-19, o cenário sofreu alterações, como verificado no Gráfico 3. Entre março e maio de 2020, as novas inscrições em LIC representaram apenas 42% das mesmas do período homólogo de 2019. (Tribunal de Contas, 2020)

Gráfico 3- Entradas em LIC nos meses de março a maio de cada ano, por ARS (2014 a 2020)



Fonte: TC (2020) “COVID-19: Impacto na atividade e no acesso ao SNS”, com base nos dados disponibilizados pela ACSS, IP.

Em maio de 2020, com a suspensão da atividade programada, deu-se então, como previsto, uma deterioração do cumprimento dos TMRG, porém, não se observou mudanças exponenciais em relação a anos anteriores de períodos homólogos. O cumprimento do TMRG já se encontrava em agravamento desde, pelo menos, 2014 estando 17.54% do TMRG fora de prazo, continuando este valor a aumentar, alcançando 21.91% em 2019 e 25.25% em 2020. No entanto, tendo em conta as cirurgias de carácter mais urgente, como prioridades 3 (muito prioritário) e 4 (urgência diferida) tanto de doença concológica como não concológica, o cumprimento do TMRG foi superior em maio de 2020 face a anos anteriores. (Tribunal de Contas, 2020)

De acordo com o Conselho Nacional de Saúde (2020), no período de 1 de março a 22 de abril de 2020, o número de mortes de pessoas com idade superior a 65 anos registado em Portugal foi 3 a 5 vezes superior ao explicado pelas mortes associadas à doença por COVID-19, o que se traduz num excesso de mortalidade de 2400 a 4000 mortes. Tal pode ser justificado pelo receio de contaminação por parte dos utentes, evitando estes, deslocações necessárias aos locais prestadores de cuidados de saúde. Tal levou, por exemplo, aos diagnósticos tardios de doenças ou à falta de intervenções para tratamento de cancro, também pode ser explicado pela impossibilidade acesso a estes mesmos cuidados, consequência da implementação de medidas de contingência e pela suspensão e cancelamento de alguns serviços de prestação de saúde como a cirurgia eletiva. (Conselho Nacional de Saúde, 2020; Moynihan et al., 2021)

Como consequência da diminuição da atividade assistencial do SNS, intensificaram-se as necessidades de cuidados de saúde não satisfeitas, que são as diferenças entre os cuidados de saúde julgados ser necessários para resolver os problemas de saúde e os cuidados efetivamente recebidos (tendo estas um maior peso desde março até agosto de 2020). Tem-se que, seis em cada dez cidadãos portugueses com 50 ou mais anos não tiveram os cuidados de saúde que consideravam necessários, equivalente quase ao dobro constatado nos outros países da Europa. (Lourenço et al., 2022)

De forma geral, as medidas implementadas para mitigação, prevenção e tratamento da pandemia por COVID-19 tiveram um impacto negativo na atividade assistencial do SNS em 2020, gerando uma diminuição de novos inscritos em LIC,

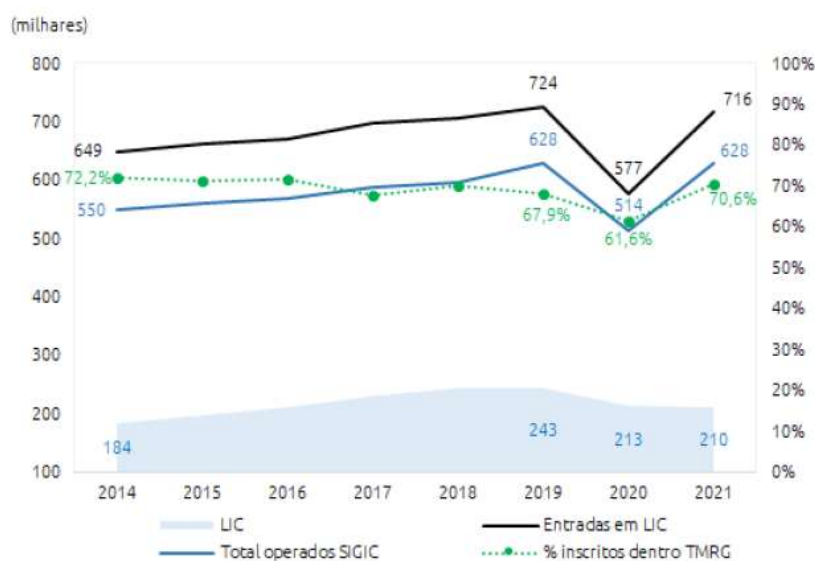


aumentando os tempos de espera para cirurgia, e agravando as necessidades de cuidados de saúde não satisfeitas para certos grupos de indivíduos.

O ano seguinte à pandemia, 2021, ficou assinalado pela continuidade da resposta à pandemia por COVID-19 e pela retoma dos níveis de resposta às outras vertentes da prestação de cuidados de saúde em várias áreas assistenciais do SNS.

Foi retomado o acesso à atividade cirúrgica, tendo vindo a ser atingidos valores pré pandémicos. A entrada de utentes na LIC, foi agora semelhante aos valores de 2019, assim como o volume de utentes operados. Este desenvolvimento positivo, contribuiu para uma melhoria do tempo médio de espera dos operados, para uma ligeira redução da lista de espera e para a subida da percentagem de utentes inscritos em LIC a aguardar dentro dos TMGR (70,6%) como se pode observar no Gráfico 4. (Conselho das Finanças Públicas, 2022)

Gráfico 4 - Acesso programado a cirurgias - Dinâmica da procura e resposta SIGIC



Fonte: CFP (2022) "Evolução do Desempenho do Serviço nacional de Saúde em 2021" retirado de ACSS

