



**Escola Nacional
de Saúde Pública**

UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA

A importância do acesso atempado: associação entre o acesso a consultas e cirurgias e a atividade de internamento hospitalar em Portugal

L Curso de Especialização em Administração Hospitalar

Belisa de Jesus Reis Albertino

Outubro 2022



**Escola Nacional
de Saúde Pública**

UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA

A importância do acesso atempado: associação entre o acesso a consultas e cirurgias e a atividade de internamento hospitalar em Portugal

Trabalho de Campo apresentado para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Especialista em Administração Hospitalar realizado sob a orientação científica da Professora Doutora Joana Alves

Outubro 2022

Agradecimentos

A humildade de saber quem somos e reconhecer que podemos sempre melhorar enquanto pessoas e profissionais, traçando objetivos que proporcionem essa melhoria, será sempre uma qualidade. Mas reconhecer quem nos acompanhou, apoiou e ensinou é, sem dúvida, uma virtude.

As palavras serão sempre insuficientes para poder agradecer a todos os que permitiram realizar este percurso.

Não posso deixar de agradecer em primeiro à minha família que me apoiou desde o momento em que decidi iniciar este projeto.

A seguir, à ENSP e ao Juri de concurso ao CEAH que, acreditaram no meu perfil e motivação possibilitando a oportunidade de realizar este percurso.

Um agradecimento especial, à Prof Dra Joana Alves pela sua orientação, disponibilidade, e dicas valiosas.

A toda a turma do L CEAH, pelo espírito de entreajuda existente, sem o qual, perante as dificuldades acrescidas pela pandemia, teria sido muito complicado e moroso este percurso.

À Leonor, pelo carinho, apoio e motivação.

E por fim, mas os mais importantes agradecimentos:

Ao Miguel, pelo apoio, motivação e compreensão principalmente nos momentos mais difíceis.

E um agradecimento muito especial ao Henrique, pelo seu amor incondicional. E um pedido de desculpa por todos os momentos em que não te permiti mostrar-me o teu crescimento e desenvolvimento para que este trabalho fosse uma realidade.

Resumo

INTRODUÇÃO: Tempos e listas de espera têm merecido especial atenção por parte de cidadãos e políticos. Longos tempos de espera podem implicar resultados negativos pelo impacto na saúde, pelo risco de ocorrência de eventos adversos, por exemplo, e por questões de natureza económica. Esta realidade pode, ainda, transformar situações reversíveis/curáveis em irreversíveis, potenciar incapacidades permanentes ou, no limite, pôr em causa a vida dos doentes. Uma resposta atempada às necessidades de saúde, bem como, a continuidade de cuidados tem-se revelado uma característica chave dos sistemas de saúde fortes, demonstrando ter efeitos na saúde dos cidadãos associada à redução de taxas de mortalidade, taxas de internamento e reinternamento e redução dos custos com cuidados de saúde.

METODOLOGIA: Trata-se de um estudo quantitativo classificado como observacional, retrospectivo, transversal e ecológico, com dados referentes ao período de 2017 e 2018, que tem por objetivo analisar a associação entre as primeiras consultas em tempo adequado e inscritos em Lista de Inscritos em Cirurgia (LIC) dentro do Tempo Máximo de Resposta Garantida (TMRG), ao nível das instituições hospitalares do SNS, na atividade de internamento de agudos adultos em Portugal Continental. Os dados da produtividade de cada instituição foram obtidos através da BDMH e do Portal da Transparência do SNS e serão analisados em 3 etapas: Análise Descritiva Univariável, Análise de Correlação e Análise Multivariável (regressão linear simples).

RESULTADOS: No período em análise, a proporção de primeiras consultas em tempo adequado era de cerca de 75%, enquanto que a proporção de inscritos em LIC dentro do TMRG era de 87%. No departamento médico foi possível constatar associação inversa, embora fraca, entre a resposta a pedidos de 1ª consultas e o número de internamentos. Já no departamento cirúrgico, a associação entre pedidos de inscritos em LIC e a DM é mais evidente, com uma correlação de cerca de 54%. Os resultados para a regressão linear demonstraram que a demora média era menor nos centros hospitalares que tinham mais inscritos em LIC dentro TMRG ($\beta=-0.443$, $p<0.001$).

CONCLUSÃO: Do ponto de vista da Administração Hospitalar, ficaram evidentes vários aspetos que poderão contribuir para a melhoria de desempenho de diversas instituições, sugerindo-se uma partilha de conhecimento e modelos de organização de meios e recursos das instituições que revelaram melhores resultados para com as restantes.

PALAVRAS-CHAVE: Avoidable Hospitalization, Healthcare appointments access, Healthcare access barriers

Abstrat

INTRODUCTION: Times and waiting lists have received special attention from citizens and politicians. Long waiting times can imply negative results due to the impact on health, the risk of adverse events, for example, and economic reasons. This reality can also transform reversible/curable situations into irreversible ones, potentiate permanent disabilities or, at the limit, jeopardize the lives of patients. A timely response to health needs, as well as continuity of care, has proved to be a key feature of strong health systems, demonstrating to have effects on the health of citizens associated with reduced mortality rates, hospitalization and readmission rates and reduced of health care costs.

METHODOLOGY: This is a quantitative study classified as observational, retrospective, cross-sectional and ecological, with data for the period 2017 and 2018, which aims to analyze the association between the first consultations in an adequate time and enrolled in the Surgery Enrollment List (SEL) within the Maximum Guaranteed Response Time (MGRT), at the level of NHS hospitals, in the activity of inpatient acute care adults in mainland Portugal. The productivity data of each institution were obtained through BDMH and the SNS Transparency Portal and will be analyzed in 3 stages: Univariate Descriptive Analysis, Correlation Analysis and Multivariable Analysis (simple linear regression).

RESULTS: In the period under review, the proportion of timely first consultations was around 75%, while the proportion of SEL enrollees within the MGRT was 87%. In the medical department, it was possible to observe an inverse, albeit weak, association between the response to requests for 1st consultations and the number of hospitalizations. In the surgical department, the association between requests for SEL enrollments and DM is more evident, with a correlation of around 54%. The results for linear regression showed that the mean delay was shorter in hospital centers that had more SEL enrollees within TMRG ($\beta=-0.443$, $p<0.001$).

CONCLUSION: In view of the Hospital Management, several aspects were evident that could contribute to the improvement of the performance of several institutions, suggesting a sharing of knowledge and models of organization of means and resources of the institutions that showed better results for the others.

KEY WORDS: Avoidable Hospitalization, Healthcare appointments access, Healthcare access barriers

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO:	1
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	5
2.1 Sistema Nacional de Saúde	5
2.1.1 Caracterização e desafios do Serviço Nacional de Saúde	5
2.2 Produtividade Hospitalar	7
2.2.1 Qualidade em consultas e cirúrgias	8
2.2.2 Consulta a tempo e horas	9
2.2.3 Sistema Integrado de Gestão de Inscritos em Cirurgia	10
2.3 Acesso aos cuidados de saúde	12
2.3.1 Processo de referenciação para cuidados de saúde secundários	14
2.3.2 Determinantes da atividade de internamento hospitalar.....	15
2.3.3 Listas de espera	16
2.3.4 Consequências dos elevados tempos de espera	17
2.3.5 Evolução e combate às listas de espera em Portugal	18
3. OBJETIVOS	21
4. METODOLOGIA	23
4.1 Tipo de estudo	23
4.2 População em estudo	23
4.2.1 Critérios de exclusão da população	23
4.3 Fonte de dados	24

4.4 Variáveis em estudo	25
4.5 Tratamento e análise dos dados	27
4.6 Procedimentos éticos	29
5. RESULTADOS	31
6. DISCUSSÃO.....	45
6.1 Limitações do estudo	48
7. CONCLUSÃO.....	51
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	53

Lista de Quadros e Tabelas

Quadro de operacionalização das variáveis de caracterização demográfica	26
Quadro de operacionalização das variáveis em estudo	27
Tabela 1 - Caracterização das variáveis para as instituições hospitalares em estudo	31
Tabela 2 - Caracterização da Atividade de internamento por ARS (média aproximada)	32
Tabela 3 - Caracterização da Atividade de internamento por Instituições Hospitalares do SNS com melhor desempenho na ARS Norte	34
Tabela 4 - Caracterização da Atividade de internamento por Instituições Hospitalares do SNS com melhor desempenho na ARS Centro	36
Tabela 5 - Caracterização da Atividade de internamento por Instituições Hospitalares do SNS com melhor desempenho na ARS LVT	37
Tabela 6 - Caracterização da Atividade de internamento por Instituições Hospitalares do SNS com melhor desempenho na ARS Alentejo e ARS Sul	39
Tabela 7 – Análise de Correlação entre Proporção de 1as Consultas de especialidade e Proporção de Inscritos em LIC dentro do TMRG com Nº de internamentos e DM	40
Gráfico 1 – Proporção de 1ª Consultas em Tempo Adequado X Demora Média ...	41
Gráfico 2 – Proporção de Inscritos em LIC dentro do TMRG X Demora Média	42
Tabela 8 – Análises de Regressão Linear para a demora média, para GDH médicos e cirúrgicos	42

Lista de figuras

Fig.1 - Efeitos do SIGIC sobre as listas de espera

Fig.2 - Percurso do cidadão na LIC

Fig.3 - Determinantes de saúde

Lista de siglas e abreviaturas

BDMH – Base de Dados de Morbilidade Hospitalar

CSP - Cuidados de Saúde Primários

CSS - Cuidados Secundários de Saúde

CTH – Consulta a Tempo e Horas

INE – Instituto Nacional de Estatística

LAC – Livre Acesso e Circulação

LE – Listas de Espera

LIC - Lista de Inscritos em Cirurgia

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

PIRAC - Programa de Incentivo à atividade cirúrgica

PRELEC - Programa Específico de Recuperação de Listas de Espera

RCM - Resolução de Conselho de Ministros

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

SIGIC - Sistema Integrado de Gestão de Inscritos em Cirurgia

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SVS - Seguro Voluntário de Saúde

TMRG - Tempo Máximo de Resposta Garantida

1. INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular Trabalho de Campo, integrada no plano de estudos do Curso de Especialização em Administração Hospitalar, a decorrer na Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa, este trabalho de investigação tem como principal objetivo analisar a relação entre as primeiras consultas em tempo adequado e inscritos em Lista de Inscritos em Cirurgia (LIC) dentro do Tempo Máximo de Resposta Garantida (TMRG), por instituições hospitalares do SNS, na atividade de internamento de agudos adultos em Portugal Continental, no período de 2017 a 2018.

Nas últimas décadas, a questão da acessibilidade aos serviços de saúde tem ganho importância, tornado-se numa questão central, em vários países desenvolvidos. Listas e tempos de espera longos são identificados como um obstáculo à prestação de cuidados de saúde atempados e adequados, tendo os governos e organizações adotado recentemente estratégias que permitam melhorar a gestão deste problema (Pomey, Forest, Sanmartin, DeCoster, & Drew, 2009).

Tempos e listas de espera, tal como barreiras de acessibilidade a cuidados de saúde têm merecido especial atenção por parte de cidadãos e políticos, pois podem levar à potencial deteriorização da condição de saúde dos doentes, o que poderá ter efeitos prejudiciais para este, para quem a si está ligado (incluindo quer famílias como entidades empregadoras) e para o próprio sistema de saúde. O acesso a tratamento e cuidados, ou cirurgia, em tempo adequado, podem facilitar o retorno a uma vida saudável ou travar a evolução da doença, potenciando-se, assim, uma redução do número e/ou tempos de internamento. Esta realidade pode, ainda, condicionar situações reversíveis/curáveis em irreversíveis, potenciar incapacidades permanentes ou, no limite, pôr em causa a vida do doente (Globerman, 2013), (Johar, 2010), (Reis, 2014).

Um número significativo de países da OCDE debate-se com a problemática das listas de espera, o que leva à identificação dos longos tempos de espera como a principal barreira de acesso aos cuidados de saúde (Sanmartin, Houle, Tremblay & Berthelot, 2002).

Em Portugal a problemática dos tempos de espera, tanto em primeiras consultas de especialidade como em lista de inscritos para cirurgia, decorrente da incapacidade de resposta à procura destes serviços são matérias que preocupam a sociedade portuguesa desde os anos 90, quando em 1995 Portugal adotou o Programa Específico de Recuperação das Listas de Espera.

Uma resposta atempada às necessidades de saúde, bem como, a continuidade de cuidados tem-se revelado uma característica chave dos sistemas de saúde fortes, demonstrando ter efeitos na saúde dos cidadãos associada à redução de taxas de mortalidade, taxas de internamento e redução dos custos com cuidados de saúde (Barker, Steventon e Deeny, 2017).

De acordo com (Wensing, Szecsenyi e Laux, 2021), uma forte continuidade de cuidados favorecem um menor risco de internamento, internamentos evitáveis e readmissões, afirmando que “uma maior continuidade de cuidados pode ser um dos mecanismos subjacentes às menores taxas de hospitalização” (Wensing, Szecsenyi e Laux, 2021).

Para dar resposta a esta problemática, e às questões de acessibilidade a primeiras consultas de especialidade, em 2008, numa iniciativa designada por consulta a tempo e horas (CTH), inscrita como medida SIMPLEX em 2006 e nas Grandes Opções do Plano para 2008, o Ministério da Saúde materializou a criação de um sistema integrado de referenciação e gestão do acesso à primeira consulta de especialidade hospitalar. Através desta medida, o Ministério da Saúde, pretendia adoptar princípios de transparência e uniformidade de critérios, permitindo medir os tempos de acesso, harmonizar os formatos de gestão da informação e proceder à monitorização, ao longo do tempo, da dinâmica procura-resposta dos cuidados em causa (Ministério da Saúde, 2008).

Desta forma, as primeiras consultas em tempo adequado constituem-se como indicador de acessibilidade importante, visto apresentar a proporção de utentes referenciados (CTH) para a primeira consulta externa (CE), com consulta externa prestada dentro do Tempo Máximo de Resposta Garantido (TMRG), no total de primeiras consultas externas prestadas no período em análise.

Torna-se, assim, fulcral compreender se existe uma associação entre este indicador com o número de internamentos, criando uma base de conhecimento que permita identificar, direccionar e projectar intervenções e/ou iniciativas políticas de saúde que facilitem a redução dos internamentos e da sua duração.

Para o desenvolvimento do presente estudo, inicialmente realizou-se uma revisão da literatura, para contextualização do estudo, abordando os seguintes pontos: Serviço Nacional de Saúde (SNS), onde se efetua uma breve caracterização, contextualização, e se apresentam os principais desafios da atualidade; Produtividade hospitalar, em que se define, e contextualiza, a atividade de internamento hospitalar, o que representa a qualidade nas consultas, a Consulta a Tempo e Horas, e o Sistema Integrado de Gestão de Inscritos em Cirurgia; Acesso a cuidados de saúde, onde é feita referência aos

determinantes da atividade hospitalar, ao processo de referenciação para cuidados de saúde secundários, listas de espera, consequências dos elevados tempos de espera, e uma breve caracterização da evolução e combate das listas de espera em Portugal. Posteriormente é apresentada a metodologia de investigação utilizada, seguida da apresentação e discussão dos resultados obtidos, as limitações do estudo e, por fim, as conclusões.

