



UNIVERSIDADE D
COIMBRA

João Luís Sobral Félix

**IMPACTO DA PANDEMIA COVID-19 NA ATIVIDADE
DO SNS E NO ACESSO AOS CUIDADOS DE SAÚDE
NO PERÍODO CORRESPONDENTE À 1ª VAGA
O CASO PORTUGUÊS**

**Relatório de estágio no âmbito do Mestrado em Gestão orientado
pela Professora Doutora Isabel Maria Correia Cruz e apresentado
à Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra**

Outubro de 2021



FACULDADE DE ECONOMIA
UNIVERSIDADE DE
COIMBRA

João Luís Sobral Félix

Impacto da pandemia Covid-19 na Atividade do
SNS e no Acesso aos Cuidados de Saúde no período
correspondente à 1^a vaga: O caso Português

*Relatório de Estágio do Mestrado em Gestão apresentado à Faculdade de Economia da
Universidade de Coimbra para a obtenção do grau de Mestre.*

Orientadora: Professora Doutora Isabel Maria Correia Cruz

Supervisor Profissional: Dr. Maurício Loureiro Alexandre

Entidade de Acolhimento: Administração Regional de Saúde do Centro, IP

Coimbra, 2021

Agradecimentos

À Professora Doutora Isabel Cruz agradeço todo o conhecimento transmitido que valorizou muito este trabalho e pela total disponibilidade prestada durante a elaboração do presente relatório.

À Administração Regional de Saúde do Centro, IP, pela oportunidade concedida para a realização do Estágio Curricular. Em particular, ao Dr. Maurício Alexandre pela partilha de conhecimento e sugestões facultadas, que enriqueceram o presente trabalho. Um especial agradecimento à Professora Doutora Patrícia Antunes pelo incansável apoio, por todo o conhecimento transmitido e pelas profícuas sugestões ao longo do período de estágio. Agradeço a toda a equipa da URGA pela constante aprendizagem que me proporcionaram durante todo o período de estágio.

À minha família e amigos por estarem sempre ao meu lado.

“Defender, aperfeiçoar e consolidar o SNS não é apenas um imperativo constitucional e democrático, mas um verdadeiro imperativo ético: não é justo que a saúde seja um privilégio de quem a pode pagar, e não um direito de todos”

António Arnaut

Resumo

O presente relatório foi desenvolvido no âmbito do estágio curricular do Mestrado em Gestão na Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, realizado na Administração Regional de Saúde do Centro, IP, mais concretamente na Unidade Regional de Gestão do Acesso, responsável pelo acompanhamento e avaliação do acesso aos cuidados de saúde na Região Centro.

O principal interesse deste trabalho prende-se com o impacto da pandemia Covid-19 no Sistema Nacional de Saúde e das medidas implementadas pelas autoridades competentes com o objetivo de conter a progressão de contágios, mantendo a atividade assistencial possível. Numa circunstância de exceção como a atual, o acesso à prestação de cuidados de saúde é fundamental, com a lógica subjacente de colmatar as necessidades criadas pelo evento extremo, comprometendo minimamente a atividade assistencial.

O propósito do presente trabalho consiste em compreender as consequências resultantes da pandemia Covid-19 durante a primeira vaga (março e abril de 2020) nas organizações de saúde do SNS, particularmente no que concerne à evolução da produção hospitalar, acesso aos cuidados de saúde e respetivas medidas para a gestão da retoma e recuperação da atividade.

A análise efetuada permitiu identificar uma redução acentuada da atividade programada, nomeadamente de consultas e cirurgias, que porventura pode significar um retardamento do diagnóstico e respetivo tratamento, causando uma deterioração do estado de saúde do utente. Um dos fatores preponderantes para a redução das consultas presenciais, de acordo com a literatura, foi o medo pelo risco de contágio percecionado pelos utentes. Não obstante, a telemedicina revelou-se um recurso essencial, existindo um parcial efeito de substituição.

Constatou-se ainda, no período em estudo, que os impactos decorrentes da diminuição da atividade programada e urgente provocaram um agravamento da morbilidade e da mortalidade, causando um aumento do custo do tratamento, que terá consequências ao nível da qualidade de vida e da produtividade económica.

Palavras-chave: Covid-19; Cirurgias; Atividade Assistencial; Listas de Espera;

Abstract

The following report was developed as part of a curricular internship performed at Administração Regional de Saúde do Centro, IP - more specifically for the Regional Access Management Unit - responsible body for the evaluation and monitoring of access to healthcare in the Central Region, for the purpose of conclusion of a Master's Degree in Management at the Faculty of Economics of the University of Coimbra.

The foremost concern of this paper relates to the impact of the Covid-19 pandemic on the Portuguese National Health System and the measures implemented by the competent authorities, with the aim of containing the progression of infection numbers while maintaining healthcare assistance levels. In an exceptional situation as the current, access to healthcare services is fundamental, in addition to responding to demands arising in such extreme events, while minimally compromising the service of healthcare assistance.

The purpose of this work consists in comprehending the consequences resulting from the Covid-19 pandemic during the first wave of infections (March and April 2020) in Portuguese public health organisations, particularly regarding developments in productivity, access to healthcare and respective measures of management to recuperate activity levels within these organisations.

The conducted analysis identified a pronounced reduction in planned activities, namely in appointments and surgical operations, which may result in a delay in the diagnosis and subsequent treatment of patients, causing a deterioration of state of health. According to literature, one of the preponderant factors for the reduction of conducted appointments was the fear for risk of contamination perceived by patients. Nevertheless, telemedicine was revealed to be an essential resource, forming a partial substitution effect for services.

It was also found that during the period of study, the impacts resulting from the decrease in programmed and urgent activities provoked an increase in morbidity and mortality, causing an increase in treatment costs, which leads to consequences in quality of life and economic productivity.

Keywords: Covid-19; Surgical Operations; Healthcare Assistance; Waiting Lists

Lista de Siglas e Acrónimos

ACES – Agrupamentos de Centros de Saúde

ACSS, IP – Administração Central do Sistema de Saúde, IP

ARS – Administrações Regionais de Saúde

ARSC, IP – Administração Regional de Saúde do Centro, IP

CR – Comunicação de Rede

DGS – Direção-Geral da Saúde

DPC – Departamento de Planeamento e Contratualização

EPI – Equipamentos de Proteção Individual

ERS – Entidade Reguladora da Saúde

GDH - Grupo de Diagnóstico Homogéneo

HD – Hospital de Destino

HO – Hospital de Origem

ICD-9-CM – International Classification of Diseases–9th Revision–Clinical Modification

ICD-10-CM – International Classification of Diseases–10th Revision–Clinical
Modification

LIC – Lista de Inscritos para Cirurgia

LEC – Lista de Espera para Consulta

LE – Lista de Espera

MCDT – Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica

NUTS – Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos

NT – Nota de Transferência

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

PERLE – Programa Específico de Recuperação de Listas de Espera

PRS – Plano Regional de Saúde

PNS – Plano Nacional de Saúde

SIGA – Sistema Integrado de Gestão do Acesso

SIGIC – Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia

SIGLIC – Sistema Integrado de Gestão da Lista de Inscritos para Cirurgia

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SRER – Sistema de Registo de Estabelecimentos Regulados

TMRG – Tempos Máximos de Resposta Garantidos

TE – Tempo de Espera

TECA – Tempo de Espera Clinicamente Aceitável

UGA – Unidade de Gestão do Acesso

ULGA – Unidade Local de Gestão do Acesso

URGA – Unidade Regional de Gestão do Acesso

URGIC – Unidade Regional de Gestão de Inscritos para Cirurgia

UCI – Unidades de Cuidados Intensivos

VC – Vale de Cirurgia

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Posição relativa da ARSC, IP	7
Tabela 2 - Hospitais de Origem da Região Centro.....	11
Tabela 3 - Valor total dos episódios cirúrgicos faturados no decorrer do estágio	17
Tabela 4 - Registo de estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde dos setores privado, cooperativo e social	29
Tabela 5 - TMRG para os cuidados hospitalares cirúrgicos programados	33

Lista de Figuras

Figura 1 - Processo de faturação.....	15
---------------------------------------	----

Lista de Gráficos

Gráfico 1 - Consultas Hospitalares presenciais no SNS (em milhares)	23
Gráfico 2 - % de primeiras consultas hospitalares presenciais no SNS	24
Gráfico 3 - Cirurgias Programadas no SNS.....	25
Gráfico 4 - Cirurgias Urgentes no SNS	25
Gráfico 5 - Intervenções cirúrgicas realizadas no SNS	26
Gráfico 6 - Internamento hospitalar	27
Gráfico 7 - Número diário de chamadas para o Centro de Orientação de Doentes Urgentes	27
Gráfico 8 – Episódios de Urgências Hospitalares no SNS (em milhares).....	28
Gráfico 9 - Cumprimento do TMRG na Lista de Espera para primeiras consultas hospitalares	38
Gráfico 10 - Entradas em LIC por ARS	39
Gráfico 11 – Cirurgias realizadas no SNS	39
Gráfico 12 - Número de utentes em LIC	40
Gráfico 13 - Cumprimento do TMRG dos utentes em LIC	40
Gráfico 14 - Cumprimento do TMRG dos utentes em LIC – prioridades 3 e 4	41
Gráfico 15 - Consultas médicas hospitalares no SNS	45
Gráfico 16 - Cirurgias Programadas no SNS.....	45
Gráfico 17 - LIC dentro do TMRG	46
Gráfico 18 - Primeiras consultas externas dentro do TMRG.....	47
Gráfico 19 - Episódios de Urgência Hospitalar no SNS	47

Índice

Agradecimentos	iii
Resumo	v
Abstract	vii
Lista de Siglas e Acrónimos	viii
Lista de Tabelas	x
Lista de Figuras	xi
Lista de Gráficos	xii
1. Introdução	1
2. Enquadramento do Estágio	5
2.1. Estrutura organizacional e atividade da entidade de acolhimento.....	5
2.2 Funções desempenhadas no estágio	14
3. Impacto da pandemia Covid-19	19
3.1. Enquadramento.....	19
3.2. Impacto na prestação de cuidados de saúde no SNS	22
3.3. Impacto nos Tempos de Espera no acesso aos cuidados de saúde do SNS	30
4. Retoma da atividade programada e recuperação da atividade não realizada	43
5. Conclusão	49
Referências Bibliográficas	52
Legislação Consultada	58
Anexos	61

1. Introdução

O presente relatório de estágio foi desenvolvido no âmbito do Mestrado em Gestão da Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, que decorreu entre 15 de janeiro de 2021 e 5 de junho de 2021. O estágio foi realizado na Administração Regional de Saúde do Centro (ARSC, IP), mais concretamente na Unidade Regional de Gestão do Acesso (URGA), cuja missão consiste em promover equilíbrios entre as necessidades da população regional e os recursos existentes, através da monitorização e avaliação de alguns indicadores, como as Listas de Espera para Consultas (LEC) e Lista de Inscritos para Cirurgia (LIC).