Desde 2016 que se assiste a um aumento constante do número de profissionais a trabalhar no SNS, vendo-se um aumento de 30.000 profissionais entre março de 2016 e março de 2022, sendo que a presença da pandemia por COVID-19 obrigou à contratação em grande peso de forma flexibilizada, por forma a responder às novas e sobrecarregadas necessidades que o coronavírus trouxe. Não obstante o aumento em massa de profissionais no SNS, a produtividade do mesmo tem vindo a diminuir,

também desde 2016 até ao momento presente, porém, entre 2019 e 2021, nota-se uma queda mais acentuada, uma vez que, as equipas se centraram no tratamento de doentes COVID-19, adiando ou até cancelando diversas atividades previstas, como as acima mencionadas. (OPSS, 2022)

Conclui-se então que, a pandemia por COVID-19 influenciou negativamente os tempos e listas de espera para cirurgia no ano de 2020, no entanto, em 2021 com a atenuação da mesma, foi possível regressar a valores pré pandemia em algumas linhas de atividade. No entanto, é de ressaltar que a pandemia continua presente a nível global, pelo que se continua a sentir impactos da mesma. Contudo, a pandemia, no seu momento mais prevalente, serviu para expressar as fragilidades, a adaptação, a resiliência e a capacidade de inovação e a confiança nos sistemas de saúde. (OPSS, 2022)

## **4 – Análise Empírica: Prevalência e Fatores de Risco de Tempos de Espera para Cirurgia Superiores a 3 Anos**

### **4.1 – Metodologia e Dados**

Os dados utilizados neste estudo, provêm da LIC da Região Centro, extraídos do SIGLIC pela ARSC, I.P..

Para a análise dos fatores de risco da espera superior a três anos, foram extraídos dados para dois momentos de tempo, 30 de setembro de 2021 (40 983 observações) e 30 novembro de 2022 (42 165 observações). Para analisar a evolução dos casos de grande antiguidade, foram tidos em conta os dados daqueles dois momentos. A escolha da data de extração dos dados foi influenciada, por um lado, pelo critério de obter os dados mais atualizados possíveis, garantindo disponibilidade de tempo suficiente para o seu tratamento e análise e, por outro, evitar o período mais conturbado da pandemia por COVID-19 que, como explicado na secção 3.4, teve forte impacto na atividade assistencial do SNS.

A principal variável de análise (e também variável dependente na regressão logística múltipla), é a variável binária, “Tempo de Espera” (TE) que assume o valor 1 quando o tempo de espera para cirurgia é superior a três anos e assume o valor 0 quando o tempo de espera para cirurgia é igual ou inferior a três anos. As variáveis explicativas quanto à informação do utente são o sexo (feminino ou masculino) e a idade (agrupado em faixas etárias dos 0-25; 26-45; 46-65; 66-85; 86+ anos) e em relação à cirurgia são o nível de prioridade (normal ou prioritária), o tipo de cirurgia (ambulatório ou convencional), o indicador oncológico (se está presente ou não) e a especialidade (Cirurgia Geral, Ortopedia, Oftalmologia e outros). Também como variável independente são considerados os hospitais de origem (tendo em conta os hospitais mais representativos em termos de dimensão da lista de inscritos, representados como HO\_1, HO\_2, HO\_3 e HO\_outros).

Quanto à análise de dados, é fulcral a repartição do número total de utentes em lista de espera para cirurgia em dois grupos, para os dois momentos de estudo (setembro de 2021 e novembro de 2022): um grupo onde os utentes tenham um tempo de espera igual ou inferior a três anos; e o outro grupo onde os utentes estejam em espera para cirurgia há mais de três anos. Assim, é apresentada uma breve exposição do peso

percentual dos utentes em lista de espera para cirurgia há mais e menos de três anos para ambos os momentos e expõe-se a composição das subamostras tanto dos utentes em lista de espera há mais de três anos como também há menos de três anos, para ambos os momentos de análise, tendo em conta as variáveis; sexo, idade, prioridade, tipo de cirurgia, indicador oncológico e especialidade. Na análise por hospital de origem, os resultados são apresentados apenas em termos percentuais. Quanto a esta última análise, será feita uma apresentação das novas entradas de utentes de grande antiguidade em novembro de 2022, assim como da percentagem de utentes em LIC há mais de três anos por HO e por ano de inclusão.

Por fim, e para a traçar o perfil de utente mais sujeito a estar em espera há mais de três anos, foi recorrido à regressão logística múltipla para ambos os momentos (setembro de 2021 e novembro de 2022). A variável dependente é a variável binária TE. Incluiu-se como variáveis explicativas, todas as variáveis disponíveis na base de dados e já descritas acima, nesta secção.

Os resultados são apresentados sob a forma de razão de *chances* (*odds ratio*), ou razão de possibilidades. A razão de *chances* resulta da razão entre a *chance* de um evento ocorrer, que neste caso é o tempo de espera superior a três anos, num determinado grupo, e a *chance* de ocorrer noutra grupo, tomado como categoria de referência. Por outras palavras, a *chance* também se pode interpretar como uma razão entre a probabilidade de sucesso (neste caso, tempo de espera superior a três anos) e a probabilidade de insucesso (tempo de espera inferior ou igual a três anos).