O estudo desenvolveu-se a partir da seguinte pergunta de investigação: “Qual a associação entre volume de primeiras consultas em tempo adequado e inscritos em LIC dentro do TMRG, e a atividade de internamento hospitalar de agudos adultos, ao nível das instituições hospitalares do SNS?”

A partir da pergunta de investigação definiu-se como objetivo principal: Analisar a associação entre as primeiras consultas em tempo adequado e inscritos em LIC dentro do TMRG, ao nível das instituições hospitalares do SNS, na atividade de internamento de agudos adultos em Portugal Continental, no período de 2017 a 2018.

Neste sentido, observou-se a existência de associação inversa entre a resposta a pedidos de 1ª consulta e o número de internamentos, tal como se verificou o mesmo tipo de associação entre a proporção de inscritos em LIC dentro do TMRG e a DM, podendo desta forma concluir-se que a proporção de 1ª consulta de especialidade influencia a redução das taxas de internamento, enquanto que a proporção de inscritos em LIC está relacionada com a diminuição do número de dias de internamento.

Ainda no departamento cirúrgico, constata-se que a proporção de inscritos em LIC, conjuntamente com, o rendimento médio mensal e nível de escolaridade, são fatores explicativos de cerca de 44% da variação da DM neste grupo de GDH.

2.ENQUADRAMENTO TEÓRICO

2.1 Sistema Nacional de Saúde

De acordo com Simões (2017), o Sistema Nacional de Saúde português é composto por 3 regimes coexistentes: o SNS, os subsistemas de saúde e os regimes privados de seguro voluntário de saúde (SVS). O SNS, constitui o serviço de saúde público, financiado por impostos, de caráter universal, geral e tendencialmente gratuito. Os subsistemas de saúde são regimes especiais de seguro de saúde que proporcionam cobertura a determinadas profissões ou setores. E, os SVS assumem um papel de complementariedade no acesso a tratamentos hospitalares e a consultas ambulatoriais no setor privado (OCDE, 2021).

Apesar da coexistência dos 3 regimes de prestação de cuidados de saúde, o SNS constitui-se como principal prestador. De acordo com a Base 19, da Lei de Bases da Saúde, “o funcionamento do sistema de saúde não pode pôr em causa o papel central do SNS enquanto garante do cumprimento do direito à saúde” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019). Contudo, estima-se que cerca de 25% da população residente em Portugal se encontre coberta por mais do que um esquema de seguros de saúde (subsistema ou SVS), para além da cobertura do SNS (Antunes *et al.*, 2020).

2.1.1 Caracterização e desafios atuais do Serviço Nacional de Saúde

A Constituição da República Portuguesa baseada na dignidade humana, na democracia e nos direitos fundamentais, propõe no seu Artº 64, que “todos os cidadãos têm direito à proteção da saúde e o dever de a defender e promover”. Este direito realiza-se através de um SNS universal, geral e tendencialmente gratuito. Neste sentido, cabe ao Estado garantir o acesso de todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica, aos cuidados da medicina preventiva, curativa e de reabilitação (Ministério da Saúde, 2008). O acesso aos cuidados de saúde concretiza-se, essencialmente, através dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) e, ou, dos Cuidados Secundários de Saúde (CSS).

O SNS criado em 1979, inspirado no modelo de Beveridge, caracteriza-se como um seguro público, com cobertura universal, equitativo, sem custos para o cidadão aquando da prestação do serviço e financiado por impostos (Pinto, 2019).

A Lei de Bases da Saúde, determina os direitos dos cidadãos à saúde, destacando que “O direito à proteção da saúde [...] compreende o acesso, ao longo da vida, à promoção,

prevenção, tratamento e reabilitação da saúde, a cuidados continuados e a cuidados paliativos” e determina que todos os cidadãos têm direito “A aceder aos cuidados de saúde adequados à sua situação, com prontidão e no tempo considerado clinicamente aceitável [...] seguindo as boas práticas de qualidade e segurança em saúde” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

Deste modo, poderemos concluir que, o SNS se caracteriza por ser um serviço financiado por impostos, de caráter universal, general e tendencialmente gratuito, em que importa “garantir a equidade no acesso dos utentes, com objetivo de atenuar os efeitos das desigualdades socioeconómicas, geográficas e quaisquer outras no acesso aos cuidados” (Rocha, 2021) (OCDE, 2021).

De acordo com o relatório da OCDE “Health at a Glance” (2021), o SNS português proporciona acesso universal a cuidados de saúde de elevada qualidade, no entanto, “a pandemia de COVID-19 veio realçar algumas debilidades de caráter estrutural, nomeadamente um baixo investimento em profissionais e equipamentos de saúde. Contudo, a pandemia também estimulou diversas práticas inovadoras cujo uso alargado pode tornar o sistema de saúde mais resiliente no futuro” (OCDE, 2021).

Apesar do aumento do investimento em saúde verificado, de acordo com a OCDE, em Portugal, as despesas de saúde per capita e as despesas de saúde como percentagem do PIB são, desde há muitos anos, inferiores à média da União Europeia (OCDE, 2021).

Não obstante, a saúde em Portugal debate-se com outros desafios de longa data, como é o caso do aumento das listas de espera (LE) para cirurgias e consultas, a qualidade e demora dos cuidados, e o aumento da despesa em saúde representam os principais desafios do SNS na atualidade. Exemplo disso, é o direito conferido, desde 2001, aos imigrantes não-documentados de usufruir dos serviços de saúde públicos, continuando a verificar-se que estes enfrentam algumas barreiras no acesso aos cuidados de saúde (OCDE, 2021).

Rocha (2021) defende que não deve haver discriminação no acesso aos cuidados de saúde, devendo a articulação entre CSP e CSS promover a qualidade dos serviços prestados bem como a satisfação dos utentes. Numa outra perspetiva, o acesso rápido e fácil dos utentes às consultas de especialidade permite a obtenção de maiores ganhos de produtividade (Rocha, 2021).

2.2 Produtividade Hospitalar

O acesso a cuidados de saúde de internamento hospitalar acontece, essencialmente, através da urgências e das consultas externas de cada hospital.

Os sistemas de saúde mundiais enfrentam, atualmente, um forte desafio relacionado com o aumento dos internamentos hospitalares não programados, que levou à consciencialização da necessidade de priorizar a sua prevenção. Uma grande porção desses internamentos poderia ser evitada, ou reduzida, com uma resposta ambulatorial efetiva, que permita melhorar a rapidez e equidade no acesso (Barker, Steventon e Deeny, 2017).

O acesso oportuno tem-se revelado uma meta importante na obtenção de cuidados de saúde de alta qualidade. No seu estudo, Barker (2017), conclui que o acesso e continuidade dos cuidados estão associados a um menor número de internamentos (Barker, Steventon e Deeny, 2017).

As admissões hospitalares e a duração dos internamentos encontram-se relacionadas com as principais causas de ineficiências dos serviços de saúde. O estudo da Fundação Francisco Manuel dos Santos, intitulado “Custos e preços na saúde: Passado, presente e futuro”, relativo à eficiência do SNS, demonstrou que “as admissões precoces e a duração excessiva ou tardia dos internamentos são dos principais fatores responsáveis pela perda de eficiência na gestão hospitalar, estimando-se uma poupança de 200 milhões de euros por ano com a melhoria desta problemática.” (Costa, Santana e Lopes, 2013).

Desta forma, é fundamental garantir que todos os cidadãos do território nacional, desde os das áreas metropolitanas até aos das regiões menos urbanizadas, tenham o mesmo nível de acesso aos serviços de saúde do SNS. Para tal, foram criadas diversas redes de referência hospitalar, sendo que a evolução dos doentes nessas redes, pode gerar tempos e LE. Não obstante, a avaliação desses dados e a sua comparação com as necessidades expressas dos cidadãos, são uma ferramenta para avaliar quer o acesso, quer a equidade nos Sistema de Saúde (Reis, 2014).

Importa, ainda, referir que a escassez de recursos disponíveis e as necessidades ilimitadas existentes exigem um planeamento de recursos, tal como uma estimativa da procura eficientes. Para tal, torna-se imprescindível conhecer o que se produz e como se produz, bem como, avaliar as atividades e o desempenho das instituições (Sousa, 2014).

O planeamento da oferta de cuidados de saúde tem impacto significativo na distribuição de recursos e eficiência do sistema de saúde, pelo que deve basear-se na procura atual, previsão da procura futura e avaliação do *gap* entre oferta e procura (OPSS, 2013).

2.2.1 Qualidade em consultas e cirúrgias

A preocupação com a qualidade dos cuidados de saúde tem sido um *continuum* na história da saúde, desde Hipócrates, para a medicina, e Florence Nightingale, para a enfermagem.

Sendo o acesso um dos indicadores de qualidade em saúde, tem sido objeto de sucessivas medidas administrativas que têm incidido na concessão de incentivos à produção clínica, revisão de procedimentos e processos apoiados em sistemas de informação, com o propósito de melhorar o acesso a consultas hospitalares e cirurgias programadas (Tribunal de Contas, 2017).

Neste sentido, torna-se fulcral compreender qual o efeito destas medidas, não só nos tempos e LE, mas também, na atividade de internamento hospitalar, proporcionando o conhecimento do seu efeito no SNS e não só no acesso.

A proximidade, acesso, acolhimento, tempos de espera e simpatia continuam a ser os critérios de qualidade mais valorizados por parte dos utentes. Contudo, relatórios comparativos de *Outcomes*, alertam para a possibilidade de não existir relação entre a qualidade percebida/valorizada pelos utentes e a qualidade intrínseca dos serviços, tal como a competência dos profissionais, os ganhos em saúde e, a eficiência dos equipamentos (Pinto, 2019).

Desta forma, as iniciativas que melhoram a rapidez, acesso e equidade têm o potencial de melhorar a qualidade dos cuidados de saúde ao mesmo tempo que reduzem os custos, ambos objetivos fundamentais dos sistemas de saúde (Barker, Steventon e Deeny, 2017).

De acordo com a auditoria realizada pelo Tribunal de Contas ao Acesso a Cuidados de Saúde no SNS, no triénio 2014-2016, este apresenta uma degradação do acesso dos utentes a consultas hospitalares e à cirurgia programada, verificando-se um aumento do tempo médio de espera para a realização de uma primeira consulta hospitalar, no aumento do número de utentes em LIC e, no incumprimento dos TMRG (Tribunal de Contas, 2007). Posto isto, importa saber qual a sua evolução nos anos seguintes.

A qualidade deve ser monitorizada e avaliada através de indicadores de resultados mensuráveis. Estes “são instrumentos de medida que refletem, direta ou indiretamente,

informações relevantes sobre diferentes atributos e dimensões da saúde bem como os fatores que a determinam” (Saúde, 2012).

As consultas e cirurgias são indicadores importantes no que refere à avaliação de ganhos em saúde, tendo sido definidos como indicadores de acesso: a “Percentagem de utentes com primeiras consultas de especialidade hospitalar realizadas dentro do tempo de referência”, e a “Percentagem de operados com tempo de espera inferior ao tempo máximo de resposta garantido” (Saúde, 2012).

Nesse sentido, interessa analisar a capacidade de resposta a pedidos de 1ª consulta de especialidade e inscritos em LIC, tal como a sua relação com o volume de internamentos por 1000 habitantes e demora média de internamento.

2.2.2 Consulta a tempo e horas

As consultas médicas hospitalares representam um importante indicador de qualidade, sobre o qual recaem preocupações relevantes do Estado e sociedade portuguesa, estando presente na lista de indicadores do estado de saúde e do desempenho do sistema de saúde do Plano Nacional de Saúde 2012 – 2016.

A problemática dos tempos de espera por primeiras consultas de especialidade decorrente da incapacidade de resposta, por parte dos serviços, à sua procura, são um assunto que tem vindo a preocupar gestores de saúde, políticos e, também, a sociedade civil.

Como forma de resposta a esta necessidade foi redigida a portaria 615/2008 que, prevê a adoção de normas e mecanismos de referência dos pedidos de consultas hospitalares, com base na necessidade de aperfeiçoar a articulação entre CSP e hospitais do SNS, a qual se concretizou através de uma iniciativa designada por Consulta a Tempo e Horas (CTH) (Ministério da Saúde, 2008).

A CTH tem como objetivo “melhorar o serviço prestado ao cidadão pela maior celeridade no acesso à primeira consulta de especialidade hospitalar, atendendo a critérios de prioridade clínica, contribuindo para a maior eficiência do sistema de saúde, através da melhoria da qualidade da referência”(Ministério da Saúde, 2008).

Neste sentido, podemos afirmar que o CTH é um sistema que permite a referência de pedidos de primeira consulta de especialidade, com o objetivo de assegurar o acesso equitativo, atempado e transparente, às instituições do SNS.

As primeiras consultas em tempo adequado constituem-se como indicador de acessibilidade importante, visto apresentar a proporção de utentes referenciados (CTH)

para a primeira consulta externa (CE), com consulta externa prestada dentro do Tempo Máximo de Resposta Garantido (TMRG), no total de primeiras consultas externas prestadas no período em análise.

De acordo com o relatório da auditoria ao acesso aos cuidados de saúde no SNS, realizada pelo Tribunal de Contas em 2017, a resposta do SNS aos pedidos de consultas hospitalares até 2016 foi insuficiente. No triénio de 2014 – 2016, foram realizadas cerca de 71% das consultas hospitalares dentro do TMRG, um valor que fique muito aquém daquilo que seria o desejável. Apesar da implementação progressiva de medidas como o SIGA SNS e o LAC, verificam-se importantes assimetrias regionais, que refletem diferentes capacidades de resposta por parte do SNS, e prejudicam a equidade no acesso a cuidados de saúde (Tribunal de Contas, 2017).

2.2.3 Sistema Integrado de Gestão de Inscritos em Cirurgia

O Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgias (SIGIC) criado através da Resolução de Conselho de Ministros (RCM) n.º 79/2004, de 24 de Junho, com o propósito de substituir o Programa Especial de Combate às Listas de Esperas Cirúrgicas (PECLEC), aprovado pela RCM n.º 100/2002, de 26 de Abril.

De acordo com a RCM n.º 79/2004, o SIGIC visa regular a actividade cirúrgica programada, com carácter universal e permanente, proporcionando uma maior transparência na relação com o cidadão e garantir, que o tratamento cirúrgico seja acessível dentro de tempo clinicamente admissível (República, 2004).

Desta forma, pretende-se obter um conhecimento integrado das necessidades cirúrgicas e procedimentos requeridos pela população e da actividade assistencial dos hospitais, e relacioná-la com a capacidade instalada (Tribunal de Contas, 2007).

A tomada de decisão sobre a necessidade de um procedimento cirúrgico é sempre tomada em consulta, o que significa que elevados tempos de espera por consultas reduzem a pressão nas listas de espera cirúrgicas. Nesta perspetiva, uma boa resposta às LIC não significa, obrigatoriamente, que todos os cidadãos com necessidade de tratamento cirúrgico o obtenham atempadamente.

Outro factor que pode levar a uma menor pressão nas LIC é a procura de alternativas no sistemas de saúde, nomeadamente no setor privado, por parte do cidadão.

De acordo com a “Auditoria ao acesso aos cuidados de saúde do SNS”, levada a cabo pelo tribunal de contas, “são relevantes os aspectos de eficiência na realização das cirurgias: quanto maior a eficiência, maior número de pessoas serão tratadas num

mesmo espaço de tempo.”(Tribunal de Contas, 2007). Podendo-se detalhar os seus efeitos conjuntamente com a adoção do SIGIC, de acordo com a figura 1.