A pandemia da doença Covid-19 comprometeu a prestação de cuidados de saúde a nível global. Especificamente no contexto português, os cuidados de saúde foram submetidos a bloqueios ao nível dos recursos humanos e da prestação de alguns cuidados. Esses procedimentos de bloqueio, associados à complexidade inerente às organizações de saúde, criaram desafios para dar resposta à pandemia da Covid-19, levando as autoridades competentes a adotar medidas que implicaram a diminuição da atividade assistencial programada.

Consequentemente, estas alterações criaram constrangimentos ao nível do acesso aos cuidados de saúde e na produtividade das organizações de saúde, que exigiram posteriormente a adoção de medidas de retoma da atividade assistencial. Um maior e mais extensivo conhecimento dos impactos resultantes da pandemia Covid-19 poderá servir para a implementação de planos de resposta para eventos inesperados, na qual os líderes de saúde e decisores políticos se possam apoiar no futuro.

No contexto da atividade da ARSC, IP, e principalmente na tarefa que foi central ao longo do estágio, a faturação de cirurgias realizadas, foi visível uma oscilação anómala da produção hospitalar, tendo havido uma quebra repentina nos períodos de suspensão da atividade e nos períodos de retoma da atividade uma maior quantidade de cirurgias. Estes momentos de queda da atividade e as suas possíveis consequências, nomeadamente ao nível da qualidade de vida dos cidadãos, despertaram o interesse em realizar uma análise comparativa da atividade assistencial do período relativo à 1ª vaga da pandemia Covid-19 com os períodos homólogos do triénio anterior e aferir os principais impactos dos resultados obtidos.

O tema do presente trabalho torna-se relevante na medida em que o acesso à prestação de cuidados de saúde durante uma situação pandémica é ainda mais imperativo, devido à necessidade de cuidados médicos especializados relacionados com a Covid-19, para além de não descorar a atividade corrente das organizações de saúde. Esta situação exige o desenvolvimento e a implementação de novos planos e estratégias num curto espaço de tempo, que interferem na atividade da URGA.

Neste sentido, relativamente à primeira vaga da Covid-19, pretende-se: (1) Identificar as implicações na produtividade das organizações de saúde neste período; (2) Explorar de que forma os impactos no acesso aos cuidados de saúde e na produtividade tiveram repercussões na qualidade de vida dos cidadãos; (3) Entender de que forma as medidas posteriores de retoma implementadas impulsionaram o aumento da produção na prestação de cuidados de saúde.

O trabalho apresenta-se estruturado em cinco capítulos. O presente capítulo introduz o tema do relatório de estágio, os objetivos e a pertinência deste estudo.

No segundo capítulo procede-se ao enquadramento do estágio, é apresentada a entidade de acolhimento, descrita a sua missão, o tipo de atividade que exerce, é desenvolvida uma análise comparativa da atividade das cinco ARS, IP que demonstra a posição relativa da ARSC, IP e são descritas as funções desempenhadas pelo estagiário.

No terceiro capítulo, para além de uma análise histórica dos primeiros indícios da pandemia Covid-19, enunciam-se e explicam-se os diferentes tipos de impactos, nomeadamente, ao nível da produção (cirurgias e consultas) e no acesso ao SNS (análise dos Tempos Máximos de Resposta Garantidos (TMRG)). Neste capítulo expõem-se os dados que complementam a análise dos impactos verificados no território nacional. Procede-se, ainda, à discussão dos resultados apresentados e enunciam-se algumas limitações decorrentes da análise adotada.

O quarto capítulo centra-se no período pós primeira vaga, procede-se a uma análise das políticas governamentais de retoma da atividade assistencial do SNS, com base em legislação emitida. Para aferir os impactos expectáveis da implementação das referidas políticas, foi efetuada uma entrevista semiestruturada ao Diretor do Departamento de Planeamento e Contratualização e recolhidos e analisados dados sobre o movimento assistencial do quinquemestre correspondente a este primeiro período de retoma.

No quinto capítulo realiza-se uma retrospectiva do período acadêmico na Faculdade de Economia e a relevância profissional e pessoal do presente estágio, bem como uma análise crítica dos principais resultados obtidos. Finalmente, e tendo subjacente a revisão de literatura previamente efetuada, enunciam-se algumas limitações do trabalho e sugerem-se trabalhos futuros.

2. Enquadramento do Estágio

2.1. Estrutura organizacional e atividade da entidade de acolhimento

As ARS, IP são instituições públicas integradas na administração indireta do Estado (ver Anexo I), providas de autonomia administrativa, financeira e patrimonial (Decreto-Lei n.º 22/2012).

A ARSC, IP localiza-se em Coimbra e é uma das cinco ARS do país.

Subjacentes à missão da ARSC, IP estão associados os valores de: Transparência, Excelência, Equidade e Qualidade (ARS Centro [ARSC], 2019). A missão das ARS, IP consiste em assegurar à população da região a disponibilização da prestação de cuidados de saúde, adequando os recursos existentes às necessidades em saúde, de forma a contribuir para uma gestão mais racional e otimizada (ARSC, 2019). Com o intuito de concretizar esta missão, a política de sustentabilidade adotada pela ARSC, IP pretende promover (ARSC, 2019):

- A inclusão de aspetos ambientais nos processos de tomada de decisão e planeamento;
- A gestão e minimização de riscos decorrentes dos impactos ambientais da atividade;
- Cooperação com iniciativas que contribuam para incrementar a literacia da população em geral e a saúde e segurança das pessoas no âmbito dos determinantes ambientais da saúde e sustentabilidade do ambiente;
- Assegurar a existência de canais de comunicação que possibilitem um diálogo construtivo e a inclusão das respetivas conclusões nos processos de gestão e decisão;
- Incrementar boas práticas com todos os públicos interessados.

De acordo com a orgânica do Ministério da Saúde, tendo em vista uma melhor racionalidade e qualidade do SNS, são atribuídas as seguintes funções às ARS, IP, no respetivo território (Decreto-Lei n.º 22/2012): (1) Implementar a política nacional de saúde, em conformidade com as políticas globais e setoriais, tendo em vista o seu ordenamento racional e a otimização dos recursos; (2) Participar na definição das medidas de coordenação

intersectorial de planeamento, almejando a melhoria da prestação de cuidados de saúde; (3) Intervir na elaboração do Plano Nacional de Saúde (PNS) e acompanhar a respetiva execução a nível regional; Programar atividades no âmbito da saúde pública, de modo a garantir a proteção e promoção da saúde das populações; (4) Garantir a execução dos programas de intervenção local com vista à redução do consumo de substâncias psicoativas, a prevenção dos comportamentos aditivos e a diminuição das dependências; (5) Garantir o planeamento regional dos recursos humanos, financeiros e materiais, incluindo a execução dos necessários projetos de investimento, das instituições e serviços prestadores de cuidados de saúde, supervisionando a sua afetação; (6) Assegurar o planeamento regional dos recursos humanos, financeiros e materiais, incluindo a execução dos necessários projetos de investimento, das instituições e serviços prestadores de cuidados de saúde, supervisionando a sua afetação; (7) Afetar, de acordo com as orientações definidas pela Administração Central do Sistema de Saúde IP (ACSS, IP), recursos financeiros às instituições e serviços prestadores de cuidados de saúde integrados ou financiados pelo SNS e a entidades de natureza privada com ou sem fins lucrativos, que prestem cuidados de saúde; (8) Realizar, assessorar e proceder à revisão de contratos no âmbito das parcerias público-privadas, de acordo com as orientações definidas pela ACSS, IP, e afetar os respetivos recursos financeiros; (9) Orientar, prestar apoio técnico e avaliar o desempenho das instituições e serviços prestadores de cuidados de saúde, de acordo com as políticas definidas e com as orientações e normativos emitidos pelos serviços e organismos centrais competentes nos diversos domínios de intervenção; (10) Garantir a adequada articulação entre os serviços prestadores de cuidados de saúde; (11) Conceber programas funcionais de estabelecimentos de saúde; (12) Licenciatar as unidades privadas prestadoras de cuidados de saúde e as unidades da área das dependências e comportamentos aditivos do setor social e privado; (13) Emitir pareceres sobre planos diretores de unidades de saúde, bem como sobre a criação, modificação e fusão de serviços; (14) Emitir pareceres sobre a aquisição e expropriação de terrenos e edifícios para a instalação de serviços de saúde, bem como sobre projetos das instalações de prestadores de cuidados de saúde.

De acordo com dados recolhidos nos planos de atividade e relatórios de atividades das cinco ARS, IP relativos ao ano de 2019 (Tabela 1), a ARSC, IP é a segunda ARS, IP em área geográfica e também ao nível do número de concelhos que representa. Podemos igualmente observar que a área geográfica de atuação da ARSC, IP corresponde a 17% do território de Portugal Continental, abrangendo 78 concelhos distribuídos por uma área de

23.672 Km², que territorialmente equivale à Unidade Territorial Estatística de Portugal (NUTS) II Centro (ARSC, 2019). Ao nível da densidade populacional da região, a ARSC, IP é a terceira maior, compreende 18% da população continental, tendo registado, no final do ano de 2019, uma população residente de 1.782.088, marcada pelo declínio da população jovem, e uma expansão nas faixas etárias medianas (ARSC, 2019).

Tabela 1 - Posição relativa da ARSC, IP

ARS, IP	Área Geográfica (km ²)	Nº de concelhos	Pop.	%Pop	Médicos /100mil hab.	Enfermeiros/100mil hab.	Orçamento de funcionamento €/hab. 2019	Despesas com pessoal €/hab. 2019	% do Orçamento com despesas com pessoal
Norte	21 278	85	3 572 583	36,2	77,7	79,2	423,73 €	101,9 €	24%
Centro	23 672	78	1 782 088	18	58,1	75,1	367,67 €	96,32 €	26%
LVT	12 216	52	3 646 565	37	61,36	74,4	345,77 €	90,75 €	26%
Alentejo	27 330	48	478 110	4,6	30,5	47,7	283,47 €	59,61 €	21%
Algarve	5 412	16	438 864	4,2	77,2	101,8	383,91 €	90,14 €	23%
Total¹	89 908	278	9 918 210	100	61	75,64	360,91 €	87,75 €	24%

Do ponto de vista financeiro (Tabela 1), a ARSC, IP também ocupa a terceira posição no que respeita à rubrica “Orçamento de funcionamento” e “Despesas com Pessoal”. Relativamente ao número de médicos por 100 mil habitantes, com cerca de 58, encontra-se abaixo da média das cinco ARS, IP, ocupando a penúltima posição. Já quanto ao número de enfermeiros por 100 mil habitantes, com cerca de 75, está na média do número de enfermeiros a nível nacional. Verifica-se que a ARSC, IP é a terceira ARS, IP que mais investe através do orçamento de funcionamento, fixando-se este valor nos 367,67 € por habitante. As despesas com o pessoal atingem os 96,32 €, cerca de 26% do orçamento e 2% além do que o país gasta em média nesta rubrica.