É relevante reforçar que o conceito de *chance* é diferente do de probabilidade, segue um exemplo, baseado em (Quintal et al., 2021) para melhor entendimento. Considerando a variável sexo (tomando como referência o sexo "masculino"), se 75 em 100 indivíduos do sexo masculino estiverem em lista de espera há mais de três anos, então a sua probabilidade de ter um tempo de espera superior a três anos é 0,75 e a probabilidade de ter um tempo de espera igual ou inferior a três anos é 0,25. Por outro lado, a *chance* de ter um tempo de espera superior a três anos entre os homens será de 75 para 25, isto é, 3 ( $=0.75/0.25$ ). Se, no caso das mulheres, 60 em 100 estiverem em lista de espera há mais de três anos, então, a sua probabilidade de estarem em lista de espera há mais de três anos é 0,6 e a probabilidade de estarem em lista de espera há menos de três anos é 0,4. A *chance* de estar em lista de espera há mais de três anos entre

as mulheres será de 1,5 ( $=0.60/0.40$ ). Deste exemplo, resulta uma razão de *chances* de 0,5 ( $=1,5/3$ ). Conclui-se que a *chance* ou possibilidade de estar em lista de espera há mais de três anos entre as mulheres é metade desta *chance* entre os homens (ou, dito de outro modo, a *chance* dos homens esperarem mais de três anos é duas vezes a *chance* das mulheres esperarem mais de três anos). Outro exemplo, tendo em consideração a variável idade e como grupo de referência a faixa etária 0-25 anos. Se a razão de *chances* para a faixa etária 26-45 anos, for, por exemplo, 1,5, então a *chance* ou possibilidade de esperar mais de três anos na faixa etária dos 26-45 anos é 1,5 vezes superior à *chance* de esperar mais de três anos na faixa etária de 0-25 anos.

As análises foram realizadas com o Excel e com o programa SPSS 28.0®. Aquando da elaboração da regressão logística, seguiu-se o método de análise *Enter*. Para avaliar o ajustamento do modelo apresentam-se os resultados do teste *Omnibus*.

## 4.2 – Análise de Resultados

### 4.2.1 - Estatísticas descritivas e análise exploratória de dados

A Tabela 1 apresenta a frequência absoluta e relativa dos utentes inscritos em LIC há mais e menos de três anos, consoante o momento inicial e final do estudo. Deste modo, verifica-se uma evolução favorável quanto ao o número de utentes em lista de grande antiguidade, visto que diminuiu em quase 20% de setembro de 2021 até novembro de 2022. Por outro lado, o mesmo não se verifica com o número de utentes inscritos em LIC há menos de três anos, tendo ocorrido nestes um ligeiro aumento de cerca de 3% dos mesmos. Destas duas ocorrências, resultou um decréscimo de 0,5 pontos percentuais do peso dos utentes em LIC há mais de três anos, no total de utentes à espera para cirurgia.

Tabela 1 - Utentes à espera para cirurgia há menos e há mais de 3 anos em setembro e novembro de 2021 e em julho de 2022

TEMPO DE ESPERA	SETEMBRO 2021		NOVEMBRO 2022	
	N	%	N	%
≤ 3 ANOS	39982	97,6	41363	98,1
> 3 ANOS	1001	2,4	802	1,9
<b>TOTAL</b>	<i>40983</i>	<i>100</i>	<i>42165</i>	<i>100</i>

Fonte: Elaboração própria

Tendo em conta que um tempo de espera superior a três anos é de facto muito longo face aos TMRG definidos pela Portaria n.º 153/2017 de 4 de maio, era expectável que o seu peso no total da LIC fosse baixo. Assim, para se ter melhor perceção do peso destes casos de grande antiguidade no total dos utentes com espera excessiva, de seguida é feita uma análise percentual comparando agora os utentes em espera há mais de três anos face ao total em espera há mais de um ano e há mais de 180 dias. Escolhe-se um ano, uma vez que é também um período longo e já tomado como referência anteriormente pelo Ministério da Saúde (Quintal et al., 2021) e os 180 dias, por corresponder ao TMRG mais elevado (ou seja, é certo que todos estes utentes já ultrapassaram o TMRG definido para o seu caso).

Assim, existiam em espera há mais de um ano, 6 687 e 4 593 utentes a setembro de 2021 e novembro de 2022, respetivamente. Destes utentes, 14,97% encontram-se na LIC de grande antiguidade no início e 17,46% no final do estudo. Percebe-se desta forma que, embora o total de utentes com espera particularmente longa tenha reduzido significativamente, aumentou o peso da lista de grande antiguidade neste grupo.

Por outro lado, tendo agora em consideração os utentes em espera há mais de 180 dias, estes são um total de 12 613 e 11 599 correspondendo a cerca de 31% e 28% da LIC total no início e fim do estudo, respetivamente. Deste universo, 7,94% fazem parte dos utentes em espera há mais de três anos em setembro de 2021 e 6,91% em novembro de 2022. Face a quem ultrapassou o TMRG, o peso da lista de grande antiguidade diminuiu ligeiramente. Em termos absolutos, observa-se um decréscimo de utentes com espera excessiva, sendo a redução relativa mais acentuada nos tempos de

espera superiores a um ano, mas não acompanhada na mesma medida pela redução nos tempos de espera acima de três anos.

De seguida, nas Tabela 2 e Tabela 3 estão representadas as duas subamostras de setembro de 2021 e novembro de 2022, respetivamente, que espelham as frequências das características dos utentes em lista de espera para cirurgia há mais e menos de três anos. Estas características são o sexo, a idade, a prioridade, o tipo de cirurgia, o indicador oncológico e a especialidade cirúrgica.

Observa-se que o sexo feminino é dominante em todas as situações de análise, excetuando nos casos em espera há mais de três anos de setembro de 2021. Dos utentes em espera há mais de três anos, o peso do sexo feminino aumentou em aproximadamente 11% de setembro de 2021 para novembro de 2022. Quanto à idade, as faixas etárias dos 46-65 e 66-85 anos são as que mais peso têm em todos os momentos de análise. Tendo em conta o nível de prioridade, tem-se que a maioria dos utentes em LIC há mais de três anos estão presentes nos níveis normal e prioritários. Como era esperado, não existe nenhum utente com nível de prioridade muito prioritário ou de urgência diferida à espera há mais de três anos.