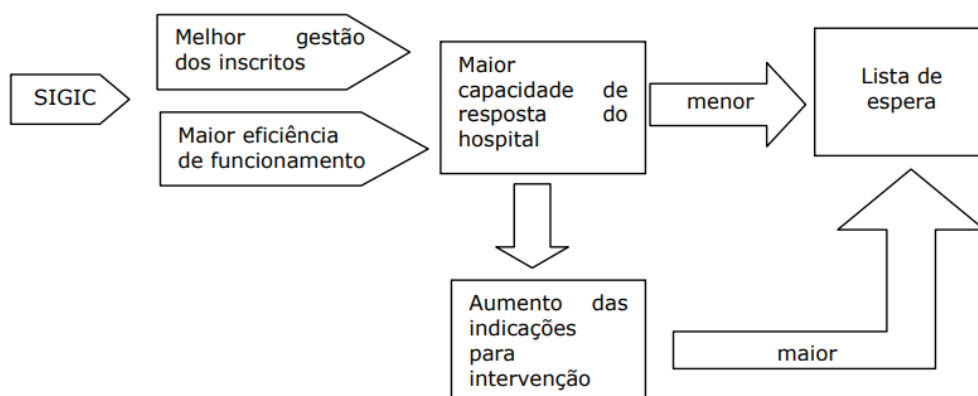


Fig.1 Efeitos do SIGIC sobre as listas de espera (Tribunal de Contas, 2007)

O Sistema Integrado de Gestão de Inscritos em Cirurgia (SIGIC) surge na sequência de programas especiais de recuperação de LE, que tinham como propósito dar resposta a situações “acumuladas” através de produção adicional, no pressuposto de que resolvidas as LE, a atividade normal responderia às necessidades da população portuguesa (Tribunal de Contas, 2007).

O SIGIC é uma medida política criada com objetivo de reduzir o tempo médio de espera cirúrgica; controlar o tempo máximo de espera para a realização da cirurgia; rentabilizar a capacidade instalada dos hospitais do SNS; clarificar e unificar os critérios de realização de intervenções cirúrgicas. Estes objetivos assentam em cinco princípios-chave: garantir o tratamento em tempo adequado; 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 processual, a uniformização do tratamento dos utentes com necessidade de terapêutica cirúrgica; maior controlo e transparência através da constituição de estruturas reguladoras a três níveis: hospitalar, regional e nacional.

Em 2012, procedeu-se a alterações no regulamento do SIGIC, como incentivo ao cumprimento dos TMRG e à utilização da capacidade instalada no SNS, destacando-se a redução de 6 para 4 meses do prazo para emissão de nota de transferência cirúrgica entre hospitais públicos (Tribunal de Contas, 2017). Posteriormente, em 2016, de acordo com os objetivos do Programa de Incentivo à atividade cirúrgica (PIRAC), o prazo de transferência de atividade cirúrgica programada para hospitais de destino do SNS foi alterado de 4 para 3 meses, e dá-se a criação do do Sistema Integrado de Gestão do

Acesso dos utentes ao Serviço Nacional de Saúde – SIGA SNS, através do Decreto-Lei n.º 44/2017, de 20 de abril (Tribunal de Contas, 2017).

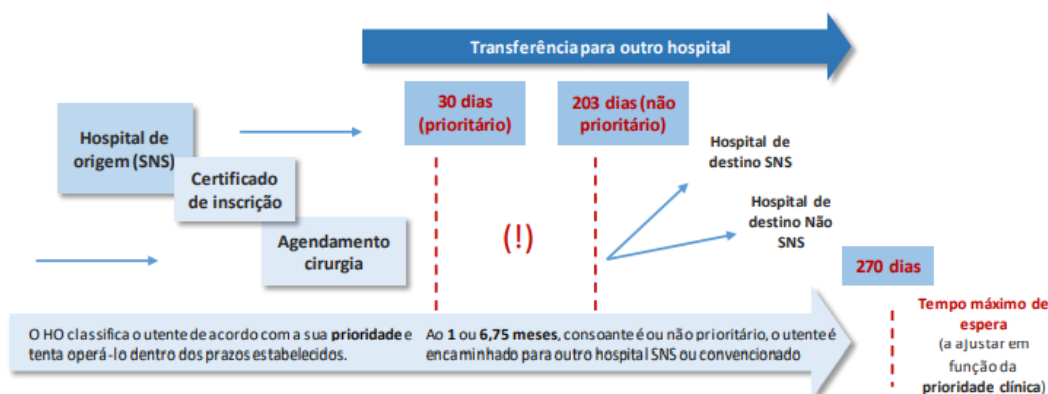


Fig.2 Percurso do cidadão na LIC (Tribunal de Contas, 2017)

2.3 Acesso aos cuidados de saúde

Acesso e equidade a cuidados de saúde são conceitos que surgem muitas vezes associados dada a sua importância no que respeita a direitos humanos fundamentais e metas sociais, sendo o acesso a cuidados de saúde influenciado/condicionado por diversos fatores, tornando-o num produto desses vários fatores.

A definição de acesso à saúde, tal como o desenvolvimento de um modelo mensurável, representam processos complexos que implicam “a análise de variáveis que influenciem o acesso e a utilização dos serviços de saúde, nos contextos social e económico, bem como as relações que se vão estabelecendo entre estas” (Santana, 1993).

Entende-se por acesso a cuidados de saúde a possibilidade de os cidadãos obterem cuidados de saúde apropriados às suas necessidades, e em tempo adequado, que garantam ganhos efetivos em saúde, prestados de forma eficiente e com valor reconhecido pelo cidadão (Tribunal de Contas, 2017).

Assim, importa compreender qual o significado de cada um, sendo, por definição, o acesso a disponibilidade de uma oferta adequada de serviços de saúde e a oportunidade do indivíduo obter cuidados de saúde quando deseja ou necessita, enquanto a equidade no acesso é alcançada quando os cuidados de saúde são acedidos de acordo com as necessidades (Ferreira, Costa e Costa, 2021).

Contudo, a definição de acesso não é consensual entre autores, referindo-se para alguns autores à utilização dos serviços de saúde, enquanto outros o relacionam com fatores que caracterizam essa utilização em várias dimensões: availability, accessibility, accomodation, affordability e acceptability (Sousa, 2014).

Contudo, o acesso aos cuidados de saúde é um pilar fundamental das políticas de saúde e trata-se de uma ideia complexa e multifacetada, devendo o acesso ser observado/analísado mediante a relação existente entre a oferta (hospitais, centros de saúde) e a procura (utilizadores) dos serviços, de modo a examinar as características destas duas componentes (Pinto, 2019) (Furtado e Pereira, 2010). Este foi reconhecido pelo Parlamento Europeu, Conselho Europeu e Comissão Europeia, em 2017, como um dos pilares fundamentais dos direitos sociais, tendo Portugal incluído no seu Plano Nacional de Saúde a *Equidade e Acesso Adequado aos Cuidados de Saúde* como um dos seus eixos estratégicos (Antunes *et al.*, 2020).

Apesar disso, uma porção considerável dos cidadãos, de condição socialmente mais vulnerável, mantém dificuldades de acesso a cuidados de saúde de que necessitam, proporcionando um agravamento das desigualdades em saúde (Antunes *et al.*, 2020).

Furtado (2010), defende que para além da necessidade clínica, em Portugal verificam-se outros fatores que influenciam o acesso e utilização de cuidados de saúde, sendo notável a existência de iniquidades que favorecem os cidadãos com rendimento mais elevado (Furtado e Pereira, 2010).

Neste contexto, nas últimas décadas, as tendências demográficas e económicas têm favorecido as regiões mais urbanizadas em detrimento das áreas rurais, caracterizadas por menor densidade populacional, declínio demográfico e grande proporção de idosos com mobilidade limitada, várias comorbilidades e baixos rendimentos (Ferreira, Costa e Costa, 2021). Nesse sentido, os estudos relacionados com a equidade no acesso ganham importância no suporte às recomendações de políticas.

De acordo com o estudo de Ferreira (2021), nas regiões rurais e de baixa densidade populacional verifica-se uma grande proporção de idosos que apresentam menores taxas de acessibilidade, e um número significativo de cidadãos com pouca ou nenhuma escolaridade. Esta população idosa, pelas razões acima referidas, encontra-se numa situação desfavorável associada à menor capacidade para deslocações autónomas (Ferreira, Costa e Costa, 2021).

Também o relatório da OCDE “Health at a Glance” de 2021 refere que, em Portugal “as necessidades não satisfeitas apontam para barreiras persistentes ao acesso, em particular para as pessoas com baixos rendimentos” , sendo “as disparidades nas necessidades de cuidados de saúde não satisfeitas entre os escalões de rendimentos mais significativas do que na maioria dos demais países” (OCDE, 2021).

De acordo com Goddard e Smith (2001), o conceito de acesso aos serviços de saúde envolve vários fatores, relacionados com a perceção das necessidades de saúde, a procura e a utilização dos serviços (Goddard e Smith, 2001).

Desta forma, as necessidades de saúde não satisfeitas são um importante indicador de acesso a cuidados. Neste âmbito, e com base no referido anteriormente, o rendimento é uma das principais barreiras de acesso. Contudo tem-se verificado que fatores como o sexo, idade e educação apresentam um peso considerável neste balanço (Antunes *et al.*, 2020).

O relatório de Acesso a Cuidados de Saúde no SNS, do Tribunal de Contas, concluiu, na sua análise, que no triénio 2014-2016 o SNS sofreu uma degradação do acesso dos utentes a consultas de especialidade hospitalar e a cirurgia programada, que se traduziu no aumento do tempo médio de espera para a realização de uma primeira consulta de especialidade hospitalar, no aumento do número de utentes em LE cirúrgica e, no incumprimento dos tempos máximos de resposta garantidos (Tribunal de Contas, 2017).

Neste contexto, e apesar do SNS se assumir como principal prestador de cuidados do Sistema Nacional de Saúde português, o setor privado apresenta uma forte presença em muito justificada pelas ineficiências do SNS relativamente a LE para consultas e cirurgias (Antunes *et al.*, 2020), o que leva a que o doente procure soluções junto do setor privado consultas e cirúrgias, em resposta à dificuldade de acesso sentida no setor público associada a tempos e LE longos.

2.3.1 Processo de referenciação para cuidados de saúde secundários

A 3 de maio de 2016, o Despacho n.º 5911-B/2016 alterou o paradigma do acesso aos cuidados de saúde no SNS. Este despacho veio operacionalizar o Livre Acesso e Circulação (LAC) no SNS, permitindo ao utente, em conjunto com o médico de família responsável pela referenciação, optar por qualquer uma das unidades hospitalares do SNS onde exista a consulta de especialidade de que necessita. Esta referenciação é efetuada de acordo com o interesse do utente, segundo critérios de proximidade geográfica e considerando os tempos médios de resposta (Pinto, 2019).

Sendo a equidade um dos pilares fundamentais do SNS, não é aceitável que utentes com a mesma necessidade de cuidados de saúde tenham possibilidades de acesso diferentes, mesmo que estas se encontrem relacionadas com motivos externos, tais como diferenças socioeconómicas, idade, género ou residência.

Os tempos de espera existentes no SNS quer para as consultas de especialidade quer para as cirurgias têm sido um dos maiores desafios na problemática do acesso aos cuidados de saúde. Os diferentes tempos de espera para consultas hospitalares da mesma especialidade entre os hospitais do SNS sustentou a implementação do Despacho nº 5911-B/2016 (Simões, Augusto e Fronteira, 2017) e (Pinto, 2019).

Tendo como pano de fundo a implementação do LAC no SNS, foi realizado um estudo intitulado “ *O impacto do livre acesso e circulação no Centro Hospitalar de São João*”, no qual a autora conclui, de modo geral, que as instituições de saúde que tiveram maior procura de consultas de especialidade, ao abrigo desta medida, estão localizadas nas cidades de Lisboa e Porto, fenómeno que poderá ser explicado pelo facto de em Lisboa e no Porto existir uma maior oferta de unidades hospitalares, incluindo as altamente especializadas em Portugal, comparativamente com outras cidades. Esta procura, no caso concreto do Centro Hospitalar de São João, teve como resultado no ano de 2017, face a 2015, um acréscimo de 12,5% da procura de primeira consulta de especialidade, e aumento do tempo médio de espera para uma primeira consulta de especialidade em 67 dias (Pinto, 2019).

2.3.2 Determinantes da atividade hospitalar

Os determinantes da atividade hospitalar, tal como os determinantes de saúde, representam um conjunto de fatores para os quais há evidência científica quanto à sua influência sobre o estado de saúde, dos indivíduos e populações, e da utilização dos cuidados de saúde. Como exemplo desses fatores temos os comportamentos, condições de vida e trabalho, recursos pessoais e ambientais (Saúde, 2012).

Determinantes de Saúde			
Comportamentos	Condições de vida e trabalho	Recursos Pessoais	Ambientais
Que influenciam o estado de saúde.	Perfil socioeconómico e condições de trabalho.	Prevalência de fatores como apoio social e eventos de vida produtores de estresse relacionados com a saúde.	Que influenciam o estado de saúde.

Fig.3 - Determinantes de saúde

O estado de saúde e a distribuição dos seus determinantes entre grupos populacionais são importantes desigualdades em saúde que influenciam a procura de serviços de saúde, que podem estar associadas à escolha do indivíduo, ao ambiente a que está

sujeito ou a condições biológicas. Também as medidas políticas e socioeconómicas, tanto nacionais como internacionais, surgem associadas às desigualdades de acesso, sugerindo a necessidade de definição de estratégias organizacionais e operacionais neste âmbito (Sousa, 2014).

Outras condicionantes do acesso a cuidados de saúde são as características demográficas, como o sexo, idade, comorbilidades, e características socioculturais, como a religião, educação ou étnia. De acordo com Sousa (2014), Ronald e Newman (1973), consideraram como determinantes de acesso à saúde os “rendimentos, cobertura do seguro de saúde, comportamentos e atitudes” da população (Sousa, 2014). Podemos, ainda, identificar outros fatores como a distância aos serviços de saúde, a facilidade de utilização de transportes e as percepções do indivíduo sobre as suas necessidades de saúde.

2.3.3 Listas de espera

As listas e tempos de espera acima de limites clinicamente aceitáveis são uma realidade em vários países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), sobretudo em sistema de saúde de cobertura universal e financiamento público, num modelo de SNS, com restrições de capacidade de cirurgia e onde a remuneração dos médicos provém de salário, representando, atualmente, um dos principais desafios para o setor da saúde (Tribunal de Contas, 2007). As LE hospitalares são importantes indicadores de má acessibilidade às instituições do SNS, sendo compostas maioritariamente por populações desfavorecidas. Desta forma, a avaliação das LE torna-se um processo fundamental em saúde que, podendo parecer um processo simples, implica um conjunto de questões conceptuais e práticas complexas, o que torna crucial compreender o conceito de “espera” no contexto da saúde.

Retomando o conceito de espera em saúde, este representa o tempo decorrido entre o momento em que um indivíduo necessita “adquirir” um serviço de saúde e o momento em que o serviço é efetivamente adquirido. Na prática, os indivíduos muitas vezes não tomam decisões sobre quando e que tipos de serviços de saúde devem adquirir, sendo o médico de família que aconselha ou determina a necessidade de acompanhamento ou tratamento (Globerman, 2013). Desta forma, se um utente é encaminhado para uma consulta de especialidade (médica ou cirúrgica) significa que há um problema médico identificado que necessita de investigação ou tratamento.