¹ Os valores das colunas “média de médicos /100 mil hab.”, “média de enfermeiros/100mil hab”, “Orçamento de funcionamento €/hab. 2019” e “% do Orçamento com despesas com pessoal” não corresponde à soma das médias, mas sim ao valor médio apresentado pelas cinco ARS, IP.

A ARSC, IP é coordenada por um Conselho Diretivo (ver Anexo II), composto atualmente por quatro elementos: uma presidente, um vice-presidente e dois vogais. Para além de serviços centrais, a ARSC, IP dispõe ainda de serviços desconcentrados, denominados Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) do Serviço Nacional de Saúde (SNS).

Os serviços centrais estão organizados em: cinco departamentos (Saúde Pública, Planeamento e Contratualização, Recursos Humanos, Gestão e Administração Geral, Instalações e Equipamentos), um Gabinete Jurídico e uma Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. Os serviços desconcentrados de âmbito local são seis: ACES Baixo Vouga, Baixo Mondego, Cova da Beira, Pinhal Interior Norte, Pinhal Litoral e Dão Lafões (Portaria n.º 164/2012).

Fazem também parte da ARSC, IP quatro unidades orgânicas flexíveis: Logística e Património, Gabinete de Sistemas de Informação e Comunicações, Unidade de Estudos e Planeamento, Unidade de Aprovisionamento e Unidade de Investigação e Planeamento em Saúde. E quatro estruturas de apoio especializado: Gabinete de Relações Públicas e Comunicação, Equipa Regional de Apoio aos Cuidados de Saúde Primários, Gabinete de Farmácia e Medicamento e Gabinete de Auditoria e Controlo Interno (ARSC, 2019).

Tal como referido anteriormente, o Departamento de Planeamento e Contratualização (DPC) é um dos cinco departamentos da ARSC, IP. A estrutura interna do DPC é constituída por uma unidade orgânica flexível – Unidade de Estudos e Planeamento – e por quatro áreas funcionais: Cuidados de Saúde Primários, Cuidados Continuados Integrados, Cuidados de Saúde Hospitalares e Prestações Específicas (ARSC, 2019). Em 2017 foi criada pela Portaria n.º 147/2017 a Unidade Regional de Gestão do Acesso (URGA) que por decisão do Conselho Diretivo da ARSC foi alocada ao DPC, não estando, no entanto, espelhada na orgânica da ARSC, IP, dado que esta ainda não sofreu atualização.

Concerne ao DPC determinar e acompanhar as relações contratuais de prestações e cuidados de saúde nos diferentes níveis de cuidados e entre os diferentes prestadores de saúde (do setor público, privado e social), afetando os recursos financeiros necessários, ajustando-os à respetiva região e às necessidades da população (Portaria n.º 164/2012). É da responsabilidade do DPC analisar e avaliar o desempenho das instituições prestadoras de cuidados de saúde em conformidade com as políticas definidas pelos organismos centrais, propondo sempre que necessário a realização de auditorias clínicas e administrativas. É no

DPC, mais concretamente na Unidade de Estudos e Planeamento, que é desenvolvido o relatório de atividades da ARSC, IP (em colaboração com todos os departamentos) e os planos de atividades anuais e plurianuais, considerando os objetivos definidos pelo Conselho Diretivo e pelo “Plano Regional de Saúde”. Compete também ao DPC desenvolver novos modelos de gestão que priorizem o uso racional de recursos financeiros e materiais, de forma a garantir a qualidade dos cuidados de saúde prestados (Portaria n.º 164/2012).

Os principais objetivos do DPC são (Portaria n.º 164/2012):

- Providenciar a adoção de boas práticas económicas e clínicas;
- Aumentar o conhecimento sobre o setor e sobre os gastos em saúde;
- Facultar informação que possibilite e simplifique a tomada de decisão política e dos responsáveis pelo planeamento;
- Elaborar cenários prospetivos e providenciar análise de tendências;
- Participar no processo de negociação dos contratos-programa;
- Supervisionar o desempenho dos prestadores, promovendo a eficiência dos serviços;
- Avaliar o cumprimento das metas de produção, acessibilidade e qualidade definidas como objeto do contrato.

A missão do DPC consiste em otimizar a alocação dos recursos públicos para a saúde e alcançar uma maior eficiência e equidade nos cuidados de saúde prestados (ARSC, 2021).

De acordo com a Portaria n.º 147/2017, a URGa decorre da criação do Sistema Integrado de Gestão do Acesso (SIGA SNS), integrando na sua organização a anterior Unidade Regional de Gestão de Inscritos para Cirurgia (URGIC). O SIGA SNS é um modelo de governação dirigido às necessidades e expectativas do cidadão e que permite melhorar o conhecimento sobre o acesso à prestação de cuidados de saúde relacionados com a cirurgia, as primeiras consultas de especialidade hospitalar, e a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. O SIGA foi criado no âmbito do programa SIMPLEX +, definido através do Decreto-Lei n.º 44/2017. Este sistema gerido pela ACSS, IP, tem subjacente uma plataforma informática que agrega informação de gestão de forma anónima, com o objetivo de criar uma visão global do percurso do utente no acesso à prestação de cuidados de saúde no SNS, com este sistema tem-se verificado menores desigualdades no acesso e uma melhoria na gestão das entidades do SNS. O SIGA SNS possibilita a medição dos tempos

de resposta globais e transversais às instituições do SNS que participam no processo de prestação de cuidados de saúde, permitindo a monitorização do grau de cumprimento dos Tempos Máximos de Resposta Garantidos (TMRG) e uma tomada de decisão política mais informada e consistente (Portaria n.º 147/2017).

Ainda de acordo com a Portaria n.º 147/2017, a estrutura do SIGA SNS está assente em estruturas com três níveis: central, regional e local. A nível central é assegurado pela ACSS, através da Unidade de Gestão do Acesso (UGA) que é responsável, entre outros aspetos, pelo correto funcionamento do Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC) e atualização permanente da LIC. A nível regional é garantido pelas URGA, que integram a orgânica de cada ARS, IP e que reportam à ACSS. A nível local é assegurado pelas Unidades Locais de Gestão do Acesso (ULGA), que constituem a orgânica de cada instituição do SNS, e estão encarregues pela gestão do acesso aos cuidados de saúde e pelo cumprimento dos TMRG em cada serviço da instituição, reportando à URGA da ARS respetiva.

É da responsabilidade da URGA a monitorização e controlo da produção efetiva das instituições do SNS; a avaliação da evolução dos tempos de resposta e da LIC; assegurar o cumprimento das normas e dos protocolos definidos; monitorizar os processos de transferência entre instituições de forma a garantir os interesses dos utentes, concedendo-lhes acesso a informação e a cuidados de saúde prestados de qualidade; salvaguardar e cumprir os TMRG, de molde a que a prestação de tratamento cirúrgico aos utentes ocorra dentro dos TMRG. No que respeita às normas de funcionamento, a URGA deve cumprir as orientações normativas procedentes da UGA, reportando-lhe toda a informação que seja pertinente, articulando com as ULGA dos hospitais e ACES de forma a melhorar continuamente o serviço prestado (Portaria n.º 147/2017).

Relativamente à componente cirúrgica, a URGA articula com as entidades inseridas na área da intervenção: os Hospitais de Origem (HO) e os Hospitais de Destino (HD).

O programa SIGIC tem como finalidade garantir uma resposta dentro do que é estipulado como o TMRG na legislação em vigor (Entidade Reguladora da Saúde [ERS], 2014). O SIGIC integra o modelo de governação do SIGA como forma de garantir a resposta às necessidades cirúrgicas dentro dos tempos recomendados, assegurando a existência de equidade no acesso aos tratamentos cirúrgico (Barros *et al.*, 2013).

No âmbito do funcionamento do SIGIC evidenciam-se dois intervenientes principais no lado da oferta: os HO e os HD. Os HO são definidos como unidades hospitalares pertencentes ao SNS, do setor público ou do setor social desde que, para este último, exista um acordo de cooperação com o SNS. Nestas unidades são registados os utentes na LIC pela primeira vez para uma determinada cirurgia. Podemos definir HD como uma unidade hospitalar, do setor privado, público ou social onde ocorre a intervenção cirúrgica, que fora proposta no HO como a indicada para o utente, no momento em que foi registado pela primeira vez na LIC (Portaria n.º 45/2008). Os HO da região Centro são 11 e estão identificados na Tabela 1.

Tabela 2 - Hospitais de Origem da Região Centro

Centro Hospital do Baixo Vouga, EPE (CHBV)
Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira, EPE (CHUCB)
Centro Hospitalar Tondela Viseu, EPE (CHTV)
Centro Hospitalar Universitário de Coimbra, EPE (CHUC)
Centro Hospitalar de Leiria, EPE (CHL)
Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE (HDFF)
Hospital Francisco Zagalo – Ovar (HDO)
Hospital Arcebispo João Crisóstomo – Cantanhede
Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE (ULSG)
Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, EPE (ULSCB)
Instituto Português de Oncologia de Coimbra (IPO)

Os hospitais que atuam como HD na região Centro representam mais de vinte entidades do setor privado, público e social. A maioria concentra-se na região centro, não obstante, há alguns hospitais convencionados na Região Norte e na Região de Lisboa e Vale do Tejo. Esta oferta caracteriza-se por ser dinâmica, em qualquer momento o HD pode cessar a convenção com a ARSC, IP ou candidatar-se a nova adesão.

O funcionamento do SIGIC recorre à aplicação informática Sistema Integrado de Gestão da Lista de Inscritos para Cirurgia (SIGLIC), onde é efetuado o registo, quer pelos HO quer pelos HD, de toda a gestão do episódio do utente relativa à atividade cirúrgica programada, desde a realização da proposta cirúrgica até à conclusão do episódio. Desta forma é possível estabelecer o equilíbrio entre as necessidades do acesso dos cidadãos e a prestação de cuidados cirúrgicos, garantindo o cumprimento dos TMRG (UCGIC, 2011a).