Em ambos os momentos, o tipo de cirurgia é equilibrado para os utentes em espera há menos de três anos, no entanto, o mesmo não acontece para os utentes em LIC de grande antiguidade. Neste último caso, o tipo de cirurgia convencional predomina em ambos os momentos, sendo o peso deste mais acentuado no momento inicial do estudo, sofrendo de um decréscimo de quase 15% no momento final de estudo. O peso do indicador oncológico é cerca de 4% na amostra total, porém é praticamente nulo na subamostra do tempo de espera superior a três anos, em ambos os momentos.

Por último, observam-se algumas alterações ao longo do tempo quanto às especialidades cirúrgicas. Tanto em setembro de 2021, como em novembro de 2022, as especialidades de oftalmologia e ortopedia eram as especialidades com mais peso nos utentes em espera há menos de três anos, no entanto, nos utentes em espera há mais de três anos, a ortopedia e a cirurgia geral são as especialidades com mais peso nestes utentes de grande antiguidade.

Tabela 2 - Caracterização da subamostra dos utentes à espera para cirurgia há mais e há menos de 3 anos a setembro de 2021

	TEMPO DE ESPERA (Setembro de 2021)			
	≤ 3 anos		> 3 anos	
	N	%	N	%
<b>Sexo</b>				
Feminino	22104	55,28	473	47,25
Masculino	17878	44,72	528	52,75
<b>Idade</b>				
0-25	4044	10,11	82	8,19
26-45	5246	13,12	127	12,69
46-65	12337	30,86	350	34,97
66-85	16787	41,99	417	41,66
86+	1568	3,92	25	2,50
<b>Prioridade</b>				
Normal	35943	89,90	987	98,60
Prioritário	3923	9,81	14	1,40
Muito prioritário	82	0,21	0	0,00
Urgência	34	0,09	0	0,00
Diferida				
<b>Tipo de Cirurgia</b>				
Ambulatório	22394	56,01	75	7,49
Convencional	17588	43,99	926	92,51
<b>Indicador Oncológico</b>				
Sim	1545	3,86	1	0,10
Não	38437	96,14	1000	99,90
<b>Especialidade</b>				
Cirurgia Geral	5899	14,75	124	12,39
Oftalmologia	10979	27,46	64	6,39
Ortopedia	10131	25,34	307	30,67
Outros	12973	32,45	506	50,55
<b>TOTAL</b>	<b>39982</b>	<b>100</b>	<b>1001</b>	<b>100</b>

Fonte: Elaboração própria

Tabela 3 - Caracterização da subamostra dos utentes à espera para cirurgia há mais e há menos de 3 anos a novembro de 2022

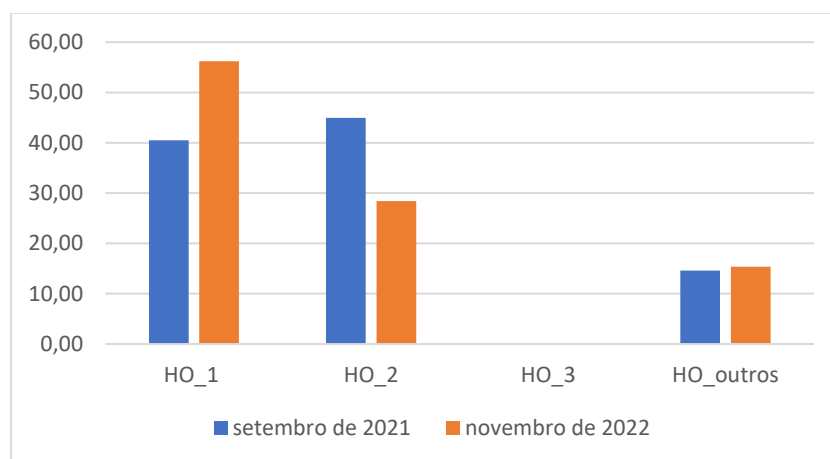
	TEMPO DE ESPERA (Novembro de 2022)			
	≤ 3 anos		> 3 anos	
	N	%	N	%
<b>Sexo</b>				
Feminino	22828	55,19	419	52,24
Masculino	18535	44,81	383	47,76
<b>Idade</b>				
0-25	4433	10,72	32	3,99
26-45	5388	13,03	92	11,47
46-65	13234	31,99	279	34,79
66-85	16786	40,58	351	43,77
86+	1522	3,68	48	5,99
<b>Prioridade</b>				
Normal	37533	90,74	782	97,51
Prioritário	3662	8,85	20	2,49
Muito prioritário	153	0,37	0	0,00
Urgência	15	0,04	0	0,00
Diferida				
<b>Tipo de Cirurgia</b>				
Ambulatório	23505	56,83	169	21,07
Convencional	17858	43,17	633	78,93
<b>Indicador Oncológico</b>				
Sim	1868	4,52	0	0,00
Não	39495	95,48	802	100,00
<b>Especialidade</b>				
Cirurgia Geral	15252	36,87	213	26,56
Oftalmologia	6157	14,89	32	3,99
Ortopedia	10400	25,14	151	18,83
Outros	9554	23,10	406	50,62
<b>TOTAL</b>	<b>41363</b>	<b>100</b>	<b>802</b>	<b>100</b>

Fonte: Elaboração própria

O Gráfico 5, apresenta a percentagem de utentes em espera para cirurgia há mais de três anos por HO nos dois momentos de análise. Deste modo, observa-se um aumento do peso de utentes em lista de espera há mais de três anos no HO\_1 de setembro de 2021 para novembro de 2022 e o oposto no HO\_2, i.e., um decréscimo na percentagem de utentes de grande antiguidade comparando o momento inicial com o momento final do estudo. Os outros HO têm uma distribuição equilibrada destes utentes em ambos os momentos. É de realçar que o HO\_3 não tem qualquer utente à espera para cirurgia há mais de três anos.