No entanto, as LE e/ou os tempos de espera podem sugerir barreiras ao acesso, de índole organizacional, por deficiente planeamento de recursos e/ou ineficiente utilização da capacidade existente (Reis, 2014).

Contudo, o tempo de espera traduz-se no somatório de vários fatores, tais como: espera por consulta em CSP, exames de diagnóstico, consulta de especialidade e internamento hospitalar/ cirurgia.

Não obstante, importa compreender que as LE podem também ser influenciadas por decisões pessoais do cidadão, como por exemplo recusas de atendimento por motivos profissionais, pessoais ou familiares.

Assim, a comparação entre instituições pode ser mais vantajosa, que a avaliação de um único serviço ou instituição, visto ter maior propensão para refletir as diferenças na capacidade das organizações em responder à procura de cuidados de saúde em tempo útil (Globerman, 2013).

2.3.4 Consequências dos elevados tempos de espera

Elevados tempos de espera em saúde podem ter repercussões preocupantes na saúde e, conseqüente, na qualidade de vida dos cidadãos. Primeiramente, é muito importante consciencializarmo-nos de quão difícil é quantificar as conseqüências tanto para a saúde, como sociais, resultantes do atraso na prestação de cuidados de saúde. No entanto, este atraso poderá resultar em complicações médicas que tornam menos provável que a saúde dos utentes seja totalmente restaurada pelo diagnóstico e tratamento subsequentes (Globerman, 2013).

Também Billig (2020), considera que o não acesso atempado a cuidados de saúde não só implica um adiamento da resolução do problema, ou melhoria da condição de saúde do indivíduo, como pode conduzir a um agravamento da sua condição o que poderá resultar na necessidade de cuidados e procedimentos mais complexos, no desenvolvimento de comorbilidades que poderiam ter sido evitadas ou, num cenário extremo, na morte do indivíduo (Billig e Sears, 2020).

De acordo com Wensing (2021), o acesso atempado e a continuidade dos cuidados estão associados a menor taxa de mortalidade, redução dos tempos de internamento e custos em saúde, redução do número de cirúrgias, e aumentam a sensação de segurança e confiança por parte do cidadão (Wensing, Szecsenyi e Laux, 2021),(Glass, Minardi e Kanter, 2017).

2.3.5 Evolução e combate às listas de espera em Portugal

Os tempos de espera por cuidados de saúde são, nas sociedades desenvolvidas, um ponto crítico para governantes, gestores de saúde e cidadãos, levando à reflexão sobre possíveis estratégias de combate às LE.

De acordo com a auditoria realizada pelo Tribunal de Contas aos cuidados de saúde do SNS, são exemplos de políticas de redução das LE do lado da oferta o aumento da capacidade instalada ou a convenção com o sector privado da sua capacidade disponível, e aumentos de produtividade através da gestão dos recursos disponíveis e atribuição de incentivos de desempenho. Do lado da procura, a atribuição de prioridades de acordo com as necessidades clínicas dos utentes, gerindo as listas de espera nessa mesma base (Tribunal de Contas, 2007).

Em Portugal, foram criadas várias iniciativas, tais como o Programa Específico de Recuperação de Listas de Espera (PRELEC), em 1995; o Programa de Promoção do Acesso (PPA), em 1999; o Programa Especial de Combate às Listas de Espera Cirúrgicas (PECLEC), em 2002; e, Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC), em 2004; todos eles, com o objetivo comum de minimizar as dificuldades no acesso e, conseqüentemente, reduzir as LE (Reis, 2014).

O PPA e o PECLEC foram considerados programas positivos, sobretudo por a sua exigência em se realizarem fora do horário de trabalho, bem como a imposição e cumprimento de não poderem ser aplicados mediante a redução da produção normal. O PPA ainda permitiu a informatização das LE a nível nacional (Tribunal de Contas, 2007). No entanto, as LE mantiveram-se quantitativamente semelhantes, embora qualitativamente melhoradas.

No seguimento destes programas surge o SIGIC, uma experiência mais próxima da experiência internacional, que “pressupõe a centralização dos doentes em espera a nível central e uma abordagem que procura uma intervenção de longo prazo, que facilite a gestão das listas de espera e aumente a capacidade de resolução das mesmas.” (Tribunal de Contas, 2007).

A problemática das LE manteve o seu foco durante muitos anos na dificuldade de acesso a cirurgias, contudo o aumento dos tempos de espera em consultas hospitalares obteve uma dimensão que levou à necessidade de reflexão sobre este ponto resultando no Despacho n.º 5911-B/2016, que veio operacionalizar o LAC no SNS, com o objetivo de dar resposta a esta problemática.

A introdução da medida do LAC em Portugal teve como objetivo assegurar o acesso equitativo e atempado às instituições do SNS, nomeadamente no cumprimento dos TMRG, na maximização da capacidade instalada do SNS e no aumento da eficiência e qualidade, bem como criar concorrência para incentivar a melhor qualidade dos cuidados (Pinto, 2019).

No entanto, a pouca flexibilidade do sistema relativamente à adaptação dos recursos, nomeadamente humanos e materiais é um constrangimento fulcral (Pinto, 2019), verificando-se, em algumas instituições, que a dotação dos recursos humanos não acompanhou o aumento da procura.

Essas dificuldades devem-se, em parte, aos fortes constrangimentos na contratação de profissionais, sendo possível concluir que estas instituições não dispõem de instrumentos que permitam dar uma resposta adequada e atempada, nomeadamente no que respeita à contratação de pessoal e realização de investimento (Pinto, 2019).

A experiência internacional demonstra a necessidade de um planeamento e previsão da capacidade das instituições, assente em fatores de elevada importância como: sistema de informação e correcta interpretação dos seus dados, procura constante de eficiência e persistência na actuação, e envolvimento da classe médica no objectivo de redução de tempos de espera (Tribunal de Contas, 2007).

Perante as medidas implementadas com vista à redução dos tempos de espera, torna-se fulcral compreender o seu impacto nos mesmos, no número e tempos de internamento, e na qualidade de vida dos cidadãos, criando uma base de conhecimento que permita identificar, direccionar e projetar intervenções e/ou iniciativas políticas de saúde que facilitem a redução dos internamentos e da sua duração.

3 . OBJETIVOS

O presente estudo tem como objetivo principal analisar a associação entre as primeiras consultas em tempo adequado e inscritos em Lista de Inscritos em Cirurgia (LIC) dentro do Tempo Máximo de Resposta Garantida (TMRG), ao nível das instituições hospitalares do SNS, na atividade de internamento de agudos adultos em Portugal Continental, no período de 2017 a 2018.

Colocando-se, assim, a seguinte pergunta de investigação:

- Qual a associação entre volume de primeiras consultas em tempo adequado e inscritos em LIC dentro do TMRG, e a atividade de internamento hospitalar de agudos adultos, ao nível das instituições hospitalares do SNS?

Com base na pergunta de investigação, e no objetivo principal, colocam-se os seguintes objetivos específicos:

- Analisar a proporção de primeiras consultas e inscritos em cirurgia dentro do TMRG, anual, ao nível das instituições hospitalares do SNS;
- Analisar a atividade e tempos de internamento médico e cirúrgico, anual, ao nível das instituições hospitalares do SNS;
- Determinar a associação entre a proporção de primeiras consultas e inscritos em cirurgia dentro do TMRG e a atividade e tempos de internamento, anual, ao nível das instituições hospitalares do SNS.

4. METODOLOGIA

4.1 Tipo de Estudo

Este será um estudo quantitativo, que se classifica como: observacional, retrospectivo, transversal e ecológico.

- Observacional por não existir intervenção do investigador.
- Retrospectivo por serem trabalhados dados de 2017 a 2018.
- Transversal por serem observações repetidas num dado momento do tempo.
- Ecológico pelo facto da análise ser em grupo, mais concretamente, por centro hospitalar, e não ao nível do indivíduo.

4.2 População em estudo

A população em estudo inclui a população residente em Portugal continental inscrita em primeiras consultas hospitalares, inscritos em cirurgia dentro do TMRG e com episódios de internamento de agudos ocorridos nos hospitais do SNS em Portugal Continental, entre 2017 e 2018.

4.2.1 Critérios de exclusão da população

Os critérios de exclusão da população em estudo são:

- Ter menos de 18 anos;
- Internamentos com menos de 24h;
- Internamentos por gravidez, parto e puerpério;
- Episódios de internamento com concelho de residência desconhecido;
- Instituições de saúde não incluídas na avaliação da Percentagem de primeiras consultas em tempo adequado e Percentagem de inscritos em LIC dentro do TMRG do Portal da Transparência;
- Episódios de internamento não identificados como “Médicos” ou “Cirurgicos”;
- Género não identificado como “Masculino” ou “Feminino”.

4.3 Fonte de dados

Para a realização do presente estudo foi utilizada a Base de Dados de Morbilidade Hospitalar (BDMH) , com dados entre 2017 e 2018. Esta contém a informação relativa aos episódios de internamento no SNS em Portugal Continental, através de informação anónima, onde os episódios são identificados através de um número fictício criado para o efeito. A base de dados contém informação relativa às características dos doentes (idade, sexo, residência) e dos episódios de internamento:

- Tipo de admissão,
- Dias de internamento,
- Identificação da instituição de saúde,
- Diagnósticos secundários.

De forma a complementar a informação necessária a este estudo foram, também, utilizados dados do Portal da Transparência relativos aos anos entre 2017 e 2018, para as instituições de saúde:

- Percentagem de primeiras consultas em tempo adequado (proporção de utentes referenciados (CTH) para a primeira consulta externa (CE), com consulta externa prestada dentro do Tempo Máximo de Resposta Garantido (TMRG), no total de primeiras consultas externas prestadas),
- Percentagem de inscritos em LIC (Lista de Inscritos em Cirurgia) dentro do TMRG (Tempo Máximo de Resposta Garantida) (proporção do número de doentes inscritos para cirurgia, que se encontram a aguardar intervenção cirúrgica, dentro dos tempos máximos de resposta garantida, no total de doentes inscritos).

Recorreu-se a dados da PORDATA para operacionalização das variáveis de controlo:

- Ganho médio mensal dos trabalhadores por conta de outrem, por local de residência, nos anos de 2017 e 2018.

No portal do Instituto Nacional de Estatística (INE) foi recolhida informação para caracterização socio-demográfica da população portuguesa:

- População residente por local de residência, sexo e níveis de ensino, entre 2010 e 2020.

4.4 Variáveis em estudo

Variáveis dependentes em estudo:

- Número de internamentos hospitalares médicos e cirúrgicos
- Duração média, por número de dias, de internamento médico e cirúrgico.

Variáveis independentes em estudo:

- Proporção de primeiras consultas em tempo adequado;
- Proporção de inscritos em LIC dentro do TMRG;

Variáveis de Controlo:

- Sexo;
- Idade;
- Escolaridade;
- Rendimento médio mensal;
- Número de comorbilidades.

4.4.1- Quadro de operacionalização das variáveis de caracterização demográfica

Variáveis de Controlo	Descrição Operacional	Tipo	Categoria
Sexo	Sexo do doente, podendo assumir a dicotomia feminino ou masculino	Nominal	1 – Masculino 2 – Feminino
Idade	Idade verificada na data em que o doente foi internado	Ordinal	Média de idades dos doentes saídos à data do internamento
Percentagem da população sem escolaridade*	Percentagem de população sem escolaridade por instituição hospitalar do SNS	Numérica	Não aplicável
Percentagem da população com ensino superior**	Percentagem de população com ensino superior por instituição hospitalar do SNS	Numérica	Não Aplicável
Ganho médio mensal ponderado por instituição hospitalar***	Ganho médio mensal dos trabalhadores por conta de outrem por instituição hospitalar do SNS	Numérica	Não aplicável
Comorbilidades por doente saído	Nº de diagnósticos secundários verificados na data em que o doente foi internado	Ordinal	1 – 0 2 – 1 a 2 3 - 2 a 5 4 - >5

*- Média ponderada da população sem escolaridade internada nas instituições hospitalares que reside nos principais municípios

** - Média ponderada da população com nível de ensino superior internada nas instituições hospitalares que reside nos principais municípios

*** - Média ponderada do rendimento da população internada nas instituições hospitalares que reside nos principais municípios

4.4.2 Quadro de operacionalização das variáveis em estudo

Variáveis Dependentes	Descrição Operacional	Tipo
Número de internamentos por Instituição Hospitalar do SNS	Total de doentes saídos por Centro Hospitalar	Numérica
Demora média por Instituição Hospitalar do SNS	Número médio de dias de internamento por Centro Hospitalar	Numérica
Variáveis Independentes	Descrição Operacional	Tipo
Primeiras consultas em tempo adequado por Instituição Hospitalar do SNS	Percentagem de primeiras consultas realizadas em tempo adequado	Numérica
Inscritos em LIC dentro do TMRG por Instituição Hospitalar do SNS	Percentagem de inscritos em LIC dentro do TMRG	Numérica

4.5 Tratamento e análise de dados

O tratamento e análise estatística foram desenvolvidos com recurso ao *software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) statistics 28*.

Inicialmente, foi analisada a BDMH para os anos de 2017 e 2018, verificando-se um total de 3 317 461 (1 715 363 referentes a 2017, e 1 602 098 referentes a 2018) episódios, sobre os quais foram aplicados os critérios de exclusão, que identificaram 2 253 475 episódios, e medidas de identificação de *outliers* com 43 918 episódios, num total de 2 297 393 episódios. Desta análise inicial, resultaram 1 020 068 episódios, os quais formam a amostra da população em estudo.

Posteriormente, procedeu-se à elaboração de uma BD que unificasse, num único local, os dados oriundos das diferentes fontes consultadas (INE, PORDATA, BDMH e Portal da Transparência). Para isso, fez-se a correspondência de todas elas através da instituição hospitalar. A partir da BD criada, procedeu-se à análise descritiva, com a determinação da média, desvio padrão, valor máximo e valor mínimo das variáveis em estudo.

Sendo a DM a variável dependente que depende de cálculo estatístico (média de dias de internamento), com base nos dados obtidos foi calculado o Coeficiente de Variação que demonstrou uma grande variabilidade e distribuição assimétrica dos dados, pelo que se procedeu ao cálculo da mediana (Demora mediana) com o propósito de dar robustez ao estudo.

Relativamente à variável “Número de internamentos por Instituição Hospitalar do SNS” foi calculado o N^o de internamentos por 1000 habitantes, para apresentação dos resultados por ARS.

Para verificar se existe relação entre a atividade e tempos de internamento, anual, ao nível da instituição de saúde do SNS, assim como a associação destas com a proporção de inscritos em LIC dentro do TMRG, no grupo de internamento por motivo cirúrgico, e Proporção de 1^a Consultas em Tempo Adequado no grupo de internamento por motivo médico procedeu-se inicialmente à criação de duas variáveis: Demora média de internamento e Número de internamentos por instituição.

O estudo da existência de relação entre duas variáveis quantitativas é feito através do teste T de significância de correlações, em que ρ representa o coeficiente de correlação de Pearson. A análise da significância observada, também denominado de *p-value*, para cada par de variáveis permite-nos concluir que se o valor for inferior a 0,01 (nível de significância teórico) então a relação entre as variáveis pode ser considerada significativa permitindo afirmar que existe relação entre as variáveis.