Com o SIGIC o foco é introduzido pela primeira vez na liberdade de escolha do utente, como está definido na Portaria n.º 45/2008. O SIGIC atua da seguinte maneira: se a marcação num prestador público não ocorre dentro do Tempo de Espera Clinicamente Aceitável (TECA), é gerado um vale de cirurgia (VC) no qual os utentes podem escolher livremente um prestador de natureza pública ou uma entidade do setor privado ou social que tenha convenção com o SNS onde pode realizar a cirurgia, salvaguardando os tempos de espera, promovendo assim não só o cumprimento dos TMRG, como também a igualdade no acesso ao tratamento cirúrgico a todos os utentes do SNS (ERS, 2014).

O processo inicia-se com a entrada do utente no seu hospital para a realização de uma consulta de especialidade, aí é-lhe feita uma proposta de cirurgia. Esta consulta pode ocorrer num hospital do setor público ou do setor social no caso de este ter acordo com o SNS. A proposta cirúrgica é preenchida pelo médico que propõe a cirurgia após obter o consentimento do utente, formalizado com a sua assinatura do documento. A etapa seguinte consiste em efetivar o registo provisório do utente na LIC do HO. Posteriormente a proposta é validada pelo responsável do serviço cirúrgico. Quando for validada a proposta cirúrgica, a inscrição do utente em LIC é formalizada no SIGLIC. Nesta fase, o utente fica a aguardar pela cirurgia que se irá realizar dentro de um período de tempo máximo estabelecido, de acordo com o nível de prioridade da intervenção cirúrgica e do tipo de patologia (oncológica ou benigna) (ERS, 2014).

Se a marcação da cirurgia no HO não suceder até 50% do tempo máximo de resposta admissível, o SIGLIC seleciona autonomamente outras instituições hospitalares públicas² com capacidade e recursos disponíveis para realizar os procedimentos cirúrgicos da proposta. Neste sentido, é emitida uma Nota de transferência (NT) pela UGA, através do SIGLIC, na qual se encontra uma listagem de todas as entidades públicas disponíveis para

² Desde 1 de agosto de 2018, também integradas entidades do setor social ao abrigo do Acordo do Ministério da Saúde com a União das Misericórdias Portuguesas

realizar a cirurgia, ficando o utente responsável, se assim o entender, por seleccionar apenas uma e marcar a cirurgia junto da entidade escolhida (UCGIC, 2011a).

Desta forma, o HO compromete-se a dar resposta até aos 100% do TMRG (UCGIC, 2011a). Quando não há hospital do SNS ou equiparado, não é emitida uma NT, é sim emitido pela UGA aos 75% do TMRG um VC no qual consta uma diversidade de entidades (do setor público, privado ou social) que estão disponíveis e reúnem as condições necessárias para realizar a cirurgia. Posteriormente, o utente irá escolher um hospital do SNS ou uma entidade convencionada no âmbito do SIGIC e marca a cirurgia diretamente com a entidade escolhida. O utente pode ainda optar por uma entidade do setor privado ou social que não conste no VC, desde que exista convenção SIGIC com a ARS da respetiva região, e seja autorizado por esta a realização da cirurgia e cujos serviços não estejam interditos por incumprimento dos tempos de espera. Neste contexto, as despesas de transporte são assumidas pelo utente (UCGIC, 2011a).

Aos 100% do TMRG é emitido novamente um VC, podendo o utente aceitar ou recusar a transferência. Na eventualidade de recusar, é requerido o envio da recusa formalizada para a URGA, com o objetivo de salvaguardar o seu posicionamento na LIC do HO e posteriormente tem a possibilidade de contactar a ARS, IP da sua região para a emissão de um novo VC a título manual (UCGIC, 2011a).

O processo termina com a saída do utente da LIC no dia da intervenção cirúrgica no HO ou HD. Contudo, caso ocorra perda de indicação cirúrgica, desistência do utente ou óbito, o episódio deixa de constar na LIC sem ser realizada a cirurgia. (UCGIC, 2011a; ERS, 2014).

Quando há transferência do utente para outra entidade hospitalar, o HD assume a responsabilidade dos tratamentos e eventuais intercorrências até à alta hospitalar. Após a alta hospitalar, e caso tenham ocorrido complicações derivadas do tratamento cirúrgico, o HD fica responsável se a complicação/intercorrência for detetada até aos 60 dias após a alta médica. Findo este prazo se existir necessidade de outros tratamentos e consultas, estes serão da responsabilidade do HO (UCGIC, 2011a).

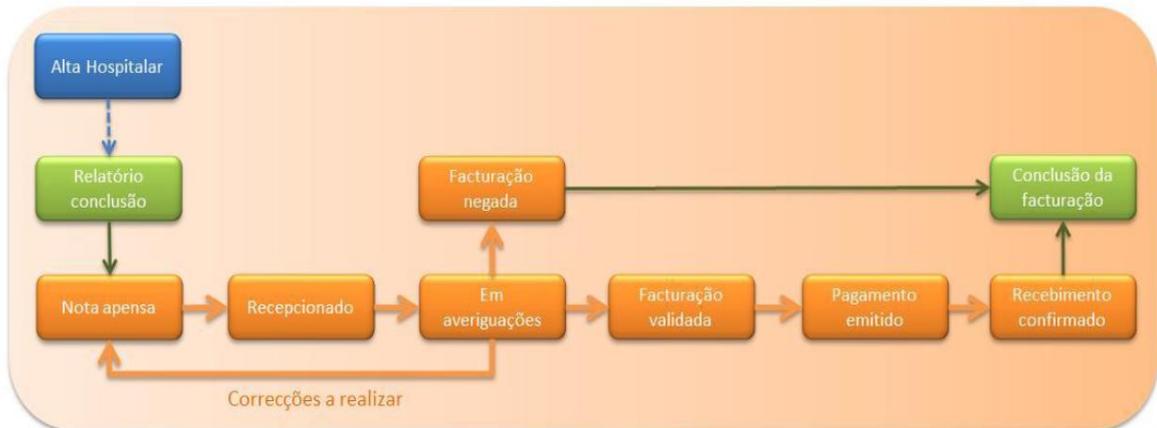
2.2 Funções desempenhadas no estágio

O estágio curricular realizado na URGA iniciou-se a 15 de janeiro de 2021 e terminou a 5 junho de 2021. As atividades realizadas incidiram na área da faturação, consistindo na decisão de validação ou não validação das proformas submetidas pelos Hospitais de Destino. Este processo tem como suporte informático uma aplicação partilhada pelos hospitais, designada SIGLIC. Este sistema informático tem um papel essencial no âmbito do SIGIC, permitindo automatizar várias etapas e melhorar a organização do processo.

A validação da faturação do valor da produção cirúrgica efetuada por prestadores de cuidados de saúde do setor privado, público e social, de acordo com as convenções determinadas no âmbito do SIGIC, rege-se pela codificação clínica ICD-9-CM (*International Classification of Diseases – 9th Revision – Clinical Modification*) e mais recentemente pela codificação clínica ICD-10-CM (Portaria 207/2017 alterada pela Portaria n.º 254/2018). Os preços dos episódios faturados são definidos pela Portaria n.º 207/2017, atualizados pela Portaria n.º 254/2018. O preço das cirurgias é originado pela classificação por Grupos de Diagnóstico Homogéneo (GDH) que deriva de códigos ICD-9 ou ICD-10. A classificação GDH constitui um sistema de classificação de doentes que congrega doentes em grupos clinicamente coerentes e cujo consumo de recursos previsível é similar (Portaria n.º 254/2018). Permite definir operacionalmente o conjunto de bens e serviços que cada doente precisa em função das suas necessidades e da patologia que o levou ao internamento. A cada grupo é associado um peso relativo, ou seja, um coeficiente de ponderação que reflete o preço estimado a pagar com o tratamento de um doente típico pertencente a esse GDH, expresso em termos relativos face ao custo médio do doente típico a nível nacional (ACSS, 2021).

O processo de faturação inicia-se com a submissão da fatura proforma da nota apenas (Figura 1) e com o registo de todos os episódios concluídos para validação do HD, cujo prazo máximo é de 60 dias após informação de alta do paciente. Para a validação dos episódios, é exportado do SIGLIC todos os episódios referentes a determinado mês e transformados num ficheiro *Excel* onde consta o montante a faturar ao HO. Os episódios são validados se todos os “critérios de validação das faturas” estipulados pela Linha Direta n.º 3/2020 (linhas de orientação internas da ARS, IP) forem cumpridos escrupulosamente.

Figura 1 - Processo de faturação



Fonte: UCGIC, 2011a, p.96

Cada ARS, IP tem autonomia para introduzir elementos adicionais aos critérios mínimos obrigatórios para a validação de faturas (Linha direta n.º005/2019 – Linhas de orientação internas da ARS, IP), e estes são: (1) Identificação do HD; (2) VC; (3) Identificação do HO; (4) n.º processo HO; (5) LIC do HO; (6) LIC do HD; (7) Modalidade Cirúrgica (Ambulatório ou Convencional); (8) Equipa Cirúrgica; (9) Procedimentos realizados; (10) Códigos dos GDH (principal e secundário) e respetivo valor; (11) Dispositivos médicos implantáveis não incluídos no valor do GDH; (12) Identificação de neoplasias malignas (resultado da Anatomia Patológica); (13) Lateralidade; (14) Valor das taxas moderadoras cobradas, consultas pré-operatórias (exceto a primeira, que é isenta), pós-operatórias, tratamentos, Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (MCDT) e/ou outras; (15) Penalizações aplicadas ao HD a descontar no valor a faturar; e, finalmente, (16) Valor a faturar.

Aquando da conclusão do episódio, o SIGLIC calcula o valor gerado do GDH. Além de submeter a proforma, de acordo com a UCGIC, (2011c), o HD tem também de submeter os seguintes documentos em suporte digital requeridos pela ARSC, IP: VC; identificação de complicações e intercorrências, e na eventualidade de ser necessário gerar um novo episódio terapêutico, deverá existir informação anexa que corrobore o pedido de

alteração, que terá de ser aceite pelo HO; identificação de todos os eventos realizados (MCDTS; consultas); relatório clínico enviado ao HO e etiqueta das próteses, se aplicável.