Gráfico 5 - Peso de utentes em LIC há mais de 3 anos no total de utentes em LIC por HO em setembro de 2021 e novembro de 2022



Fonte: Elaboração própria

Continuando a análise do número de utentes em lista de espera há mais de três anos por HO, é inserida agora a nova variável de ano de inclusão, assim como novas entradas no momento final do estudo.

Deste modo, a Tabela 4 discrimina o número de utentes em lista de espera há mais de três anos, tendo em conta o ano de inclusão nas mesmas, isto é, o ano de entrada e o HO. À data de setembro de 2021, encontravam-se em LIC há mais de três anos, 1001 utentes distribuídos por vários HO. O HO\_2 possui maior percentagem de casos de grande antiguidade, rondando os 45% dos utentes, já o HO\_1 tem em LIC cerca de 41% dos mesmos. Ficando, assim, os restantes distribuídos pelos outros HO.

Conforme análise e como esperado, os casos em LIC de grande antiguidade, diminuem consoante o tempo. Isto é, dentro da amostra, pode-se ver que, quanto mais antigo é o ano de inclusão, menos casos em LIC existem. A lista de grande antiguidade é constituída maioritariamente por utentes à espera entre três a quatro anos. Ainda assim, regista-se uma proporção nada negligenciável de utentes à espera entre três e quatro anos. A partir daí, o fenómeno é mais marginal, mostrando, assim, que os hospitais priorizam o tratamento dos casos mais antigos. Deve notar-se, contudo, que os dados disponíveis não permitem aferir o motivo de saída da LIC. Não se podem excluir alguns casos, por exemplo, de desistência ou por óbito.

Tabela 4 - Utentes em espera há mais de 3 anos por HO e ano de inclusão a setembro de 2021

<b>Ano de inclusão</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>Total Geral</b>
<b>Hospital Origem</b>						
HO_1		1	23	110	271	405
HO_2	14	22	46	123	245	450
HO_outros				37	109	146
<b>Total Geral</b>	<b>14</b>	<b>23</b>	<b>69</b>	<b>270</b>	<b>625</b>	<b>1001</b>

Fonte: Elaboração própria

A Tabela 5 contabiliza o número de utentes que estava em lista de grande antiguidade em setembro de 2021 e continua na mesma a novembro de 2022. Isto é, dos 1001 utentes em LIC há mais de três anos existentes em setembro de 2021, apenas 101 continuam na mesma em novembro de 2022 (saíram, portanto, 900 utentes desta lista).

Constata-se que a maioria dos casos de grande antiguidade (identificados em setembro de 2021) continua concentrada no HO\_2 com cerca de 64% dos 101 utentes, o HO\_1 com perto de 31%, ficando os restantes nos outros HO.

Em última análise, percebe-se que os casos em LIC há mais de três anos têm vindo a ser resolvidos pelos respetivos HO.

Tabela 5 - Utentes que continuam em espera há mais de 3 anos por HO e ano de inclusão a novembro de 2022 do grupo de setembro de 2021

<b>Ano de inclusão</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>Total Geral</b>
<b>Hospital Origem</b>						
HO_1				2	29	31
HO_2		1	4	11	49	65
HO_outros					5	5
<b>Total Geral</b>		<b>1</b>	<b>4</b>	<b>13</b>	<b>83</b>	<b>101</b>

Fonte: Elaboração própria

Analisando a Tabela 6 das entradas em novembro de 2022, houve um total de 688 novos utentes inscritos que passaram a integrar a lista de espera para cirurgia há mais de três anos, contabilizando-se 412, 161 e 115 do HO\_1, HO\_2 e outros HO respetivamente.

*Tabela 6 - Novas entradas de utentes em espera há mais de 3 anos a novembro de 2022 por HO*

<b>Hospital Origem</b>	<b>de Novas entradas</b>
HO_1	412
HO_2	161
HO_outros	115
<b>Total Geral</b>	<b>688</b>

*Fonte: Elaboração própria*

Conclui-se que, globalmente, ocorreu uma evolução favorável entre setembro de 2021 e novembro de 2022, com a saída de 900 utentes da lista de grande antiguidade e a entrada de 688 utentes nesta lista, resultando num saldo negativo de 212 utentes. Todavia, o padrão variou entre hospitais já que foi sobretudo o HO\_2 que contribuiu para este saldo negativo (com uma redução em termos líquidos de 244 utentes). No HO\_1 efetivamente o saldo foi de aumento de 38 utentes (saíram 374 e entraram 412).

#### 4.2.2. – Análise da associação entre fatores de risco e tempo de espera superiores a três anos

A Tabela 7 expõe os resultados, dados em forma de *chances*, da regressão logística, por forma a perceber qual o perfil de utente mais propício a esperar mais de três anos por cirurgia. As primeiras colunas de setembro de 2021 e novembro de 2022 correspondem aos resultados da Razão de *Chances* (RC) e a segunda coluna corresponde ao Intervalo de Confiança. As categorias sobrescritas com “a” são as categorias de referência. Tendo em conta os resultados da análise exploratória, na análise de regressão excluíram-se as categorias com 0% de utentes em lista de grande antiguidade sob pena de desvirtuarem, e tornarem menos informativos, os resultados.

Deste modo, na análise de regressão excluíram-se as categorias “Muito prioritário” e “Urgência diferida” na variável “Prioridade”, “HO\_3” na variável “Hospital de Origem” e a variável “Indicador oncológico”.

Foi efetuado o teste de *Omnibus* para testar o ajustamento do modelo que sugere que este é estatisticamente significativo, comparando com o modelo-base apenas com a constante. Deste, resultou valores do Qui-quadrado de 1471,486 ( $p < 0.001$ ) e 863,61 ( $p < 0,001$ ) para os momentos inicial e final de estudo, respetivamente.