A análise estatística para descrever a relação entre duas ou mais variáveis de tipo quantitativo realizou-se através de um modelo de Regressão Linear visto estarmos perante uma variável contínua. Este é utilizado para prever o comportamento da variável dependente (para o estudo trata-se da DM) a partir de uma ou mais variáveis independentes (rendimento mensal, escolaridade, número de comorbilidades, 1^a consultas em tempo adequado e inscritos em LIC dentro do TMRG) quantitativas. Neste estudo foram elaborados dois modelos de regressão um para o departamento médico e outro para o departamento cirúrgico. Em qualquer um dos modelos pretende-se prever se o tempo médio de internamento é explicado pela proporção de 1^a consultas em tempo adequado ou pela proporção de inscritos em LIC dentro do TMRG (dependendo do grupo). Para controlar para algum possível confundimento, adicionaram-se as variáveis de rendimento médio da população residente que acedeu aos cuidados, escolaridade desta população, e número médio de comorbilidades do doente internado. Foi analisada ainda a evolução ao longo dos anos observados.

4.6 Procedimentos éticos

A utilização da BDMH salvaguarda os direitos éticos como o direito ao anonimato e à confidencialidade, através de informação anónima, onde os episódios são identificados através de um número fictício criado para o efeito.

O trabalho em curso não envolve a necessidade de pedidos de autorização a instituições nem notificação à Comissão Nacional de Proteção de Dados.

Nego qualquer conflito de interesses.

Em anexo poderá ser consultado o documento de aprovação para acesso à BDMH.

5 RESULTADOS

Este capítulo visa a apresentação dos resultados da associação entre as primeiras consultas em tempo adequado e inscritos em LIC dentro do TMRG, ao nível das instituições hospitalares do SNS.

Desta forma, é apresentada uma análise, do geral para o particular, que permite compreender a realidade geral do país, seguindo-se uma observação comparativa ao nível das ARS e, por fim, a avaliação comparativa das instituições de saúde do SNS.

Tabela 1 – Caracterização das variáveis para as instituições hospitalares em estudo

Variáveis	Total	2017	2018
Total			
Mulheres (% de doentes)	50.6	50.6	50.6
Idade (anos)	66.16	65.97	66.37
Idade Máxima	110	109	110
Proporção de 1ª Consultas em Tempo Adequado	74.94	75.74	74.14
Valor Mínimo	11.81	44.45	11.81
Valor Máximo	100	100	99.98
Proporção de inscritos em LIC dentro do TMRG	87.22	87.34	87.11
Valor Mínimo	68.35	69.01	68.35
Valor Máximo	100	100	99.97
Demora média de internamento	7.33	7.32	7.33
GDH Médicos	8.18	8.15	8.22
GDH Cirúrgicos	6.05	6.10	6.00
Nº de Internamentos (total)	1 020 068	541 852	478 216
Médico	610 663	324 156	286 507
Cirúrgico	409 405	217 696	191 709
Comorbilidades	5.81	5.7	5.94
0	8.6	8.7	8.4
1 – 2	19.8	20.3	19.4
3 - 5	27.5	27.7	27.3
> 5	43.9	42.9	44.8

Fonte: Elaboração própria, dados extraídos da BDMH, e Portal da Transparência, 2017/2018

Nos dois anos em análise verifica-se um equilíbrio no que refere ao género, com uma média de idades que ronda os 66 anos, existindo casos pontuais de utentes acima dos 100 anos de idade.

Em termos de resposta a pedidos de 1ª consulta de especialidade e LIC, constata-se uma média de 75% para as primeiras e 87% para os segundos. Em ambos se verifica um ligeiro decréscimo da capacidade de resposta.

No que respeita à atividade de internamento verificam-se internamentos de maior duração no departamento médico, com uma demora média de 8 dias, e 6 dias no departamento cirúrgico, tal como um maior número de internamentos médicos que cirúrgicos. A DM não varia muito nos dois anos em análise. Não obstante, a média de comorbilidades tem um ligeiro aumento em 2018, sobretudo nos utentes com mais de 5 comorbilidades.

Tabela 2 - Caracterização da Atividade de internamento, Proporção de 1ª Consultas e Inscritos em LIC dentro do TMRG por ARS (média aproximada)

VARIÁVEIS	ARS NORTE	ARS CENTRO	ARS LVT	ARS ALENT	ARS SUL
GDH Médicos					
Nº Internamentos (por 1000 habitantes)					
2017	33.77	27.53	41.84	14.63	28.76
2018	31.40	21.73	36.64	12.06	29.38
Demora Média					
2017	8.06	9.22	8.57	8.33	9.44
2018	8.04	8.96	8.55	8.61	9.5
2018	8.07	9.48	8.59	8.05	9.38
Proporção de 1ª Consultas					
2017	74.32	76.12	73.22	74.95	74.15
2018	74.32	78.29	74.39	73.84	75.55
2018	74.32	73.95	72.05	76.06	72.74
GDH Cirúrgicos					
Nº Internamentos (por 1000 habitantes)					
2017	28.32	15.10	27.44	9.67	15.05
2018	24.58	11.88	24.96	8.95	14.38
Demora Média					
2017	5.87	6.05	6.09	6.61	8.12
2018	5.5	5.97	6	6.67	8.01
2018	6.21	6.12	6.19	6.55	8.23
Proporção de inscritos em LIC					
2017	90.56	88.65	83.71	85.92	83.43
2018	90.33	88.68	84.49	85.99	84.03
2018	90.79	88.63	82.92	85.85	82.82

Fonte: Elaboração própria, dados extraídos da BDMH, e Portal da Transparência, 2017/2018

Numa visão geral, verifica-se uma atividade de internamento, por 1000 habitantes, mais acentuada nas ARS LVT e Norte, pertencendo os valores mais baixos à ARS Alentejo, contudo esta é a segunda região com menor densidade populacional¹. A ARS Sul, apesar de ser a região com menor densidade populacional e ser constituída por apenas um Centro Hospitalar, coloca-se em terceiro lugar das ARS com maior atividade de

¹ Anexo A - Tabela de população residente por ARS

internamento. Relativamente à DM, a ARS Sul mantém valores mais elevados tanto no departamento médico, como no departamento cirúrgico, sendo a diferença mais significativa no caso do segundo relativamente às restantes ARS, condição que poderá estar associada ao facto de ser a ARS com a proporção de Inscritos em LIC dentro do TMRG mais baixa. Contudo, esta condição não se verifica nos GDH médicos, apresentando uma DM superior a proporção de 1ª consultas não é a mais baixa de entre as cinco ARS. A melhor resposta à procura de 1ª consultas de especialidade, nos 2 anos em análise, pertence à ARS Centro, contudo esta apresenta a segunda DM mais elevada das ARS em análise.

No que concerne aos GDH cirúrgicos, a ARS Norte obteve a melhor proporção de inscritos em LIC dentro do TMRG simultaneamente com os melhores resultados de DM, o que poderá justificar o facto de ter a segunda maior média de internamentos. Ou seja, o facto de cada utente ter ocupado uma cama de hospital por um menor período de tempo possibilita a resposta a um maior número de utentes. Não obstante, também revela uma melhor utilização da capacidade instalada.

Em relação à evolução anual para o período em análise, regista-se um decréscimo da média de internamentos, proporção de 1ª consultas de especialidade e inscritos em LIC dentro do TMRG, verificando-se na generalidade, e de forma expectável, um aumento da DM em ambos os departamentos, verificando-se um aumento da média de internamentos médicos na ARS Sul.

No que respeita ao departamento médico, a ARS Centro registou, com menos 4,34%, o decréscimo mais acentuado de proporção de 1ª consultas de especialidade, e um aumento de 0,52% na DM, de 2018 em relação a 2017. Em contrapartida, a ARS Alentejo apresenta um aumento de 2,22% na proporção de 1ª consultas de especialidade, acompanhado de um decréscimo de 0,56% da DM.

O departamento cirúrgico acompanhou a tendência geral, no entanto com uma variação de valores menos significativa que a registada no departamento médico. Assim, a ARS LVT regista a maior descida de proporção de inscritos em LIC dentro do TMRG, com 1,57%. Já a ARS Alentejo, contraria a tendência com uma diminuição de 0,19% da DM. Não obstante, verifica-se um aumento de 0,46% na proporção de inscritos em LIC dentro do TMRG na ARS Norte, que contrariamente ao que poderia ser esperado registou um aumento da DM em 0,71%.

Seguidamente, são apresentados os resultados das 5 instituições hospitalares do SNS, com melhor desempenho na sua ARS. Para cumprimento deste propósito, após serem determinadas a DM, demora mediana e proporção de 1ª consulta de especialidade e inscritos em LIC dentro do TMRG, foram selecionadas as instituições que apresentaram as DM/mediana mais baixas e resposta a pedidos de consulta ou inscritos em LIC mais elevados. De modo a evitar que um dos departamentos não estivesse representado foram selecionados as 2 instituições com melhor desempenho em cada um dos departamentos, recaindo a escolha da 5ª instituição na que, mediante estes critérios, oferecesse os melhores resultados.

Tabela 3 - Caracterização da Atividade de internamento e Proporção de 1ª Consultas e Inscritos em LIC dentro do TMRG por Instituições Hospitalares do SNS com melhor desempenho na ARS Norte

ARS Norte	Norte 1	Norte 12	Norte 3	Norte 14	Norte 16
Departamento Médico					
Demora Média					
2017	8.05	8.90	8.67	7.15	7.04
2018	7.94	8.86	8.71	6.77	6.91
Demora Mediana					
2017	7	7	7	5	5
2018	7	7	7	5	5
Proporção de 1ª Consultas					
2017	97.21	84.53	68.65	99.83	82.59
2018	96.18	82.87	72.08	99.78	85.04
Departamento Cirúrgico					
Demora Média					
2017	3.90	4.40	5.35	7.53	5.46
2018	3.91	4.19	5.43	7.48	5.55
Demora Mediana					
2017	2	2	3	5	3
2018	2	2	3	5	3
Proporção de inscritos em LIC					
2017	99.95	95.23	98.35	71.35	95.16
2018	99.95	99.58	99.41	70.65	92.68

Fonte: Elaboração própria, dados extraídos da BDMH, e Portal da Transparência, 2017/2018 .

De acordo com a tabela de caracterização da atividade das várias instituições hospitalares que constituem a ARS Norte², e que forneceram dados representativos para o estudo, verifica-se que a DM de internamento médico varia entre os 6,67 dias (Norte 14) e os 10,71 dias (Norte 11), em que a mediana de internamento se fixa entre os 5 e 8 dias para as mesmas instituições. Em termos de proporção de 1ª consultas de especialidade, regista-se uma variação entre os 44,45% (Norte 6) e 99,98% (Norte 11). Este último, apesar do bom desempenho na resposta a pedidos de 1ª consultas apresenta a DM mais elevada da ARS, podendo estar associada ao tipo de patologia a que responde. No departamento cirúrgico, a DM de internamento varia entre os 3,9 e 7,53 dias, com uma mediana de 2 e 5 dias, para as instituições Norte 1 e Norte 14 respetivamente. No que se refere à proporção de inscritos em LIC dentro do TMRG, esta encontra-se entre os 70, 65% e 99,95% para as instituições representadas em Norte 14 e Norte 1.

Na ARS Norte, as instituições hospitalares que se destacaram com uma DM/mediana de dias de internamento mais baixa, e os valores mais elevados de proporções de 1as consultas de especialidade e inscritos em LIC dentro do TMRG, nos anos 2017/2018, foram as representadas em Norte 1, Norte 12, Norte 3, Norte 14 e Norte 16.

Relativamente ao departamento médico, a instituição Norte 14 apresenta os melhores resultados tanto para a proporção de 1as consultas de especialidade, com proporções acima dos 99%, como para a DM/mediana de dias de internamento, com uma Demora Mediana de 5 dias.

No departamento cirúrgico, a instituição Norte 1 apresenta os melhores resultados tanto para a proporção de inscritos em LIC dentro do TMRG, com proporções de 99,95%, como para a DM/mediana de dias de internamento, com uma Demora Mediana de 2 dias e uma DM abaixo dos 4 dias.

² ANEXO B - Caracterização da Atividade de internamento e Proporção de 1ª Consultas e Inscritos em LIC dentro do TMRG por Instituição Hospitalar do SNS dentro da ARS Norte

Tabela 4 - Caracterização da Atividade de internamento e Proporção de 1ª Consultas e Inscritos em LIC dentro do TMRG por Instituições Hospitalares do SNS com melhor desempenho na ARS Centro

ARS Centro	Centro 2	Centro 3	Centro 5	Centro 8	Centro 10
Departamento Médico					
Demora Média					
2017	7.67	7.22	8.52	7.34	8.22
2018	7.50	7.39	8.65	7.26	8.30
Demora Mediana					
2017	6	6	7	6	7
2018	5	6	7	6	7
Proporção de 1ª Consultas					
2017	68.72	72.13	74.71	97.72	89.1
2018	72.83	53.88	66.79	77.32	92.67
Departamento Cirúrgico					
Demora Média					
2017	5.77	5.06	6.14	6.00	6.48
2018	5.58	5.24	7.43	6.19	6.20
Demora Mediana					
2017	3	3	4	3	4
2018	3	3	4	4	4
Proporção de inscritos em LIC					
2017	95.04	90.53	84.35	99.61	86.32
2018	88.23	94.33	98.61	99.18	94.02

Fonte: Elaboração própria, dados extraídos da BDMH, e Portal da Transparência, 2017/2018

Das instituições hospitalares da ARS Centro³, que respondiam aos critérios de inclusão do presente estudo, verifica-se que a DM de internamento médico varia entre os 7,22 e 14,63 dias de internamento no Centro 6 e Centro 13, com uma Demora Mediana de 6 e 13 dias, respetivamente. Não obstante, o Centro 2 apresenta a Demora Mediana mais baixa, situada nos 5 dias de internamento, durante o ano de 2018. Relativamente à proporção de 1as consultas de especialidade, no período em análise, apresentam uma variação entre 53,88% no Centro 3 e 97,72% no Centro 8. No que concerne ao departamento cirúrgico, os dados apresentam valores de DM de internamento que varia entre 3,96 dias (Centro 7) e 7,65 dias (Centro 4), fixando-se a Demora Mediana entre os 3 e 6 dias para as mesmas instituições. Neste caso, a proporção de inscritos em LIC dentro do TMRG encontra-se entre os 68,35% e 99,61% para os Centro 4 e Centro 8.

³ ANEXO B - Caracterização da Atividade de internamento e Proporção de 1ª Consultas e Inscritos em LIC dentro do TMRG por Instituição Hospitalar do SNS dentro da ARS Centro

Os Centro 2, 3, 5, 8 e 10 representam as instituições hospitalares do SNS que, na ARS Centro, reúnem os melhores resultados tanto para a DM/mediana, como para as proporções de 1ª consultas de especialidade e inscritos em LIC dentro do TMRG, no período em análise.

Ao longo do período em análise, o Centro 8 é aquele que reúne um melhor desempenho global com uma resposta a a pedidos de 1ª consultas e inscritos em LIC acima dos 97% (exceptuando os pedidos de 1ª consultas em 2018 que apresentam uma resposta de 77,32%).