Para a conclusão do episódio é extraída a informação contida no SIGLIC para uma folha *Excel*, posteriormente analisa-se se cumpre os critérios de validação das faturas para cada episódio cirúrgico (ver Anexo III): (1) HO; (2) número do VC; (3) nome do utente; (4) número da LIC do HD; (5) o GDH; (6) a bilateralidade (confirmar se a proposta é igual à realizada); (7) assegurar que o custo da cirurgia corresponde ao GDH equivalente; (8) os tratamentos cirúrgicos realizados coincidirem com os tratamentos da proposta de cirurgia; (9) a modalidade da cirurgia, que pode ser feita em ambulatório ou em internamento (caso haja necessidade de alterar o procedimento deve existir Comunicação de Rede (CR) antes do tratamento ser realizado e ser aceite pelo HO); (10) Folha do bloco operatório; (11) Relatório de Exame Anátomo-Patológico, se aplicável; (12) Etiqueta das próteses, se aplicável; (13) Comprovativo de isenção de pagamento de taxas moderadoras ou Comprovativo de pagamento de taxas moderadoras; (14) existência de pelo menos uma consulta pós operatória; (15) registo obrigatório no SIGLIC da equipa cirúrgica, que deve incluir Cirurgião Principal, Cirurgião Ajudante, Anestesiista e Enfermeiro (há exceções, onde não é necessário que os quatro elementos enunciados estejam presentes), e as respetivas cédulas profissionais³; (16) registo de cirurgia segura e o comprovativo de Nota de Alta ao HO (UCGIC, 2011b). Por vezes, o custo da cirurgia é superior ao previsto se existirem procedimentos necessários que encareçam o tratamento, tal como procedimentos de especial complexidade – corresponde a uma majoração de 20% do valor do GDH – e a existência de neoplásicos – que corresponde a uma majoração de 30%.

No caso de todos os critérios estarem cumpridos o episódio é validado no SIGLIC, o que permite ao HD gerar uma nota apensa e emitir fatura ao HO, a ARSC, IP e o HO tem de ter conhecimento destes documentos. Na contingência de existirem episódios não validados, por não constar documento ou informação pertinente, ou por ser necessário algum esclarecimento adicional, é requerido ao HD que anexe informação omissa e que clarifique a situação. Nestas circunstâncias a ARSC, IP procede à devolução da fatura proforma. Qualquer alteração no episódio que não seja previamente autorizada pelo HO, não esteja corretamente formulada e divirja das normas vigentes, geram eventuais processos de

³ “Norma regional para a constituição mínima de equipas cirúrgicas ao abrigo do programa SIGIC” - documento interno homologado pelo Conselho Diretivo da ARSC no dia 4 junho de 2018.

desconformidade, posteriormente processados na URGA, em articulação com o Gabinete Jurídico e do Cidadão da ARSC, IP. Caso seja necessário abrir um processo de desconformidade será aplicada uma das seguintes penalizações: 10% do valor total a faturar quando se verifica a prática de uma desconformidade com o SIGIC; 50% do valor total a faturar quando se verifica a prática de uma desconformidade grave.

São consideradas desconformidades graves na validação de episódios no âmbito do SIGIC: (1) Falhas no sistema que lesem com gravidade a saúde do utente ou a atividade dos prestadores de cuidados médicos – não execução dos exames e consultas pré-operatórios quando necessários; (2) erros nos dados que causem danos nos doentes ou que interfiram com gravidade no normal funcionamento do SIGIC – dados administrativos, codificação, datas, outros; (3) Documentos não entregues que sejam requeridos aquando da transferência ou devolução do utente e quando solicitados pela UCGIC ou URGIC; (4) Execução de procedimentos cirúrgicos não propostos sem justificação válida; (5) Recusa de um procedimento cirúrgico disponibilizado pela entidade quando indevidamente justificado. O processo fica concluído quando é realizado o pagamento pelo HO ao HD (UCGIC, 2011a).

Tabela 3 - Valor total dos episódios cirúrgicos faturados no decorrer do estágio

Hospital	n.º de episódios	Valor
H1	78	154 404,36 €
H2	117	179 359,38 €
H3	93	222 219,74 €
H4	40	171 551,23 €
H5	124	188 318,54 €
H6	643	1 081 167,25 €
H7	678	1 660 754,26 €
Total	1 773	3 757 774,76 €

Ao longo do estágio foram processados pelo estagiário 1 773 episódios no valor de 3 757 774,76 €, correspondentes a 7 HO distintos (Tabela 2). Apesar de haver um número completamente distinto de registos por hospital, pode não significar exclusivamente que o hospital onde há um maior número de registos seja o de maior dimensão. Os registos eram

efetuados por uma equipa, não havendo qualquer critério de distribuição dos ficheiros pelos elementos da mesma.

3. Impacto da pandemia Covid-19

3.1. Enquadramento

A Organização Mundial da Saúde (OMS) no dia 31 de dezembro de 2019 foi notificada pelas autoridades de saúde chinesas da ocorrência de um surto na cidade de *Wuhan* na República Popular da China, de causa desconhecida, com 44 casos de pneumonia. Constatou-se que existia uma relação entre a grande maioria dos casos e o mercado “*Huanan Seafood Wholesale*”, local de venda de várias espécies de animais vivos, insuflando uma possível origem zoonótica. Rapidamente o Mercado de *Huanan* foi encerrado e desinfetado, contudo o número de casos continuava a aumentar, confirmando-se 59 casos de infeção a 5 de janeiro de 2020⁴. Volvidos 2 dias, a China comunica a identificação de um novo vírus da família Coronavírus, que fora denominado temporariamente pela OMS como 2019-nCoV (Caldas, & Tavares, 2020). A descrição dos primeiros pacientes infetados pela doença Covid-19 (o nome da nova doença anunciada pela OMS a 11 de fevereiro de 2020) em *Wuhan* elencaram como sintomas mais comuns: febre, tosse, mialgia e fadiga (Huang *et al.*, 2020). Todos os pacientes desenvolveram pneumonia, 13 necessitaram de tratamento em unidades de cuidados intensivos (UCI). 26 dos 41 pacientes tinham linfopenia e os que transitaram para UCI tinham níveis plasmáticos aumentados de citocinas e quimiocinas (Huang *et al.*, 2020).

A análise epidemiológica de 425 casos confirmados num laboratório de *Wuhan* aferiu que o período médio de incubação foi de pouco mais de 5 dias. Os autores estimaram que a transmissão de humano para humano do vírus SARS-CoV-2 ocorria já desde dezembro de 2019 (Li *et al.*, 2020). As evidências epidemiológicas desses primeiros casos sugeriam que o vírus tem maior probabilidade de causar complicações de saúde a idosos com comorbilidades associadas (Li *et al.*, 2020).

Foram reunidos esforços pela maior parte dos países para conter a propagação do vírus SARS-coV-2, contudo o impacto real foi de grandes proporções e em diferentes dimensões, em especial, nos sistemas de saúde. Foram e são visíveis alterações na atividade normal dos serviços essenciais de saúde em quase todos os países, principalmente nos países periféricos. Segundo a OMS (2020), o diagnóstico e o tratamento do cancro foram

⁴ Ver anexo IV. Sintetiza, de acordo com os dados oficiais da OMS, a cronologia desta fase da pandemia.

adversamente afetados em 55% dos países e os serviços de estomatologia e de reabilitação foram interrompidos em 60% dos países. Especificamente o atraso no diagnóstico de complicações cancerígenas causou mortes prematuras, resultando em perdas económicas significativas, este impacto económico poderá ter sido superior às perdas diretamente atribuídas às mortes por Covid-19 (Gheorghe *et al.*, 2021). Tendo em conta este grave problema de saúde pública, os sistemas de saúde passaram por uma massiva reorganização, todos os profissionais de saúde e todos os recursos foram canalizados para a resolução deste problema sanitário.

Uma ameaça desta magnitude não ocorria desde a pandemia de Influenza de 1918. Nas últimas décadas os sistemas de saúde tornaram-se cada mais sofisticados e melhor preparados, contudo, esta crise submeteu-os a um importante e inesperado teste, de extrema dificuldade mesmo para as sociedades mais ricas e saudáveis. Num curto espaço de tempo, os serviços de saúde alocaram todos os recursos para travar a progressão da infeção por SARS-COV-2, as famílias voluntária ou compulsivamente entraram em confinamento, e a economia (quase) estagnou (CNS, 2020).

As medidas criadas pelo Governo, a reorganização da resposta do SNS e a implementação de políticas de restrição de deslocações e contacto entre cidadãos, bem como a resposta atempada dos cidadãos, que não só acatou como em alguns momentos antecipou estes comportamentos preventivos, contribuíram para que Portugal tivesse indicadores positivos relativamente à abordagem praticada na fase inicial da pandemia (CNS, 2020). O sistema de saúde, em particular o SNS, com a diligência generalizada dos seus profissionais e a reorganização funcional, servida por um oportuno aproveitamento das plataformas informáticas disponíveis, proporcionou uma eficiente preparação e resposta até ao pico da pandemia e nos meses subsequentes. Conseguiu evitar-se a rutura das instituições de saúde, e não ocorreram episódios dramáticos, como a necessidade de priorizar utentes com maior probabilidade de sobrevivência, situação noticiada noutros países. (CNS, 2020)

Em Portugal registaram-se os primeiros casos de Covid-19 a 2 de março de 2020, estavam relacionados com pessoas que tinham recentemente viajado para Espanha e Itália, onde a disseminação do vírus já era significativa. Porém, ainda em fevereiro apareceram as primeiras notícias sobre possíveis contágios por Covid-19 no evento “Correntes d’escrita”⁵ O aparecimento tardio do vírus em Portugal, justifica-se em parte pela localização do país,

⁵ Ver Pinto, J.C. (2020).

na extremidade do continente Europeu (Mamede *et al.*, 2020). O fator geográfico permitiu que as autoridades de saúde e políticas ganhassem tempo para reagir. Atempadamente, foram adotadas medidas de contenção do vírus, quer ao nível da generalidade da população, quer pelas autoridades públicas. Contrariamente ao que se verificou na maioria dos países europeus, em Portugal estas medidas foram implementadas antes da primeira morte provocada pelo vírus *SARS-CoV-2* (Mamede *et al.*, 2020).

Tendo-se registado a segunda morte por Covid-19 e havendo cerca de 642 casos no país, no dia 18 de março de 2020 é decretado pelo Presidente da República o estado de emergência em todo o país, fundamentado com a verificação de uma situação de calamidade pública. Para evitar a propagação do vírus, foram anunciadas medidas extraordinárias, abrangendo um amplo leque de domínios, suspendendo vários direitos, liberdades e garantias (Decreto Do Presidente Da República n.º14-A/2020):

- a) direito de deslocação e fixação em qualquer parte do território nacional;
- b) propriedade e iniciativa económica privada;
- c) direitos dos trabalhadores;
- d) circulação internacional;
- e) direito de reunião e de manifestação;
- f) liberdade de culto, na sua dimensão coletiva;
- g) direito de resistência

Desde meados de março de 2021, o país encontra-se num processo de desconfinamento gradual, dividido em quatro fases, intercalado por um período de 15 dias entre cada fase, de forma a proceder à avaliação dos impactos das medidas na evolução da pandemia (Resolução Do Conselho de Ministros n.º 19/2021). Paralelamente aos esforços incansáveis dos profissionais de saúde na melhor prestação de cuidados de saúde possível, a vacinação é agora a maior arma contra a Covid-19. À data (14 de outubro de 2021), Portugal é o país com melhor desempenho ao nível das taxas de vacinação, tendo sido o primeiro país do mundo a alcançar a meta de 85% da população vacinada (Neves & Barros, 2021). O Anexo V ilustra a cronologia dos principais acontecimentos durante a primeira vaga da pandemia em Portugal.