Tabela 7 - Resultados da regressão logística múltipla da associação entre fatores de risco e tempo de espera para cirurgia há mais de 3 anos

	RC	IC-95%	RC	IC-95%
<b>Sexo</b>				
Feminino	0,715***	0,621-0,822	0,809**	0,701-0,933
Masculino <sup>a</sup>				
<b>Idade</b>				
0-25	0,322***	0,191-0,544	0,149***	0,092-0,239
26-45	0,501**	0,31-0,809	0,363***	0,248-0,532
46-65	0,594**	0,379-0,931	0,386***	0,276-0,541
66-85	0,672*	0,431-1,046	0,372***	0,269-0,516
86+ <sup>a</sup>				
<b>Prioridade</b>				
Normal	6,544***	3,827-11,19	3,015***	1,918-4,739
Prioritário <sup>a</sup>				
<b>Tipo de Cirurgia</b>				
Ambulatório	0,092***	0,071-0,119	0,161***	0,129-0,2
Convencional <sup>a</sup>				
<b>Especialidade</b>				
Cirurgia Geral	0,656***	0,524-0,821	0,378***	0,259-0,553
Oftalmologia	0,588***	0,437-0,789	2,606***	1,997-3,402
Ortopedia	0,643***	0,543-0,761	2,138***	1,786-2,558
Outros <sup>a</sup>				
<b>Hospital de Origem</b>				
HO_1	10,747***	6,897-16,745	2,426***	1,972-2,983
HO_2	24,627***	15,858-38,245	3,215***	2,568-4,023
HO_Outros <sup>a</sup>				

Nota: \*  $p\text{-value} < 0,1$ ; \*\*  $p\text{-value} < 0,05$ ; \*\*\*  $p\text{-value} < 0,01$

Fonte: Elaboração própria

Pela análise dos resultados da regressão logística, constata-se que a *chance* de esperar mais de três anos é mais baixa no sexo feminino. No entanto, a diferença entre homens e mulheres esbateu-se um pouco entre os dois momentos analisados, com a

*chance* das mulheres esperarem mais de três anos inferior em cerca de 30% face à dos homens, em 2021, e em cerca de 20%, em 2022. Quanto à idade dos utentes, tem-se que a *chance* de esperar mais de três anos é mais baixa em todas as faixas etárias quando em comparação com utentes de idade superior a 85 anos. Este efeito foi reforçado entre 2021 e 2022, pois, como se constata pela Tabela 7, o valor da RC diminuiu fortemente em todas as faixas etárias. No nível prioritário, a *chance* de ter uma espera de grande antiguidade é muito maior (entre cerca de 3 e 6,5 vezes maior) quando em cirurgia normal comparada com prioritária. Este resultado é compreensível, em todo o caso, a diferença entre estas duas situações estreitou-se entre 2021 e 2022. De facto, a discriminação pelo nível de prioridade quase perde sentido quando estamos a falar de tempos de espera superiores a três anos. No tipo de cirurgia, este comportamento exponencial também se repete, sendo a *chance* de esperar mais de três anos cerca de 11 (seis) vezes maior em setembro de 2021 (novembro de 2022), em cirurgia convencional comparada com ambulatório. Também nesta variável se observa o estreitamento das diferenças, não obstante continuar muito significativa,

Quanto à especialidade os resultados sugerem importantes alterações. Em setembro de 2021, a *chance* de esperar mais de três anos era inferior em todas as especialidades evidenciadas na Tabela 7, por comparação com outras. Este resultado mantém-se e é mesmo reforçado em 2022 para o caso da cirurgia geral, mas altera-se radicalmente para Oftalmologia e Ortopedia. Estas especialidades passam a apresentar o dobro da *chance* de esperar mais de três anos em comparação com outras especialidades.

Por fim, em setembro de 2021, as *chances* de esperar mais de três anos eram cerca de 24 e 10 vezes maiores no HO\_2 e HO\_1, respetivamente, quando comparados com os outros HO. A novembro de 2022, embora a RC para estes hospitais continue superior à unidade, os valores reduziram drasticamente. A *chance* de esperar mais de três anos continua a ser maior no HO\_2, seguida do HO\_1 (quando comparado com os outros HO), no entanto, enquanto em 2021, a RC no HO\_2 era mais do dobro da RC do HO\_1, em 2022 a RC do HO\_2 não chega a ser 1,5 vezes a RC do HO\_1. Como nota final sobre a Tabela 7, todos os coeficientes são estatisticamente significativos, sugerindo que existem características distintas entre quem espera para cirurgia mais ou menos de três anos.

## **5 – Análise Crítica do Estágio**

A minha opção por estágio curricular para terminar o meu percurso do 2º ciclo de estudos, prendeu-se com a necessidade que senti de uma componente mais prática e de aproximação ao mundo laboral. Desta forma, tive a oportunidade de adquirir algumas competências e conhecimentos específicos da URGA e obtive um contacto direto da realidade do mercado de trabalho antes de entrar nele.

Inicialmente, antes de começar a praticar as tarefas realizadas descritas no capítulo 2.2, foi-me entregue um conjunto de legislações, artigos e outros tipos de documentos, para estudo, por forma a conseguir inteirar-me com a área de atuação tanto das ARS como da URGA, do SIGIC e do respetivo programa de apoio SIGLIC, programa que utilizei para realizar as referidas tarefas durante o estágio.

Após a preparação acima referida, passei, naturalmente, por um período de adaptação, uma vez que foi o meu primeiro contacto com gestão de acesso aos cuidados de saúde. As minhas tarefas centravam-se na validação de faturas, o que implicou a aprendizagem de manuseamento de um programa onde se efetuava a faturação, que até então me era desconhecido, assim como todas as componentes e nomenclaturas cirúrgicas que lhes eram associadas.