Globalmente, o Centro 3 apresenta as DM e Demora mediana mais baixas, com DM de cerca de 7 dias e Demora mediana de 6 dias no departamento médico, e DM de cercas de 5 dias, para uma mediana de 3 dias no departamento cirúrgico.

Tabela 5 - Caracterização da Atividade de internamento e Proporção de 1ª Consultas e Inscritos em LIC dentro do TMRG por Instituições Hospitalares do SNS com melhor desempenho na ARS LVT

ARSLVT	LVT 2	LVT 16	LVT 1	LVT 9	LVT 12
Departamento Médico					
Demora Média					
2017	7.38	6.02	7.67	8.71	8.80
2018	7.45	5.80	7.61	8.80	8.49
Demora Mediana					
2017	6	3	6	7	7
2018	6	3	6	7	7
Proporção de 1ª Consultas					
2017	83.98	89.79	70.93	68.63	73.1
2018	78.34	90.71	65.35	63.02	74.5
Departamento Cirúrgico					
Demora Média					
2017	6.97	6.00/	6.14	6.00	4.86
2018	6.31	5.89	6.26	5.50	4.92
Demora Mediana					
2017	4	4	4	4	3
2018	4	4	4	4	3
Proporção de inscritos em LIC					
2017	75.34	69.01	87.37	93.83	87.12
2018	74.83	73.7	84.59	94.47	80.26

Fonte: Elaboração própria, dados extraídos da BDMH, e Portal da Transparência, 2017/2018

Na ARS LVT⁴ verifica-se, nos anos de 2017 e 2018, uma variação da DM no internamento médico entre 5,8 dias (LVT16) e 13,3 dias (LVT 4), com uma demora mediana de 3 a 12 dias, respetivamente. Já a proporção de 1ª Consultas de especialidade situa-se entre 54,49% em LVT10 e 97,35% em LVT 4. O departamento cirúrgico, apresenta valores de DM que oscilam entre os 4,86 dias em LVT 12 e 7,48 dias em LVT11, com demora mediana entre os 3 e 4 dias de internamento. Não obstante, em LVT 11, no ano de 2018, verifica-se uma subida da demora mediana para 5 dias, apesar da DM apresentar um valor mais baixo que o ano anterior, fixado nos 6,76 dias. Relativamente a proporção de inscritos em LIC dentro do TMRG, a ARS LVT apresenta uma resposta entre os 69,01% em LVT 16 e 98,35% em LVT8, no período em análise.

Globalmente, na ARS LVT, as instituições com valores de DM/mediana de dias de internamento mais baixa, e valores mais elevados de proporções de 1as consultas de especialidade e inscritos em LIC dentro do TMRG, nos anos em análise, são a LVT1, LVT 2, LVT9, LVT 12, LVT 16.

Relativamente ao departamento médico, a instituição LVT 16 apresenta os melhores resultados tanto para a proporção de 1as consultas de especialidade, com proporções de cerca de 90%, como para a DM/mediana, situando-se a DM próxima dos 6 dias e a Demora Mediana em 3 dias de internamento.

No departamento cirúrgico, a instituição LVT 9 apresenta os melhores resultados para a proporção de inscritos em LIC dentro do TMRG, com proporções de cerca de 94%. Já em LVT 12 verificam-se os melhores resultados de DM/mediana de dias de internamento, com uma DM a rondar os 5 dias e uma Demora Mediana de 3 dias.

⁴ ANEXO B - Caracterização da Atividade de internamento e Proporção de 1ª Consultas e Inscritos em LIC dentro do TMRG por Instituição Hospitalar do SNS dentro da ARS LVT

Tabela 6 - Caracterização da Atividade de internamento e Proporção de 1ª Consultas e Inscritos em LIC dentro do TMRG por Instituições Hospitalares do SNS com melhor desempenho na ARS Alentejo e ARS Sul

ARS Alentejo e ARS Sul	Alent 1	Alent 2	Alent 3	Alent 4	Sul 1
Departamento Médico					
Demora Média					
2017	8.03	10.06	8.34	8.02	9.50
2018	7.91	9.84	8.15	6.30	9.38
Demora Mediana					
2017	6	8	7	6	8
2018	6	8	7	4	7
Proporção de 1ª Consultas					
2017	61.53	68.87	91.57	73.38	75.55
2018	60.48	79.36	89.53	74.86	72.74
Departamento Cirúrgico					
Demora Média					
2017	5.81	8.27	7.21	5.38	8.01
2018	5.56	8.20	7.08	5.36	8.23
Demora Mediana					
2017	3	5	5	4	6
2018	3	5	5	4	5
Proporção de inscritos em LIC					
2017	79.75	82.1	87.86	94.23	84.03
2018	78.42	89	87.7	88.27	82.82

Fonte: Elaboração própria, dados extraídos da BDMH, e Portal da Transparência, 2017/2018

A análise da tabela 6 permite concluir que, na ARS Alentejo⁵, a instituição com DM, e mediana, mais baixa tanto no departamento médico como cirúrgico em 2017 e 2018 foi o Alent 4.

No departamento médico, a DM de internamento para os anos em análise, variou entre os 6,3 dias na instituição Alent 4 e os 10,06 dias na instituição Alent 2, com uma demora mediana entre 4 a 8 dias, respetivamente. No que concerne à resposta a pedidos de 1ª consultas de especialidade, verifica-se uma oscilação entre os 60,48%, na Alent 1 em 2018, e os 91,57%, na Alent 3 em 2017.

No departamento cirúrgico, verificou-se uma DM entre os 5,36 dias (Alent 4) em 2018, e os 8,27 dias (Alent 2) em 2017, com uma demora mediana de 4 a 5 dias de internamento. A proporção de inscritos em LIC dentro do TMRG apresenta, neste

⁵ ANEXO B - Caracterização da Atividade de internamento e Proporção de 1ª Consultas e Inscritos em LIC dentro do TMRG por Instituição Hospitalar do SNS dentro da ARS Alentejo

período, uma variação entre os 78,42% na Alent 1, em 2018, e 94,23% na Alent 4, em 2017.

Na ARS Sul, verifica-se uma diminuição na capacidade de resposta a pedidos de 1ª consultas de especialidade e inscritos em LIC dentro do TMRG, o que poderia sugerir um aumento das DM e demora mediana, tal não acontece no departamento médico onde a oscilação destes indicadores é pouco expressivo, contudo verifica-se diminuição do seu valor.

Tabela 7 – Análise de Correlação entre Proporção de 1as Consultas de especialidade e Proporção de Inscritos em LIC dentro do TMRG com Nº de internamentos e DM

Variável	Correlação [‡]	Significância	(N)
Proporção de 1as Consultas de Especialidade			
Nº Internamentos (2017-2018)	-0,371**	<,001	92
2017	-0,366*	0,012	46
2018	-0,384**	0,008	46
Demora Média (2017-2018)	0,105	0,317	92
2017	0,115	0,448	46
2018	0,100	0,507	46
Proporção de Inscritos em LIC dentro do TMRG			
Nº Internamentos (2017-2018)	-0,277**	0,009	87
2017	-0,310*	0,041	44
2018	-0,250	0,105	43
Demora Média (2017-2018)	-0,541**	<,001	87
2017	-0,549**	<,001	44
2018	-0,541**	<,001	43

Fonte: Elaboração própria, dados extraídos da BDMH, e Portal da Transparência, 2017/2018

* - A correlação é significativa no nível 0,05

** - A correlação é significativa no nível 0,01

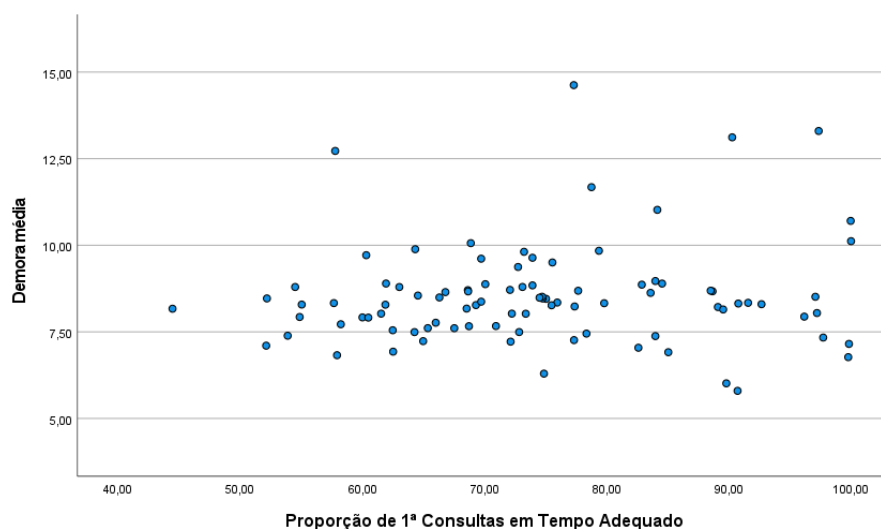
‡ - coeficiente de correlação de Pearson

Globalmente, a análise da tabela 7 permite-nos concluir que existe uma relação inversa entre a proporção de inscritos em LIC dentro do TMRG e a demora média ($p < 0,001$), assim como com o número de internamentos ($p = 0,009$). No que se refere ao departamento médico é possível inferir que o número de internamentos e a proporção de 1ª Consultas em Tempo Adequado se encontram relacionados ($p < 0,001$). O mesmo não sucede entre as 1ª consultas e o tempo de demora média. Quando procedemos à segmentação por ano podemos concluir que as correlações são significativas entre a demora média e o número de internamentos ($p = 0,001$) em 2017 e entre o número de internamentos e a percentagem de 1ª consultas em 2018 ($p = 0,008$). Embora existam correlações significativas, a sua dimensão é relativamente baixa, encontrando-se abaixo

de 50% na maioria dos casos, com exceção da correlação entre a demora média e os inscritos em LIC dentro do TMRG, com uma correlação de cerca de 54%.

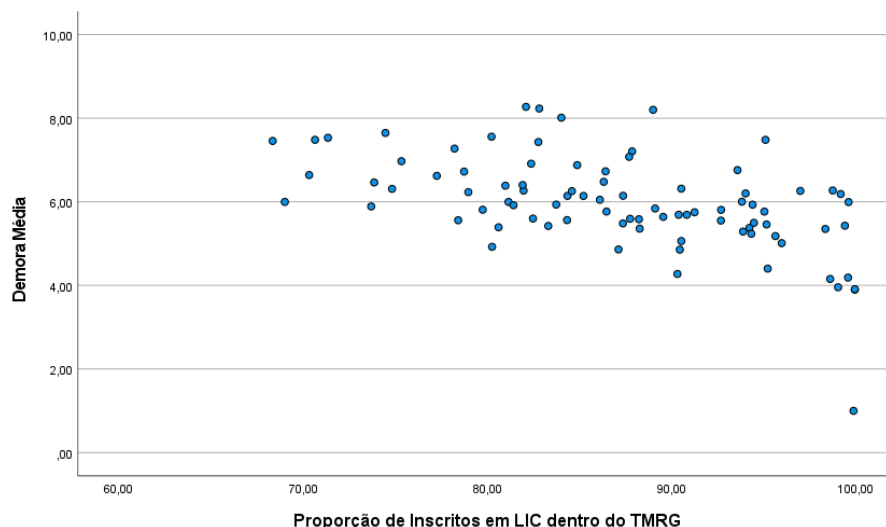
Para compreender melhor a relação existente entre a DM de internamento e a proporção de 1ª Consultas em Tempo Adequado e Inscritos em LIC dentro do TMRG procedeu-se à sua representação gráfica através da construção de Gráficos de Dispersão.

Gráfico 1 – Proporção de 1ª Consultas em Tempo Adequado X Demora Média



O gráfico de dispersão do departamento médico apresenta uma distribuição quase horizontal entre a proporção de 1ª Consultas de especialidade e a DM de internamento, o que demonstra uma correlação baixa, com uma DM próxima de 8 dias independentemente da resposta aos pedidos de 1ª Consultas de especialidade.

Gráfico 2 – Proporção de Inscritos em LIC dentro do TMRG X Demora Média



O gráfico de dispersão do departamento cirúrgico apresenta uma tendência ligeiramente decrescente da DM, existindo uma concentração de caso um pouco maior quando a proporção de inscritos em LIC aumenta. Assim, podemos inferir que a correlação entre a proporção de inscritos em LIC dentro do TMRG e a DM é ligeiramente negativa, ou seja o aumento da resposta a pedidos de inscritos em LIC dentro do TMRG leva a uma ligeira diminuição da DM de internamento.

Tabela 8 – Análises de Regressão Linear para a demora média, para GDH médicos e cirúrgicos

Variável – demora média	Regressão 1			Regressão 2		
	β	SE	Valor - p	β	SE	Valor - p
1ª Consultas Tempo Adequado	0.173	0.013	0.124	-	-	-
Inscritos em LIC dentro TMRG	-	-	-	-0.443	0.013	<0.001
Rendimento Mensal	-0.302	0.002	0.142	-0.662	0.001	<0.001
Escolaridade						
Sem escolaridade	-0.125	0.140	0.307	0.398	0.083	<0.001
Com ensino superior	0.207	0.046	0.342	0.664	0.029	<0.001
Nº médio de comorbilidades	-0.087	0.079	0.433	-0.031	0.082	0.733
Ano 2018	0.071	0.313	0.514	0.067	0.182	0.418
	$R^2 = 0,7\%$			$R^2 = 44\%$		

Da análise do departamento médico verificamos que nenhuma das variáveis independentes é estatisticamente significativa, apresentando todas as variáveis

significância superior a 0,1. Assim, nesta amostra, a percentagem de primeiras consultas em tempo adequado não estava associada com a demora média.

No que se refere ao departamento cirúrgico, os resultados permitem concluir que 44% da variação total da DM é explicada pelas variáveis independentes incluídas no modelo. Da análise dos resultados obtidos conclui-se que o número médio de comorbilidades e não tinham significância estatística (com $p=0,733$ e $p=0,418$, respectivamente). Neste contexto, verificou-se uma associação negativa com o rendimento médio da população e a proporção de inscritos em LIC dentro do TMRG, concluindo-se que à medida que estas aumentam a DM diminui. No entanto, e ao contrário do que poderia ser inicialmente esperado, o facto da população possuir um nível de ensino superior parece induzir a um aumento do número de dias de internamento.

6. DISCUSSÃO

Com este estudo pretendeu-se aferir a relação entre as primeiras consultas em tempo adequado e inscritos em LIC dentro do TMRG na atividade de internamento de agudos adultos em Portugal Continental, no período entre 2017 e 2018. A metodologia utilizada permitiu analisar a proporção de primeira consulta de especialidade realizada e número de inscritos em LIC, e possibilitou a análise da atividade e tempos de internamento médico e cirúrgico. Permitiu, ainda, determinar a associação entre a proporção de primeiras consultas e inscritos em LIC dentro do TMRG e a atividade e tempos de internamento, nas instituições hospitalares do SNS.

Nos dois anos em análise verifica-se um equilíbrio na evolução da maioria das variáveis existindo, no entanto, pequenas variações. Apesar de todos os cidadãos terem direito a cuidados de saúde em tempo clinicamente aceitável, como previsto na Lei de Bases da Saúde, a resposta aos pedidos de primeira consulta de especialidade e inscritos em LIC dentro do TMRG apresenta uma média de 75% para as primeiras e 87% para os segundos, existindo um ligeiro decréscimo na capacidade de resposta entre 2017 e 2018. Não obstante, o estudo demonstra um aumento da capacidade de resposta de 4% em primeira consulta, face aos 71% obtidos no triénio 2014 – 2016 (Tribunal de Contas, 2017).