3.2. Impacto na prestação de cuidados de saúde no SNS

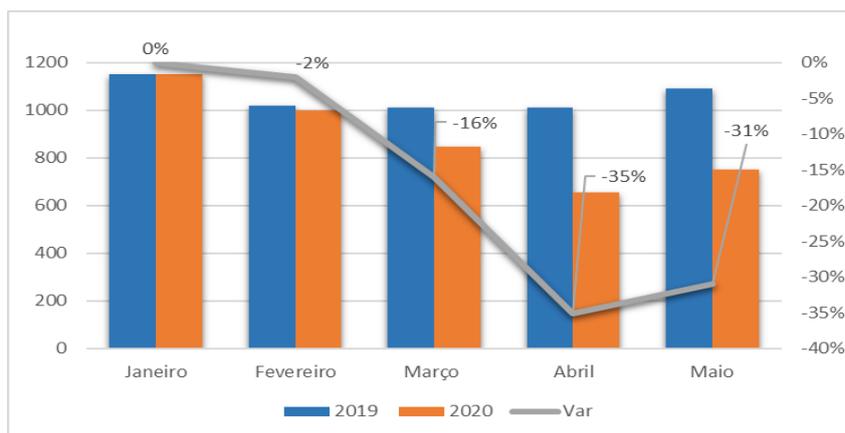
A resposta à pandemia Covid-19 obrigou a grande maioria dos países e prestadores de cuidados de saúde a implementar medidas que causaram uma redução acentuada da atividade programada, decorrente da suspensão da atividade, como também por impactos indiretos. Estes impactos indiretos resultaram das medidas de proibição de deslocação dos cidadãos, de medidas adicionais para prevenção do contágio (uso de equipamentos de proteção individual (EPI), necessidades adicionais de isolamento de doentes), e das medidas de alocação extraordinária de recursos físicos e humanos para o tratamento de doentes Covid-19 (Tribunal de Contas [TC], 2020). Os efeitos da redução da atividade programada na saúde da população - ainda inconclusivos - foram combatidos com recurso à tecnologia, utilização da telemedicina para a realização de consultas e para a triagem inicial de utentes (ERS, 2020). A prestação de cuidados de saúde em Portugal foi evidentemente afetada pela pandemia, contribuindo para esta alteração o aumento do número de infetados, de internamentos hospitalares e de óbitos relacionados, direta e indiretamente, com a doença em questão (TC, 2020).

Em Portugal, a atividade programada não urgente foi oficialmente suspensa a 16 de março de 2020, na sequência de despacho ministerial (Despacho n.º 3301-D/2020). Contudo, algumas unidades hospitalares do SNS suspenderam a sua atividade programada ainda antes da publicação do referido despacho, tendo os respetivos Conselhos de Administração autonomia para tomar este tipo de decisões (ERS, 2020).

A situação pandémica teve resultado imediato na organização do sistema de saúde português, estando visível uma queda acentuada da atividade programada e não programada na rede de estabelecimentos do SNS.

Assim, tendo como base de comparação o período homólogo (Gráfico 1), constatou-se uma progressiva queda no número de consultas hospitalares realizadas presencialmente desde março de 2020, tendo atingido uma quebra de 35% no mês de abril. Em maio de 2020, esta redução do número de consultas hospitalares, face ao mesmo período do ano anterior, atenuou ligeiramente, fixando-se nos 31%.

Gráfico 1 - Consultas Hospitalares presenciais no SNS (em milhares)



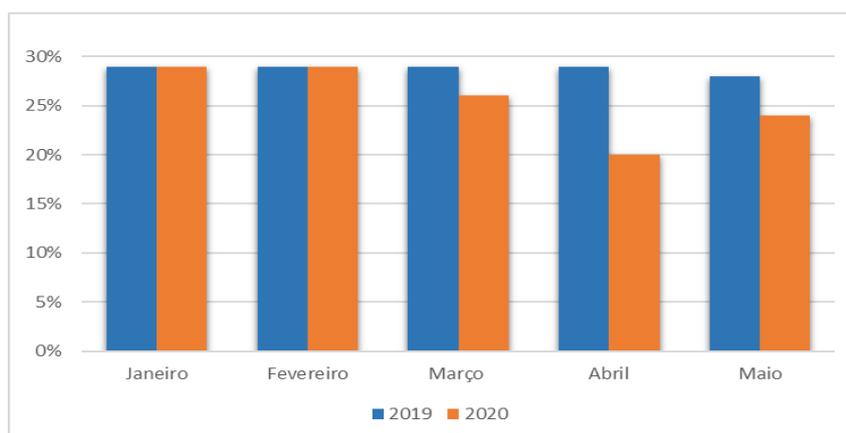
Fonte: Elaboração própria com base nos dados do Portal da transparência, SNS

A diminuição do número de consultas hospitalares aparentemente foi induzida pela drástica reorganização do sistema de saúde, que durante o período pandémico canalizou todos os recursos para a gestão do evento extremo e a resposta à atividade urgente. Esta situação foi vivenciada de igual forma a nível internacional (Gheorghe *et al.*, 2021). Outro dos fatores que contribuíram para a redução das consultas realizadas, teve origem no receio de os utentes se dirigirem aos cuidados de saúde, isto foi transversal em pacientes com sintomatologia ligeira, moderada e severa (Ueda *et al.*, 2021; Moynihan *et al.*, 2021).

Segundo o CNS (2020), entre 1 de março e 22 de abril o número de mortes registado (idades superiores a 65 anos) em Portugal foi de 3 a 5 vezes maior às mortes diretamente associadas à Covid-19, correspondendo a um excesso de mortalidade de 2400 a 4000 mortes. Crê-se que muitos utentes com doenças agudas ou crónicas graves não se tenham deslocado aos hospitais por receio de serem contaminadas (CNS, 2020).

Relativamente à evolução da percentagem de primeiras consultas presenciais (Gráfico 2) o impacto registado foi menor, tendo alcançado reduções de 3%, 9% e 4%, respetivamente nos meses de março, abril e maio, em comparação com os meses homólogos (ERS, 2020).

Gráfico 2 - % de primeiras consultas hospitalares presenciais no SNS



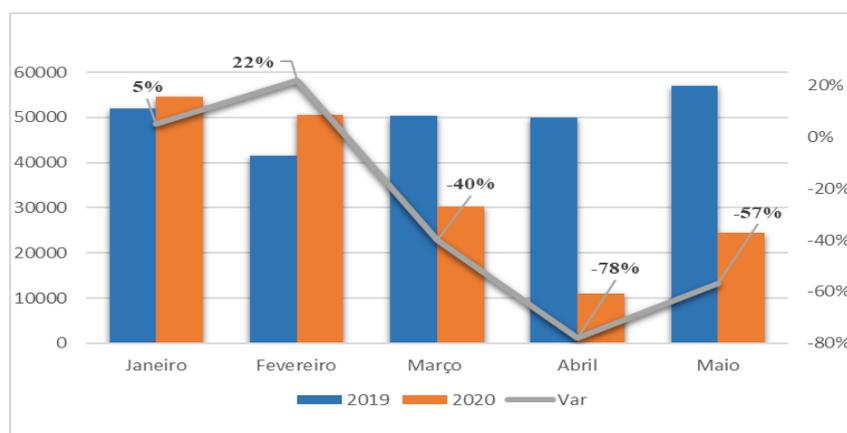
Fonte: Elaboração própria com base nos dados do Portal da transparência, SNS

Por outro lado, o número de consultas com recurso à telemedicina aumentou substancialmente. Este aumento foi evidente a partir de março, registando-se em abril um crescimento de 52% (ERS, 2020).

Para atenuar os efeitos negativos causados pela redução da atividade presencial, a telemedicina teve um papel relevante, verificando-se um certo efeito de substituição, (ERS, 2020). Contudo, de acordo com a entrevista realizada ao Diretor do Departamento de Planeamento e Contratualização, trata-se de um efeito de substituição parcial, grande parte dos cuidados primários estão relacionados com o acompanhamento de doenças crónicas e isso pode ser exequível à distância. Porém, há determinadas atividades dos cuidados primários que têm necessariamente de ser presenciais (e.g. rastreios, saúde infantil, vacinação).

De facto, de acordo com O'Neill & Matias (2021), até ao início da pandemia a maioria dos médicos não realizava teleconsulta (85% dos 1885 médicos inquiridos), no entanto durante a 1ª fase da pandemia, 94% dos médicos utilizou a teleconsulta, sendo que 88% dos inquiridos (2 087 médicos) pretende continuar a usar este recurso. As autoras aferiram, ainda, que os médicos inquiridos consideram que a teleconsulta “poderá ser inapropriada para doentes com patologia aguda, crónica agudizada, quando é necessário realizar exame físico ou exames complementares de diagnósticos urgentes ou quando o doente é incapaz de utilizar as tecnologias de comunicação” (O'Neill & Matias, 2021 :15-16).

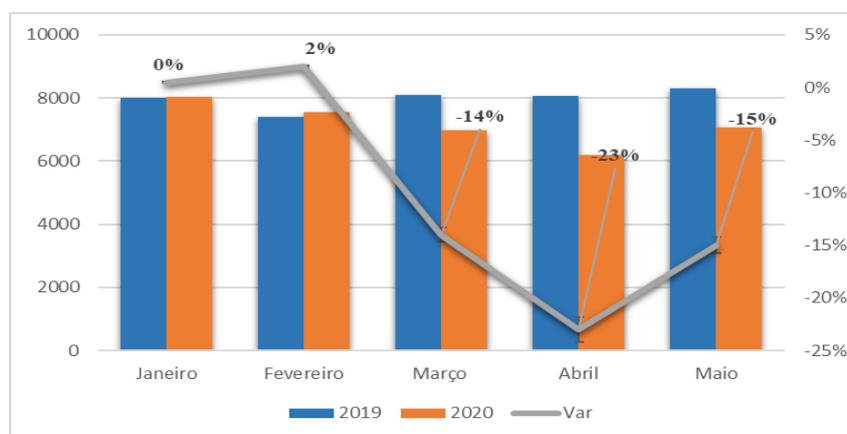
Gráfico 3 - Cirurgias Programadas no SNS



Fonte: Elaboração própria com base nos dados do Portal da Transparência, SNS

Também a atividade cirúrgica programada⁶ ao nível da rede hospitalar do SNS (Gráfico 3) verificou uma redução expressiva a partir de março, tendo o volume de cirurgias programadas em abril e maio sofrido uma redução de 78% e 57%, respetivamente.