Senti então, a princípio alguma dificuldade na interpretação nos códigos GDH, uma vez que era necessário algum conhecimento relativo ao tipo de cirurgia associado, assim como os respetivos diagnósticos e procedimentos. Com o passar do tempo, os termos cirúrgicos utilizados começaram a ser mais familiares e, como tinha apoio constante, ia expondo dúvidas à medida que me iam aparecendo, o processo de aprendizagem foi fluido.

Reconheço, portanto, que o período de duração de estágio, foi satisfatório para que conseguisse inteirar-me do processo de validação de faturas e para que soubesse como e onde procurar ajuda para responder a dúvidas que iam aparecendo, no entanto não foi, como de esperar, suficiente para manusear de forma completamente autónoma o processo, uma vez que neste são englobados inúmeros conhecimentos que vão sendo adquiridos com o tempo, estudo na área, prática e com o aparecimento de casos irregulares que promovam o progresso de resolução de problemas.

Assim, foi possível aplicar competências adquiridas ao longo do 1º e 2º ciclo de estudos, tanto ao nível de gestão de prioridades, uma vez que tinha de conciliar o volume de validação de episódios que me iam sendo atribuídos com a minha capacidade de os solucionar dentro das datas definidas, trabalho de equipa, assim como ao nível prático, em particular, para o desenvolvimento do processo metodológico do estudo desenvolvido e para a análise dos resultados obtidos.

Enfatizo que o estágio curricular foi uma mais valia para mim, pelas razões suprarreferidas, bem como conhecimento sobre o funcionamento do sistema de saúde português, com especial destaque à problemática das longas listas de espera para cirurgia, uma área pouco aprofundada por mim, mas pela qual desenvolvi bastante interesse conforme mais a estudava. Também entendo que a minha permanência na entidade tenha sido uma vantagem para a mesma pois pude ajudar a suavizar o volume de trabalho de outros funcionários.

## 6 – Conclusão

Através deste relatório, pretendeu-se descrever as atividades desempenhadas durante o período de vigência do estágio inserido na URGA da ARSC. Enquanto que o desenvolvimento prático baseou-se maioritariamente no processo de validação de episódios, foi possível entender que o trabalho desenvolvido na Unidade ultrapassa esta tarefa. Adicionalmente a esta última, existe também todo um trabalho de resolução de dúvidas tanto por parte dos utentes como dos hospitais, assim como análises contínuas sobre os desempenhos das diversas entidades sobre a responsabilidade de acompanhamento da URGA.

Também no contexto do estágio realizado, no presente relatório é analisado o perfil dos utentes em LIC há mais de três anos, evidencia-se a existência de características distintas entre utentes que estão em espera para cirurgia mais ou menos de três anos.

Embora já relativamente residuais, esta problemática ainda está presente no Serviço Nacional de Saúde português e por isso, é preciso perceber que políticas implementar de forma a extingui-los. Também é preciso entender que esta extinção não é impossível, tomando o caso do HO\_3, um dos três maiores hospitais da Região Centro que não tem nenhum utente em espera há mais de três anos até à data de fim de estudo.

De acordo com os resultados da regressão logística, quanto ao perfil do utente, nota-se que a *chance* de esperar mais de três anos é maior nos utentes mais velhos, com cirurgias com prioridade normal e do tipo convencional. Complementarmente, tendo em conta a análise por hospital de origem, percebe-se as *chances* de esperar mais de três anos é maior no HO\_2 seguida do HO\_1, porém este resultado esbateu-se drasticamente no momento final da análise.

A existência de utentes à espera para cirurgia há mais de três anos é uma temática muito específica pelo que, para perceber se estes casos são problemáticos ou se estão a ser devidamente tratados, o que não é possível concluir com esta análise, é necessário um acompanhamento mais detalhado nomeadamente por Hospitais de Origem que é feito por parte da URGA. Porém, pelos dados do presente relatório, entende-se que os casos em espera há mais de três anos apresentam tendência de decréscimo acentuado.



## Bibliografia

ACSS. (2011). MGIC 2011 - Volume I - Princípios Gerais. <https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/12/UCGIC-AF-20110511-Vol-I-Principios-Gerais.pdf> (Acedido em 5 de novembro de 2022)

Antunes, P., & Ferreira, P. L. (2018). Gestão Integrada do Acesso. In M. C. Andando (Ed.), Relatório Primavera 2018 (pp. 153–158).

ARSC. (2018). Plano de Atividades 2018.

Barros, P. (2008). As listas de espera para intervenção cirúrgica em Portugal. Instituto Português de Relações Internacionais e Segurança, 1–7.

Barros, P. P. (2013). Economia da saúde (S. A. Edições Almedina (ed.); 3rd ed.). Leya.

Christiansen, T., Bech, M., COHERE, Research, C. of H. E., Economics, D. of B. and, & Denmark, U. os S. (2013). Denmark. In *Waiting Time Policies in the Health Sector What Works?: What Works?* (pp. 115–131). Oecd Publishing.

Conselho das Finanças Públicas. (2021). Evolução do Desempenho do Serviço Nacional de Saúde em 2020. <https://www.cfp.pt/pt/publicacoes/sectores-das-administracoes-publicas/evolucao-do-desempenho-do-servico-nacional-de-saude-em-2020> (Acedido em 18 de novembro de 2022)

Conselho das Finanças Públicas. (2022). Evolução do Desempenho do Serviço Nacional de Saúde em 2021. <https://www.cfp.pt/pt/publicacoes/sectores-das-administracoes-publicas/evolucao-do-desempenho-do-servico-nacional-de-saude-em-2021> (Acedido em 8 de dezembro de 2022)

Conselho Nacional de Saúde. (2020). Portugal e a resposta à COVID-19: A posição do Conselho Nacional de Saúde e o contributo das entidades que o constituem. <https://doi.org/10.1787/9789264208445-graph36-en>.