De um modo geral, observa-se, ainda, que no departamento médico tanto o número de internamentos, como a DM são superiores aos do departamento cirúrgico, detendo o primeiro uma DM superior em cerca de 2 dias e quase mais 200 000 internamentos/ano, para o período e amostra em estudo. No entanto, a capacidade de resposta a pedidos de inscritos em LIC é cerca de 12% superior à dos pedidos de primeira consulta, o que poderá estar associado ao facto da decisão sobre a necessidade de um procedimento cirúrgico ser sempre tomada em consulta.

Em Portugal “as necessidades não satisfeitas apontam para barreiras persistentes ao acesso, em particular para as pessoas com baixos rendimentos” (OCDE, 2021), onde populações de condição socialmente mais vulnerável, mantêm dificuldades de acesso a cuidados de saúde (Antunes *et al.*, 2020), e verificando-se que a existência de iniquidades favorece os cidadãos com rendimento mais elevado (Furtado e Pereira, 2010).

Assim, quando analisados os GDH médicos, por ARS, constata-se que a ARS Alentejo detém o menor volume de internamentos por 1000 habitantes e a segunda melhor DM e resposta a pedidos de primeira consulta, em oposição as ARS Centro e Sul que

possuem as DM mais elevadas, com valores acima dos 9 dias, a ARS LVT apresenta os maiores volumes de internamentos e menor resposta a pedidos de primeira consulta. Pertencendo a ARS Alentejo a uma região menos urbanizada e detendo uma população tipicamente com rendimentos e nível socio-económico mais baixos, em contra-ponto com as ARS LVT e Centro, colocam-se dúvidas sobre as dificuldades de acesso associadas a fatores como a urbanidade, e fatores socio-económicos ou educacionais. Relativamente a ARS LVT, Centro e Norte a diferença expressa nestes indicadores poderá estar associada, ou ser justificada, pelo facto de deterem os centros hospitalares mais diferenciados e especializados, acabando por oferecer cuidados de saúde a uma população mais vasta que aquela que estaria inicialmente na sua abrangência demográfica. Já nos GDH cirurgicos, a ARS Alentejo continua a manter um menor número de internamentos por 1000 habitantes, que poderá ser explicada por ser uma região com densidade populacional mais baixa, e a ARS Norte apresenta os melhores indicadores de DM e proporção de inscritos em LIC.

Não obstante, quando analisados por instituição hospitalar, os melhores perfis de desempenho poderão pertencer a uma instituição não pertencente à ARS que detém o melhor perfil.

Em teoria, e de acordo com Wensing (2021), uma forte continuidade de cuidados favorece um menor risco de internamento, internamentos evitáveis e readmissões, afirmando que “uma maior continuidade de cuidados pode ser um dos mecanismos subjacentes às menores taxas de hospitalização” (Wensing, Szecsenyi e Laux, 2021).

No entanto, quando comparado por instituição hospitalar verifica-se que, maioritariamente, o facto de uma instituição ter uma boa capacidade de resposta a pedidos de primeira consulta ou inscritos em LIC não está diretamente associado a uma menor DM.

No departamento médico, existe uma variação de DM entre os 6 e os 13 dias, em que os últimos poderão ser justificados por pertencerem a uma instituição que recebe doentes com necessidade de tratamento de longa duração. Neste caso, e se considerarmos a segunda instituição com DM mais longa, esta passa a ter uma variação entre os 6 e os 12 dias. Relativamente à resposta a pedidos de primeira consulta, tanto o valor mais elevado como o mais baixo pertencem à ARS Norte, verificando-se uma variação acima dos 50%, mais propriamente entre os 44,45% e os 99,83%.

Apesar de LVT 4 apresentar a DM mais longa é uma das instituições com melhor capacidade de resposta a pedidos de primeira consulta, com uma resposta acima dos

90%, o que mais uma vez poderá estar associado ao tipo de população e patologia para a qual está estruturada.

No departamento cirúrgico, a variação existente na DM situa-se entre os 4 e os 8 dias de internamento, com uma resposta a pedidos de inscritos em LIC acima dos 69%, especificamente entre 69,01% e 99,95%.

Quando observada a correlação entre a proporção de primeira consulta e a atividade de internamento, verifica-se a ausência de relação com a DM. No entanto, existe associação entre a capacidade de resposta a pedidos de primeira consulta e o número de internamentos, o que reforça a ideia de que o acesso atempado, e continuidade, dos cuidados de saúde favorecem menores taxas de hospitalização. O mesmo não acontece quando correlacionamos a proporção de inscritos em LIC com a atividade de internamento, em que não se verifica associação com o número de internamentos, mas sim com a DM, o que poderá estar associado ao facto de uma resposta em tempo adequado, na maioria dos casos, não alterar a necessidade de intervenção cirúrgica. Não obstante, evita a evolução e agravamento da doença (Globerman, 2013), sendo que uma intervenção precoce possibilita uma recuperação mais rápida.

Ainda no departamento cirúrgico, constata-se que a proporção de inscritos em LIC, conjuntamente com o rendimento médio mensal e nível de escolaridade, são fatores explicativos de cerca de 44% da variação da DM neste grupo de GDH. Neste sentido, observou-se que instituições que servem populações com maior nível médio de rendimento têm menor DM, o que poderá ser explicado por um aumento dos rendimentos facilitar o acesso à medicina preventiva e estilos de vida saudáveis, que proporcionam uma deteção precoce da doença e melhor condição de saúde facilitando a recuperação (Cutler, Lleras-Muney e Vogl, 2012). Se no departamento médico poderá ser explicativo de um menor número de internamentos, por a doença ser detetada numa fase em que a cura ainda poderá ocorrer em casa, no departamento cirúrgico pressupõem menor complexidade cirúrgica com redução da necessidade de permanência em internamento. Por outro lado um nível superior de escolaridade, ao contrário do que seria esperado, revelou contribuir para um aumento da demora média em doentes cirúrgicos. Não obstante da importância de elevar os níveis de literacia em saúde, este achado poderá estar relacionado com um maior acesso a informação, nem sempre fidedigna ou, que poderá induzir em erro a necessidade de permanência em serviços hospitalares. É disso exemplo, a necessidade de vigilância de sinais inflamatórios do local cirúrgico, como forma de prevenção de infeção pós-operatória, que poderá ser interpretada pelo doente como necessidade de observação frequente por profissional de saúde induzindo na tentativa de permanecer internado. Sabendo-se

que o nível de complexidade dos doentes por instituição não é transversal poderá ser uma das razões que explicam a variação existente.

Por fim, mas não menos importante, devem ser considerados alguns aspetos que poderão estar no cerne das diferenças encontradas entre departamento cirúrgico e departamento médico, em que no primeiro se verifica uma redução da DM, e no segundo a redução (embora pouco expressiva) é verificada no número de internamentos.

Assim, enquanto que a deteção precoce de uma patologia do foro médico poderá evitar o seu internamento, no caso de necessidade cirúrgica pouco se verifica sendo o internamento inevitável, contudo o número de dias de internamento reduz em associação com o menor nível de degradação do estado de saúde.

Ainda neste contexto, verifica-se que no departamento médico a faixa etária da população internada é tendencialmente mais elevada comparativamente com o departamento cirúrgico o que, conjuntamente com o aumento do risco de apresentar maior número de comorbilidades, resulta numa maior dificuldade de recuperação da sua condição de saúde. Também estes doentes apresentam um risco mais elevado de desenvolverem infeções nosocomiais, com necessidade de se manter internados, o que propicia um aumento da DM.

O departamento médico debate-se, ainda, com outra problemática da sociedade atual, o “abandono” de idosos e/ou dependentes, que embora sendo uma questão de incapacidade de respostas sociais poderá induzir o aumento da DM. Apesar de terem sido excluídos outliers, poderão permanecer situações menos graves entre a amostra em estudo com potencial de enviesamento dos resultados.

Com base nos resultados obtidos, sugere-se complementar o presente estudo, com um novo estudo ou avaliação da taxa de utilização da capacidade instalada, por instituição de saúde, como forma de compreender a possibilidade de realocação de recursos e/ou encaminhamento de utentes, quer para consulta de especialidade, quer para cirurgia ou internamento médico.

6.1 Limitações do estudo

Com a criação de modelos de respostas, por parte do governo, à problemática dos tempos de espera, tanto em primeiras consultas de especialidade como em LIC, importa compreender qual o seu impacto. Assim, o presente estudo vem contribuir para aumentar o conhecimento nesta área. Contudo, devem ser consideradas algumas

limitações existentes, as quais deverão ser observadas e analisadas em estudos futuros.

A dificuldade de obtenção de dados recentes, em tempo útil para a realização do estudo, poderá conduzir a uma realidade pouco atual.

Os fatores socioeconómicos terem sido considerados através de médias ponderadas das populações servidas em cada instituição hospitalar, leva a uma ausência de rigor no conhecimento daqueles que verdadeiramente recorrem a estas instituições, o que poderá induzir em confundimento. Neste contexto, seria relevante conhecer o nível socioeconómico dos internados. A análise do nível de complexidade dos doentes por instituição permitiria resultados mais direcionados sobre a problemática em estudo.

Seria, igualmente, importante compreender quais as implicações, tanto a nível de saúde como sócio-económico, para os doentes a quem não foi possível dar resposta aos pedidos de primeiras consulta de especialidade e/ou inscritos em LIC dentro do TMRG.

Outro aspeto relevante, sabendo-se que a indicação de necessidade cirúrgica passa, sempre, por uma avaliação inicial em consulta de especialidade, prende-se com o facto de desconhecermos qual a proporção de primeira consulta com vista a possível cirurgia que não foram realizadas.

Seria, também, interessante conhecer qual o tempo de espera, real por doente, para primeira consulta e cirurgia e, se isso tem influência na atividade de internamento hospitalar.

O período de realização do estudo foi relativamente reduzido, o que limitou a possibilidade de obter outros dados que lhe pudessem dar mais sustentabilidade. Desta forma, sugere-se que futuramente se dê continuidade à presente temática como forma de encontrar outras respostas e possíveis soluções para a problemática das listas e tempos de espera.

7. CONCLUSÃO

De um modo geral, observa-se que no departamento médico tanto o número de internamentos, como a DM são superiores aos do departamento cirúrgico. No entanto, a capacidade de resposta a pedidos de inscritos em LIC é superior à dos pedidos de primeira consulta.

Ainda no departamento médico constata-se associação inversa, embora fraca, entre a resposta a pedidos de primeiras consultas e o número de internamentos. Já no departamento cirúrgico, a associação entre pedidos de inscritos em LIC e a DM é mais evidente, com uma correlação de cerca de 54%.

Apesar de se verificar uma boa capacidade de resposta tanto a pedidos de primeiras consultas, como de inscritos em LIC, com várias instituições perto dos 100%, ainda existem muitas instituições com valores e padrões com grande potencial de melhoria. Esta situação também se manifesta nos resultados de DM e número de internamentos, o que sugere que estas instituições deverão observar as primeiras como forma de encontrar novos modelos que lhes permitam aproximar destas.

Ainda se constatou que, relativamente ao departamento cirúrgico, um rendimento mais elevado está associado a uma diminuição da DM. No entanto, e ao contrário do que poderia ser inicialmente esperado, um nível superior de escolaridade parece induzir a um aumento dos dias de internamento.

Do ponto de vista da Administração Hospitalar, ficaram evidentes vários aspetos que poderão contribuir para a melhoria de desempenho de diversas instituições, sugerindo-se uma partilha de conhecimento e modelos de organização da capacidade instalada por parte das instituições que revelaram melhores resultados para com as restantes.

Neste sentido, e sabendo que a resposta a pedidos de primeira consulta e inscritos em LIC estão relacionados com a diminuição do número de internamentos, nas primeiras, e com a diminuição da DM, nos segundos, poderá a AH procurar criar modelos de atuação com o propósito de aumentar a capacidade instalada de resposta a estes pedidos, com vista a potenciar, indiretamente, a disponibilidade de leitos hospitalares, permitindo desta forma ter uma proporção de resposta atempada às necessidades de internamentos não evitáveis superior à atual. Para a AH e governantes, estes são modelos que ao diminuírem a carga de doença das populações, reduzem a quantidade de internamentos evitáveis e custos com saúde, tal como induzem a redução da taxa de absentismo por doença ou acompanhamento de familiar doente. Do ponto de vista da população, possibilitariam reduzir a sua carga de doença e, conseqüentemente, melhorar a qualidade de vida.

Numa perspetiva da AH, e baseado na implementação da LAC, seria interessante avaliar a possibilidade de utilização/ encaminhamento de consultas de especialidade e inscritos em LIC para as instituições com melhores taxas de resposta, e subutilização da capacidade instalada, por parte das instituições com menor capacidade de resposta. Outra possibilidade será o encaminhamento de utentes das instituições com maior volume de internamentos e DM mais elevadas para as que apresentam uma taxa de ocupação a baixo da capacidade instalada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANTUNES, Micaela *et al.* - Acesso aos cuidados de saúde em Portugal no rescaldo da crise. Nem tudo é dinheiro? **Cadernos de saúde pública**. . ISSN 16784464. 36:2 (2020) e00248418. doi: 10.1590/0102-311X00248418.

BARKER, Isaac; STEVENTON, Adam; DEENY, Sarah R. - Association between continuity of care in general practice and hospital admissions for ambulatory care sensitive conditions: Cross sectional study of routinely collected, person level data. **BMJ (Online)**. . ISSN 17561833. 356:2017). doi: 10.1136/bmj.j84.

BILLIG, Jessica I.; SEARS, Erika D. - The Compounding Access Problem for Surgical Care: Innovations in the Post-COVID Era. **Annals of surgery**. . ISSN 15281140. 272:2 (2020) e47–e48. doi: 10.1097/SLA.0000000000004085.

COSTA, Carlos; SANTANA, Rui; LOPES, Sílvia - **Custos e preços na saúde; Passado, presente e futuro**. Lisboa : [s.n.]. ISBN 9789898424990.

CUTLER, David M.; LLERAS-MUNEY, Adriana; VOGL, Tom - Socioeconomic Status and Health: Dimensions and Mechanisms. **The Oxford Handbook of Health Economics**. 2012). doi: 10.1093/oxfordhb/9780199238828.013.0007.

FERREIRA, Rita; COSTA, Nuno Marques Da; COSTA, Eduarda Marques Da - Accessibility to urgent and emergency care services in low-density territories: The case of Baixo Alentejo, Portugal. **Ciencia e Saude Coletiva**. . ISSN 16784561. 26:2021) 2483–2496. doi: 10.1590/1413-81232021266.1.40882020.

FURTADO, Cláudia; PEREIRA, João - Equidade e Acesso aos Cuidados de Saúde Cláudia Furtado. **Escola Nacional de Saúde Pública**. February (2010).

GLASS, David P.; MINARDI, Paul M.; KANTER, Michael H. - The impact of improving access to primary care. **Journal of Evaluation in Clinical Practice**. August (2017) 1451–1458. doi: 10.1111/jep.12821.

GLOBERMAN, Steven - **Reducing Wait Times for Health Care: What Canada Can Learn from Theory and International Experience** [Em linha] Disponível em WWW:<URL:<http://papers.ssrn.com/sol3/Delivery.cfm?abstractid=2337594#page=99>>. ISBN 9780889752696.