Gráfico 4 - Cirurgias Urgentes no SNS



Fonte: Elaboração própria com base nos dados do Portal da Transparência, SNS

O impacto nas cirurgias consideradas urgentes⁷ (Gráfico 4) foi inferior, contudo, não deve ser descurado. Mesmo assim, neste caso, é visível uma redução do número de cirurgias realizadas no período entre março e abril de 2020, relativamente ao ano anterior,

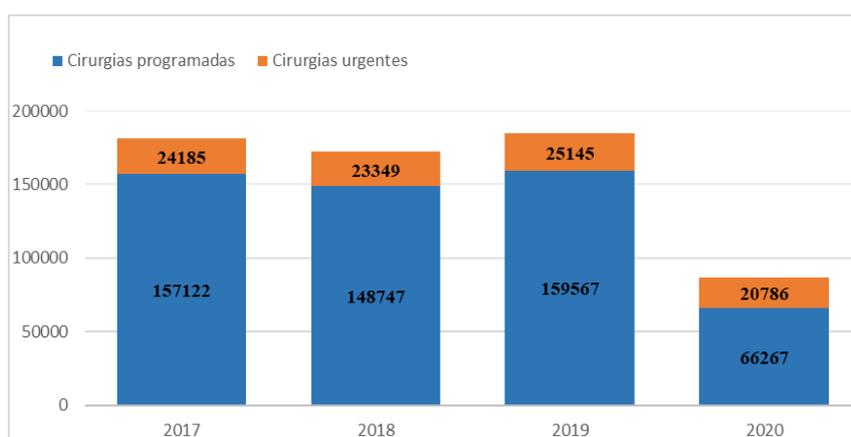
⁶ “Uma «cirurgia programada» é aquela que é efectuada no bloco operatório com data de realização previamente marcada e não inclui a pequena cirurgia” (Portaria n.º 45/2008).

⁷ “Por «cirurgia urgente» entende-se aquela que é efectuada no bloco operatório, sem data de realização previamente marcada, por equipas afectas ao serviço de urgência” (Portaria n.º 45/2008).

tendo tido maior expressão em abril com uma diminuição de 23%. No mês de maio assistiu-se a uma ligeira recuperação, mantendo-se ainda inferior relativamente ao período homólogo em 15%.

A análise anterior é corroborada no Gráfico 5 onde é visível a atividade cirúrgica dos três meses (março, abril e maio) cumulativamente ao longo do período 2017-2020. Constata-se que o impacto da pandemia não foi tão expressivo no número de cirurgias urgentes (a laranja), como foi no número de cirurgias programadas (a azul). Tal como foi mencionado, uma das políticas adotadas foi a concentração de recursos para o controlo da pandemia tendo havido uma suspensão na atividade cirúrgica programada. Constata-se que as intervenções cirúrgicas programadas entre março e maio mantiveram-se estáveis ao longo do triénio 2017-2019, contudo em 2020 sofreram um decréscimo de 58% face ao ano anterior, o que corresponde a uma redução de 93 300 cirurgias.

Gráfico 5 - Intervenções cirúrgicas⁸ realizadas no SNS

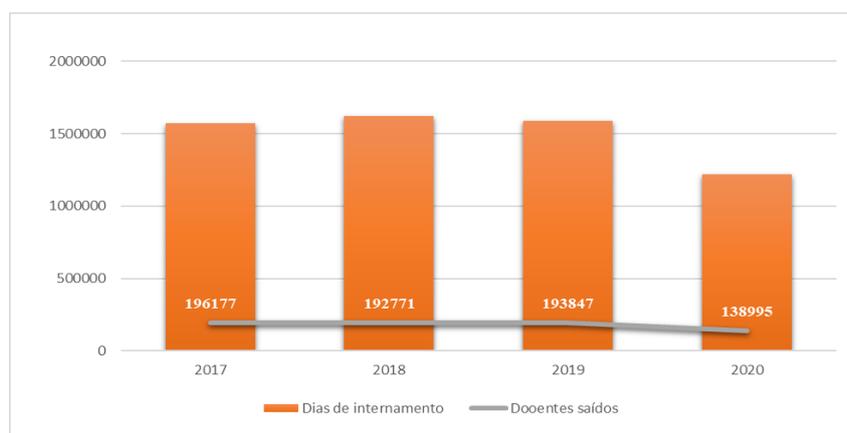


Fonte: Elaboração própria com base nos dados do Portal da transparência do SNS

Entre março e maio de 2020, o número de dias de internamento (cirúrgico e médico) e de doentes saídos (Gráfico 6) reduziu-se acentuadamente comparativamente ao período homólogo. O número de doentes saídos no período foi inferior a 2019 em cerca de 30% (54 852 doentes) e o número de dias de internamento foi inferior em 23%.

⁸ “Dá-se o nome de «intervenção cirúrgica» ao acto ou mais actos operatórios realizados por um ou mais cirurgiões no bloco operatório na mesma sessão” (Portaria n.º 45/2008).

Gráfico 6 - Internamento hospitalar



Fonte: Elaboração própria com base nos dados do Relatório do tribunal de contas

As chamadas realizadas para o número nacional de emergência (112) com destino no Centro de Orientação de Doentes Urgentes (Gráfico 7) registaram uma diminuição acentuada entre os meses de março e maio, cuja explicação poderá ser pela própria política de confinamento, uma vez que, para conter o número de contágios, se reduziu ao máximo a circulação de pessoas, privilegiando o teletrabalho e o distanciamento social (TC, 2020).

Gráfico 7 - Número diário de chamadas para o Centro de Orientação de Doentes Urgentes

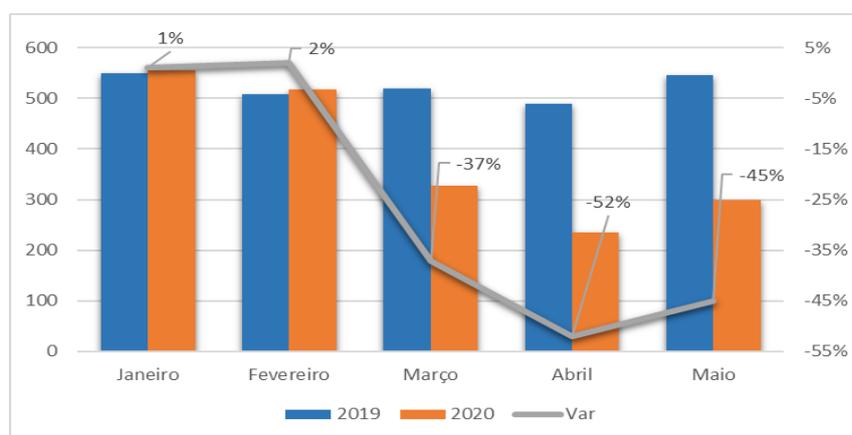


Fonte: Adaptado do Relatório do Tribunal de Contas

O número de episódios de urgência hospitalar (Gráfico 8) foi drasticamente inferior nos meses de março a maio, relativamente ao período homólogo, demonstrando que a população evitava a ida às urgências por sintomas à *priori* menos graves.

Neste período, registou-se uma considerável diminuição das chamadas para o número nacional de emergência, que pode ser justificada pela apreensão do sujeito em ser encaminhado para um hospital e estar exposto a um possível contágio (D’Ascenzi *et al.*, 2021), ou, por outro lado, pela diminuição dos deslocamentos da população durante o período de confinamento em que o teletrabalho e o distanciamento social foram a alternativa adotada pela maioria das empresas e instituições para conter o número de contágios (TC, 2020). Outra hipótese poderá ter que ver com a existência, antes da pandemia, de uma elevada afluência ao serviço de urgência de episódios não urgentes. O facto de ter passado a existir uma maior filtragem para casos urgentes pode ser explicado por uma maior perceção do risco, visível até na diminuição do n.º de chamadas para o 112 (Santana *et al.*, 2020). Caso no futuro se mantenha esta triagem, que filtre mais exaustivamente os doentes que recorrem ao serviço de urgência, poderá significar a melhoria da qualidade do atendimento e a diminuição dos tempos de espera dada a menor afluência às urgências.

Gráfico 8 – Episódios de Urgências Hospitalares no SNS (em milhares)



Fonte: Elaboração própria com base no Portal da Transparência, SNS

A estrutura de prestação de cuidados integra, para além do SNS, outras entidades. De facto, reconhece-se que “As entidades que integram o setor social e o setor convencionado desenvolvem, num regime de complementaridade com o SNS, atividades e serviços de prestação de cuidados aos utentes do SNS, numa perspetiva de continuidade dos cuidados e de proximidade à comunidade” (ACSS, 2021, p.54).

Durante os primeiros Estados de Emergência, verificou-se uma redução da rede de estabelecimentos de natureza privada, cooperativa e social em funcionamento nas diversas

tipologias de cuidados de saúde. O número de prestadores de cuidados de saúde do setor privado, cooperativo e social em Portugal continental com registo ativo na ERS caiu cerca de 7% no mês de março - com uma redução de 2 076 entidades, tendo-se mantido o mesmo número em abril. Em maio já foi visível uma recuperação do número de estabelecimentos, nomeadamente: unidades de cuidados sem internamento, unidades de medicina dentária e unidades de recuperação e tratamento.

Neste período, vários prestadores de saúde recorreram à telemedicina numa tentativa de adaptação à nova conjuntura, o que explica o crescimento registado de telemedicina em cerca de 800% de março para junho.

Tabela 4 - Registo de estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde dos setores privado, cooperativo e social

Tipo de estabelecimento	29Fev.	31Mar.	30 Abr.	31Mai.	30Jun.
Centros de enfermagem	49	47	46	47	48
Cuidados continuados	170	170	169	172	172
Meios complementares de diagnóstico	3.465	3.463	3.472	3.506	3.489
Telemedicina	93	227	569	702	748
Termas	19	10	10	13	17
Unidades móveis	1.896	1.821	1.820	1.921	1.964
Unidades cuidados com internamento	240	237	237	241	241
Unidades cuidados sem internamento	16.838	15.568	15.408	16.541	16.669
Unidades de medicina dentária	4.397	3.659	3.624	4.328	4.358
Unidades de recuperação e tratamento	613	504	500	609	617
Outros	110	108	105	103	101
Total	27.890	25.814	25.960	28.183	28.424

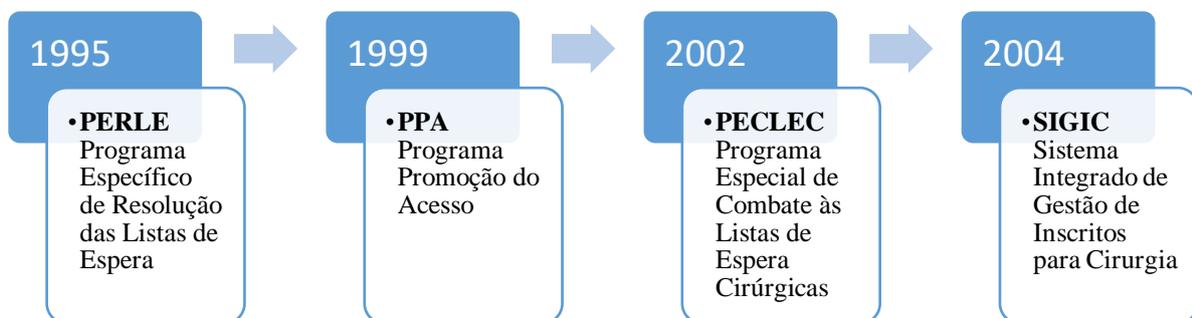
Fonte: ERS, 2020

Para além do impacto registado na atividade assistencial, também a execução da agenda da Lista de Inscritos para Cirurgia (LIC) foi comprometida pela situação pandémica, como será explorado no próximo capítulo.