Cruz, S., Quintal, C., & Antunes, P. (2022). Fatores de Risco Associados à Recusa de Notas de Transferência e Vales Cirurgia: O Caso da Região Centro em Portugal. *Acta Médica Portuguesa*, 35, 201–208. <https://doi.org/https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/15357> (Acedido em 15 de dezembro de 2022)

Entidade Reguladora de Saúde. (2020). INFORMAÇÃO DE MONITORIZAÇÃO Impacto da pandemia COVID-19 no Sistema de Saúde - período de março a junho de 2020. <https://www.ers.pt/media/3487/im-impacto-covid-19.pdf> (Acedido em 18 de novembro de 2022)

Lourenço, Ó., Quintal, C., Moura-Ramos, L., & Antunes, M. (2022). The Impact of the COVID-19 Pandemic on the Unmet Healthcare Needs in People Aged Over 50 in Portugal. *Acta Medica Portuguesa*, 35(13), 416–424. <https://doi.org/10.20344/AMP.15970>

Moynihan, R., Sanders, S., Michaleff, Z. A., Scott, A. M., Clark, J., To, E. J., Jones, M., Kitchener, E., Fox, M., & Johansson, M. (2021). Impact of COVID-19 pandemic on utilisation of healthcare services: a systematic review. *BMJ Open*, 11(3), e045343.

OECD. (2020). *Waiting Times for Health Services: Next in Line*. OECD Publishing. <https://doi.org/https://doi.org/https://doi.org/10.1787/242e3c8c-en>

OPSS. (2007). *Luzes e Sombras: A Governança da Saúde. Relatório de Primavera*, 226. [http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/RelatorioPrimavera2007\\_OPSS.pdf](http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/RelatorioPrimavera2007_OPSS.pdf) (Acedido em 20 de dezembro de 2022)

OPSS. (2022). *E AGORA? Relatório da primavera 2022*. <https://www.opssaude.pt/wp-content/uploads/2022/06/RELATORIOPRIMAVERA-2022.pdf> (Acedido em 20 de dezembro de 2022)

Quintal, C., Antunes, P., & Cruz, A. (2021). Os tempos de espera para cirurgia superiores a 12 meses na região Centro: evolução e perfil dos utentes antes e durante a pandemia por COVID-19. *Cadernos de Saúde*, 13(2), 48–55. <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2021.10093>

Reis, A. (2011). *As listas de espera para cirurgia nos últimos dez anos: Portugal e o SIGIC [Dissertação de Mestrado em Economia Industrial]*. Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra.

Reis, A., Reis, C., Morgado, L., Borges, J., Tavares, F., Gonçalves, R., Guedes, M., & Cruz, J. (2016). *Gestão de listas de espera para cirurgia na rede hospitalar pública*

portuguesa O sistema de informação dos programas de recuperação de listas de espera.  
8. <https://doi.org/10.1109/CISTI.2016.7521612>

Reis, P. (2014). Tempos de espera cirúrgicos: situação em Portugal e determinantes. In Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa.

Siciliani, L., Borowitz, M., & Moran, V. (2013). Waiting Time Policies in the Health Sector: What Works? In OECD Health Policy Studies (pp. 1–328). OECD. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264179080-en>

Siciliani, L., Stanciole, A., & Jacobs, R. (2009). Do waiting times reduce hospital costs? *Journal of Health Economics*, 28(4), 771–780.

Tribunal de Contas. (2020). COVID-19: Impacto na atividade e no acesso ao SNS. <https://www.tcontas.pt/pt-pt/ProdutosTC/Relatorios/relatorios-oac/Documents/2020/relatorio-oac-2020-05.pdf> (Acedido em 15 de novembro de 2022)

## Legislação

Decreto-Lei n.º 254/82 de 29 de junho do Ministério dos Assuntos Sociais. Diário da República: I série, n.º 147/1982. <https://files.dre.pt/1s/1982/06/14700/18971900.pdf>

Decreto-Lei n.º 22/2012 de 30 de janeiro do Ministério da Saúde. Diário da República: I série, n.º 21/2012. <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/22-2012-543922>

Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de fevereiro do Ministério da Saúde. Diário da República: I série, n.º 38/2008. <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/28-2008-247675>

Despacho n.º 24110/2004 de 23 de novembro do Ministério da Saúde. Diário da República: II série, n.º 275/2004. <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/24110-2004-3246213>

Linha Direta n.º 004/2019 de 3 de abril.

Portaria n.º 214/2013 de 27 junho do Ministério das Finanças e da Saúde. Diário da República: I série, n.º 122/2013. <https://dre.pt/dre/detalhe/portaria/214-2013-497381?ts=1650585600034>

Portaria n.º 147/2017 de 27 de abril do Ministério da Saúde. Diário da República: I série, n.º 82/2017. <https://dre.pt/dre/detalhe/portaria/147-2017-106938486>

Portaria n.º 45/2008 de 15 de janeiro do Ministério da Saúde. Diário da República: I série, n.º 10/2008. <https://dre.pt/dre/detalhe/portaria/45-2008-248272>

Portaria n.º 254/2018 de 7 de setembro do Ministério da Saúde. Diário da República: I série, n.º 173/2018. <https://dre.pt/dre/detalhe/portaria/254-2018-116353279>

Portaria n.º 207/2017 de 11 de julho do Ministério da Saúde. Diário da República: I série, n.º 132/2017. <https://dre.pt/dre/detalhe/portaria/207-2017-107669157>

Portaria n.º 153/2017 de 4 de maio do Ministério da Saúde. Diário da República: I série, n.º 86/2017. <https://dre.pt/dre/detalhe/portaria/153-2017-106970981>