GODDARD, Maria; SMITH, Peter - Equity of access to health care services : Theory and evidence from the UK. **Social Science & Medicine**. 53:2001) 1149–1162.

MINISTÉRIO DA SAÚDE - Portaria nº 615/2008 de 11 de Julho. **Diário da República**,

1.^a série - N.º 133 - 11 de Julho de 2008. 2008) 4408–4414.

MINISTÉRIO DA SAÚDE - Lei °95/2019 de 4 de Setembro. **Diário da República**, 1.^a série - N.º 169 - 4 de Setembro de 2019. 2019).

OCDE - **Estado da Saúde na UE - Portugal - Perfil de saúde do país 2021**

OPSS - Relatório de Primavera 2013 : Duas faces da Saúde . **Coimbra: Observatório Português dos Sistemas de Saúde. Escola Nacional de saúde Pública. Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra, da Universidade de Évora.** June (2013).

PINTO, Ana Margarida - O impacto do livre acesso e circulação no Centro Hospitalar de São João. **Escola Nacional de Saúde Pública.** 2019).

REIS, Pedro - Tempos de espera cirúrgicos: situação em Portugal e determinantes. **Escola Nacional de Saúde Pública.** 2014) 92.

REPÚBLICA, Assembleia Da - Resolução do Conselho de Ministros n°74/2004. **Diário da República**, 1.^a série - B N.º 147 - 24 de Junho de 2004. 2004) 3846–3848.

ROCHA, Joana Isidro Rosa Novais Da - Acesso aos cuidados de saúde: a saúde como pilar de desenvolvimento regional NUTE III Alto Alentejo. **Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas - Universidade de Lisboa.** 2021) 1–86.

SANTANA, Ana Paula - **Acessibilidade e utilização dos serviços de saúde: ensaio metodológico em geografia da saúde. Dissertação de Doutoramento em geografia humana.** [S.l.] : Coimbra: Faculdade de Letras da Universidade de Coimbra, 1993

SAÚDE, Direção-Geral Da - Plano Nacional de Saúde 2012 - 2016 Indicadores e Metas em Saúde. **Direção-Geral da Saúde.** Janeiro 2012 (2012) 1–25.

SIMÕES, J.; AUGUSTO, G. F.; FRONTEIRA, I. - Introduction of freedom of choice for hospital outpatient care in Portugal: Implications and results of the 2016 reform. **Health Policy.** . ISSN 18726054. 121:12 (2017) 1203–1207. doi: 10.1016/j.healthpol.2017.09.010.

SOUSA, Rafaela Rosa De - Caraterização do acesso ao Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE: análise do acesso e da utilização da consulta externa e da urgência do Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE. **Escola Nacional de Saúde Pública.** 2014).

TRIBUNAL DE CONTAS - Auditoria ao Acesso Cuidados de Saúde_SIGIC. Relatório 25/2007 - 2.^a Secção. I:2007) 61.

TRIBUNAL DE CONTAS - Auditoria ao Acesso e Cuidados de Saúde no Serviço Nacional de Saúde. Relatório nº 15/2017 - 2.^a Secção. I:2017).

WENSING, Michel; SZECSENYI, Joachim; LAUX, Gunter - Continuity in general practice and hospitalization patterns: an observational study. **BMC Family Practice**. . ISSN 14712296. 22:1 (2021) 1–9. doi: 10.1186/s12875-020-01361-0.

ANEXO A

Tabela de população residente por ARS

	Média	2017	2018
ARS Norte	3 577 392	3 580 390	3 574 394
ARS Centro	2 230 799	2 237 640	2 223 958
ARS LVT	3 072 442	3 066 860	3 078 023
ARS Alentejo	973 449	978 214	968 683
ARS Sul	439 892	440 543	439 241

Fonte: Elaboração própria, dados extraídos da PORDATA 2017/2018

ANEXO B

Caraterização da Atividade de internamento e Proporção de 1ª Consultas e Inscritos em LIC dentro do TMRG por Instituição Hospitalar do SNS dentro da ARS Norte

VARIÁVEIS	Nº Internamentos		DM (media/mediana)		CTA	LIC
	Médico	Cirúrgico	Médico	Cirúrgico		
Norte 1						
2017	2 872	2319	8.05/7	3.90/2	97.21	99.95
2018	2 017	2230	7.94/7	3.91/2	96.18	99.95
Norte 2						
2017	7 111	5724	6.83/5	4.27/2	57.92	90.32
2018	7 170	5471	6.93/6	4.86/3	62.51	90.45
Norte3						
2017	4 743	2578	8.67/7	5.35/3	68.65	98.35
2018	4 278	2289	8.71/7	5.43/3	72.08	99.41
Norte 4						
2017	9 181	12377	7.77/6	5.39/3	66	80.61
2018	6 925	10573	8.03/6	5.48/3	72.23	87.36
Norte 5						
2017	14 576	16401	7.23/5	5.93/4	64.97	94.4
2018	10 848	14010	7.10/5	5.64/4	52.13	89.55
Norte 6						
2017	9 361	5658	8.17/7	5.18/3	44.45	95.64
2018	9 252	5604	8.47/7	5.01/3	52.18	95.98
Norte 7						
2017	6 197	2737	8.84/7	6.27/5	73.93	98.75
2018	6 399	2482	8.88/7	6.26/5	70.06	96.99
Norte 8						
2017	13 364	5678	7.61/6	6.14/4	67.52	85.23
2018	14 044	5524	7.49/6	6.05/4	64.26	86.11
Norte 9						
2017	8 413	9593	7.92/6	5.81/4	60	92.69
2018	7 889	8894	7.93/6	5.69/4	54.86	90.83
Norte 10						
2017	7 782	5383	7.55/6	5.60/3	62.48	82.48
2018	8 977	5821	7.72/6	5.59/3	58.23	87.75
Norte 11						
2017	2 592	0	10.12/8	0	100	0
2018	2 532	2	10.71/8	17/17	99.98	0
Norte 12						
2017	2 619	1437	8.90/7	4.40/2	84.53	95.23
2018	2 910	1505	8.86/7	4.19/2	82.87	99.58
Norte 13						
2017	10 262	9537	8.29/7	5.56/3	61.88	84.33
2018	9 914	9967	8.35/6	5.42/3	75.95	83.31
Norte 14						
2017	5 069	5042	7.15/5	7.53/5	99.83	71.35
2018	3 746	3398	6.77/5	7.48/5	99.78	70.65
Norte 15						
2017	7 585	5734	8.51/7	5.69/4	97.08	90.39
2018	7 589	5593	8.32/7	5.75/4	90.77	91.25
Norte16						
2017	7 169	4869	7.04/5	5.46/3	82.59	95.16
2018	7 057	4507	6.91/5	5.55/3	85.04	92.68

Caraterização da Atividade de internamento e Proporção de 1ª Consultas e Inscritos em LIC dentro do TMRG por Instituição Hospitalar do SNS dentro da ARS Centro

VARIÁVEIS	Nº Internamentos		DM (media/mediana)		CTA	LIC
	Médico	Cirúrgico	Médico	Cirúrgico		
Centro 1						
2017	7 591	3992	9.72/8	5.84/4	60.31	89.11
2018	7 223	4305	9.89/8	5.29/4	64.33	93.88
Centro 2						
2017	6 123	2449	7.67/6	5.77/3	68.72	95.04
2018	3 044	2161	7.50/5	5.58/3	72.83	88.23
Centro 3						
2017	13 662	5698	7.22/6	5.06/3	72.13	90.53
2018	8 793	3540	7.39/6	5.24/3	53.88	94.33
Centro 4						
2017	10 922	5339	8.55/7	7.65/6	64.54	74.47
2018	8 666	3563	8.69/7	7.46/5	77.66	68.35
Centro 5						
2017	5 653	3994	8.52/7	6.14/4	74.71	84.35
2018	5 056	2346	8.65/7	7.43/4	66.79	82.77
Centro 6						
2017	83	0	11.02/9	0.00	84.14	100
2018	24	0	14.63/13	0.00	77.3	99.67
Centro7						
2017	327	275	11.68/9	3.96/3	78.75	99.04
2018	269	367	12.72/10	4.16/3	57.77	98.61
Centro 8						
2017	3 393	1851	7.34/6	6.00/3	97.72	99.61
2018	3 389	1556	7.26/6	6.19/4	77.32	99.18
Centro 9						
2017		0		0.00	97.17	72.1
2018		0		0.00	99.66	75.68
Centro 10						
2017	3 123	1957	8.22/7	6.48/4	89.1	86.32
2018	2 334	1927	8.30/7	6.20/4	92.67	94.02
Centro 11						
2017	5 126	2085	9.64/8	6.88/5	73.93	84.88
2018	5 145	1852	9.81/8	7.56/6	73.23	80.23

Caraterização da Atividade de internamento e Proporção de 1ª Consultas e Inscritos em LIC dentro do TMRG por Instituição Hospitalar do SNS dentro da ARS LVT

VARIÁVEIS	Nº Internamentos		DM (media/mediana)		CTA	LIC
	Médico	Cirúrgico	Médico	Cirúrgico		
LVT 1						
2017	18550	12445	7.67/6	6.14/4	70.93	87.37
2018	15204	10489	7.61/6	6.26/4	65.35	84.59
LVT 2						
2017	16677	15542	7.38/6	6.97/4	83.98	75.34
2018	13050	11364	7.45/6	6.31/4	78.34	74.83
LVT 3						
2017	9447	9108	8.33/7	6.91/4	79.79	82.38
2018	8185	8379	8.27/7	6.72/4	69.29	78.74
LVT 4						
2017	1290	0	13.12/12	0.00	90.28	0
2018	1364	0	13.30/12	0.00	97.35	0
LVT 5						
2017	6486	2995	8.45/7	6.00/4	75.03	81.15
2018	6271	2862	8.63/7	5.77/4	83.59	86.47
LVT 6						
2017	6496	4229	8.47/7	6.27/4	74.75	81.97
2018	5511	3554	8.27/7	6.40/4	74.48	81.92
LVT 7						
2017	7049	3054	8.17/7	5.92/4	68.53	81.42
2018	6824	2818	8.29/7	5.93/4	55.03	83.74
LVT 8						
2017	9141	3667	8.33/7	6.32/4	57.66	98.35
2018	8907	3319	8.97/7	6.73/4	83.98	86.43
LVT 9						
2017	4266	3160	8.71/7	6.00/4	68.63	93.83
2018	4442	3108	8.80/7	5.50/4	63.02	94.47
LVT 10						
2017	10985	7418	8.80/7	6.23/4	54.49	78.97
2018	6613	4435	9.61/8	6.39/4	69.73	80.98
LVT 11						
2017	233	124	8.90/7	7.48/4	61.93	95.1
2018	852	528	8.23/7	6.76/5	77.37	93.58
LVT 12						
2017	6710	3455	8.80/7	4.86/3	73.1	87.12
2018	6911	3433	8.49/7	4.92/3	74.5	80.26
LVT 13						
2017	9072	6495	8.67/7	6.62/4	88.66	77.26
2018	8841	6183	8.69/7	6.64/4	88.51	70.33
LVT14						
2017	8693	3073	8.49/7	7.27/4	66.3	78.22
2018	8256	2911	8.37/7	6.46/4	69.72	73.86
LVT 15						
2017	0	1	0.00	1.00/1	86.43	99.88
2018	0	0	0.00	0.00	11.81	99.97
LVT 16						
2017	5185	4131	6.02/3	6.00/4	89.79	69.01
2018	4506	3851	5.80/3	5.89/4	90.71	73.7

Caraterização da Atividade de internamento e Proporção de 1ª Consultas e Inscritos em LIC dentro do TMRG por Instituição Hospitalar do SNS dentro da ARS Alentejo

VARIÁVEIS	Nº Internamentos		DM (media/mediana)		CTA	LIC
	Médico	Cirúrgico	Médico	Cirúrgico		
Alentejo 1						
2017	4749	3396	8.03/6	5.81/3	61.53	79.75
2018	4714	3589	7.91/6	5.56/3	60.48	78.42
Alentejo 2						
2017	3536	1734	10.06/8	8.27/5	68.87	82.1
2018	2599	1416	9.84/8	8.20/5	79.36	89
Alentejo 3						
2017	3134	2745	8.34/7	7.21/5	91.57	87.86
2018	2951	2539	8.15/7	7.08/5	89.53	87.7
Alentejo 4						
2017	2890	1589	8.02/6	5.38/4	73.38	94.23
2018	1421	1129	6.30/4	5.36/4	74.86	88.27

Caraterização da Atividade de internamento e Proporção de 1ª Consultas e Inscritos em LIC dentro do TMRG por Instituição Hospitalar do SNS dentro da ARS Sul

VARIÁVEIS	Nº Internamentos		DM (media/mediana)		CTA	LIC
	Médico	Cirúrgico	Médico	Cirúrgico		
Sul 1						
2017	12 668	6 628	9.50/8	8.01/6	75.55	84.03
2018	12 905	6 315	9.38/7	8.23/5	72.74	82.82

ANEXO C



Aluno -
17/3/22
fz

Condições para a cedência da base de dados MH

A base de dados MH 2017 - 2019 é disponibilizada para fins de investigação aplicada. Os dados disponibilizados no âmbito do Curso de Especialização em Administração Hospitalar só podem ser utilizados para a realização do trabalho de projeto do mesmo curso. Não podem ser cedidos ou copiados para qualquer outro fim. Caso necessite de utilizar estes dados para outros fins deve solicitar a devida autorização à Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS).

Os dados agora disponibilizados constituem informação anonimizada, não sendo possível identificar o utente, sendo a presente informação disponibilizada pela ACSS, IP, considerando que:

- a) A ENSP garantirá o tratamento leal e seguro dos dados, devendo os alunos a quem forem cedidos os dados respeitar o princípio da minimização dos dados pessoais, consultando e tratando apenas os dados estritamente necessários para a sua investigação;
- b) Os dados serão utilizados única e exclusivamente para os fins que se enquadrem nas competências da ENSP e para os fins de investigação delimitados por cada aluno;
- c) A utilização dos dados para outros fins além dos que se enquadrem nas respetivas competências deverá ser objeto de pedido de autorização à ACSS, IP;
- d) A ENSP não procederá ao encaminhamento dos dados a terceiros, devendo os alunos a quem forem cedidos os dados conservá-los sobre estrita confidencialidade;
- e) No final da sua investigação, e quando os dados constantes da base de dados de MH deixarem de ser necessários, os alunos deverão proceder ao apagamento do seu exemplar da base de dados, garantindo que não conservarão a mesma quando ela já não seja necessária;

- f) A ENSP indicará a ACSS, IP como fonte de dados em publicações/documentos que façam uso dos dados fornecidos;
- g) A ENSP remeterá à ACSS, IP (DPS) cópia das publicações/documentos que façam uso dos dados fornecidos;
- h) A identificação dos hospitais é fornecida sob reserva. Qualquer publicitação de dados identificando o hospital carece de autorização por parte do mesmo.

Declaro que li e aceito as condições acima descritas para a utilização da base de dados dos GDH.

Lisboa, 14 de Fevereiro de 2022

Nome do aluno – Belisa de Jesus Reis Albertino

Assinatura – 

Nome do Orientador – Professora Doutora Joana Alves

Assinatura – 