3.3. Impacto nos Tempos de Espera no acesso aos cuidados de saúde do SNS

A existência de listas de espera (LE) é um problema transversal à maioria dos países desenvolvidos e estão diretamente interligadas aos elevados tempos de espera (TE) no acesso aos cuidados de saúde. A dificuldade no acesso à prestação de cuidados de saúde é um fator de enorme relevância política e social, tendo já existido diversas reformas estatais que visavam combater e melhorar esta problemática (Barros, 2017). Essas reformas criadas para combater as listas de espera cirúrgica (Figura 2), foram num primeiro momento, norteados para o crescimento da atividade cirúrgica. Já o último programa implementado (SIGIC)⁹, cujo objetivo consiste na regulação de toda a atividade cirúrgica programada e abrange as diferentes etapas do processo de gestão do utente, desde a inscrição na lista cirúrgica até à conclusão do episódio, após alta médica (Reis, 2014).

Figura 2 – Cronologia das reformas de combate às Listas de Espera



O “Programa Específico de Resolução das Listas de Espera (PERLE)” tinha como “... objetivo de assegurar o tratamento cirúrgico de doentes no setor privado” (Despacho n.º 1543/95, Ministério da Saúde, de 1 de março). Segundo Reis (2014: 10), cada ARS, IP ficaria incumbida de implementar o programa na respetiva região,

⁹ Implementado em 2004 e que ainda vigora.

“apresentando para tal um plano de recuperação das listas de espera, após ter procedido ao levantamento e avaliação das listas de espera existentes, determinando a capacidade dos serviços, prioridades de intervenção e hierarquizado por prioridades clínicas, pelo que lhe era atribuída uma dotação financeira anual, distribuída a nível regional, para garantir a realização de cirurgias, no sector privado mas sob a responsabilidade do Estado.”

O “Programa Promoção Acesso (PPA)”, concebido em 1999, com o objetivo de incentivar os serviços de cirurgia dos hospitais públicos com capacidade para aumentar a produção, no próprio hospital, para além das horas normais de laboração. Contudo a contratação com o sector social (Despacho n.º 19554/2000) e privado (Despacho n.º 17381/2000) não foi descontinuada,

“tendo para esse fim sido atribuída uma dotação orçamental adicional, devendo, posteriormente, cada ARS contratualizar o volume de cirurgias adicional com os hospitais do SNS. (...). Assim, o PPA tinha como principais linhas de orientação o estabelecimento e definição de dispositivos e instrumentos (nomeadamente sistemas de informação próprios) de gestão e acompanhamento das LE Cirúrgicas, definição de critérios de inclusão em listas de espera, de Protocolos e de tempos de espera máximos aceitáveis para cada tipo de intervenção” (Reis, 2014: 14)

O “Programa Especial de Combate às Listas de Espera Cirúrgicas” (PECLEC), aprovado em 2002, foi criado com o objetivo específico de ser um programa temporário a ser cumprido no prazo de dois anos, “visava, dada a persistência de longas listas de utentes a aguardar por uma cirurgia, dar resposta rápida e eficiente a situações emergentes e críticas dos utentes” (MGIC, 2005: III-2). Com um carácter temporário, o PECLEC foi concebido para dar uma resposta rápida e eficiente às situações emergentes e críticas de utentes, devido à existência de longas listas de espera. Este programa tinha os seguintes objetivos:

“a) Estabelecer um regime de atendimento dos doentes em correspondência inversa aos tempos de espera (os doentes há mais tempo em espera serão os primeiros a ser atendidos), sem prejuízo da prioridade concedida a quadros clínicos considerados urgentes; b) Introduzir uma instância eficaz para a qual o cidadão possa reclamar em caso de prejuízo do seu direito aos cuidados de saúde do SNS; c) Desenvolver uma leal concorrência entre os sectores público, social e privado de prestadores de cuidados de saúde e um aperfeiçoamento da sua cooperação em rede; d) Motivar, numa perspectiva ética e deontológica, as equipas de médicos e de profissionais de saúde, mediante a racionalização e melhor utilização dos meios e do quadro envolvente que o SNS proporciona ao exercício da sua actividade; e) Aumentar a eficiência reduzindo o custo médio de financiamento dos actos cirúrgicos para padrões médios europeus; f) Respeitar, em todos os casos, o direito de escolha do doente, nos termos definidos nos números seguintes” (Resolução do Conselho de Ministros n.º 100/2002).

Dando continuidade a este esforço, em 2004 surge o programa SIGIC como já foi referido na secção 2.1 (p.10-13). Este programa “tem como objetivo minimizar o período que decorre entre o momento em que um doente é encaminhado para uma cirurgia e a realização da mesma, garantindo, de uma forma progressiva, que o tratamento cirúrgico decorre dentro do tempo clinicamente admissível” (Resolução do Conselho de Ministros n.º 78/2004). Esta era uma forma de garantir uma resposta dentro do que é estipulado como o TMRG na legislação em vigor (ERS, 2014). O SIGIC integra o modelo de governação do SIGA como forma de garantir a resposta às necessidades cirúrgicas dentro dos tempos recomendados, assegurando a existência de equidade no acesso aos tratamentos cirúrgico (Barros *et al.*, 2013).

O SNS garante a universalidade de acesso a cuidados de saúde a todos os cidadãos. É um serviço tendencialmente gratuito, o que acaba por criar um excesso de procura e torna as listas de espera um fator integrante dos sistemas públicos de saúde (Reis, 2011).

De acordo com Barros (2017), o problema das listas de espera surge principalmente em sistemas de saúde onde o seguro é público e cujo financiamento ocorre através de impostos junto dos cidadãos, existindo concomitantemente um preço¹⁰ reduzido - ou mesmo nulo - no momento da prestação dos cuidados de saúde e limitação da oferta através da restrição da despesa. Neste caso, o fator preço não é significativo para manter o equilíbrio do mercado. Quando a procura por cuidados de saúde é superior à oferta, o TE atua como um mecanismo de racionamento da procura.

As LE são um conjunto de episódios referentes a utentes que devem ser tratados num determinado espaço temporal e aos quais se associam determinado nível de prioridade de acordo com o grau de urgência (Machado, 2011; Siciliani *et al.*, 2013).

O TE é o tempo que decorre entre a decisão médica da necessidade do serviço a ser prestado até à prestação do mesmo (Siciliani *et al.*, 2013). O surgimento dos TE ocorre por existir um desequilíbrio entre a procura e a oferta de cuidados de saúde para um determinado hiato temporal (Borowitz *et al.*, 2013). Todavia, há um período de tempo totalmente necessário e ao qual não é associado qualquer efeito negativo, que corresponde à preparação logística, psicológica e técnica. Daqui surge a definição de TE aceitável, variável de caso

¹⁰ Entenda-se taxa moderadora. “As taxas moderadoras correspondem a pagamentos efetuados pelo consumidor no momento da utilização, cuja finalidade é, em teoria, moderar a procura, reduzindo o consumo excessivo de cuidados” (Quintal *et al.* 2016).

para caso. Esperar 5 meses para a correção de uma hérnia corresponde a um TMRG aceitável, já o mesmo período de tempo para casos de doença cardíaca ou oncológica, que normalmente são cirurgias que requerem maior urgência - tempo de espera de referência, entre 3 a 4 semanas – não é plausível (Tabela 5).

Tabela 5 - TMRG para os cuidados hospitalares cirúrgicos programados

Prioridade clínica	Patologia	TMRG (dias)
Normal	Geral	180
	Doença Cardíaca	90
	Oncologia	60
Prioritário	Geral	60
	Doença Cardíaca	46
	Oncologia	45
Muito Prioritário	Geral	15
	Doença Cardíaca	15
	Oncologia	15
Urgência	Geral	3
	Doença Cardíaca	3
	Oncologia	3

Fonte: Elaboração própria, com base nos tempos fixados na Portaria n.º 153/2017, de 4 de maio

Caso o utente careça de um determinado cuidado de saúde, desloca-se a uma entidade prestadora do SNS, onde é realizada uma avaliação do seu estado clínico pelo médico de família, que procederá posteriormente à referenciação do utente para um médico especialista, que irá diagnosticar o problema de saúde. No seguimento desta avaliação, o utente terá de aguardar a sua vez de acordo com a sua prioridade clínica, entrando diretamente para a LE. Se se tratar de uma situação de urgência, o utente não entra em LE, será imediatamente intervencionado cirurgicamente. Caso não estejamos perante um caso de urgência, o utente irá aguardar pela cirurgia programada a realizar num hospital público, existindo duas possibilidades: a cirurgia fica marcada para uma data futura, ou o utente fica a aguardar em lista de espera. Quando a quantidade de utentes que entram em LE não for seguido por uma proporcional saída de LE, e a procura para o respetivo tratamento for superior à oferta da entidade, é previsível que ocorra um excesso de utentes em LE, o que provoca um aumento dos TE, criando desequilíbrios de curto prazo. Se o utente não estiver disposto a aguardar em LE, tem sempre a possibilidade de agendar a cirurgia para uma

entidade prestadora de cuidados de saúde do setor privado. Neste caso, o custo do tratamento será sempre superior para o utente (Borowitz *et al.*, 2013).

Segundo Borowitz *et al.* (2013), o TE está dividido nos seguintes subperíodos: (1) Espera pela observação do médico de família; (2) Espera para a execução dos MCDT solicitados pelo médico; (3) Espera pela decisão médica sobre quais os procedimentos a adotar, tratamentos necessários de acordo com os resultados da análise prévia e deliberação para encaminhar o utente para a especialidade mais adequada; (4) Período de espera que decorre entre o momento em que o utente é adicionado à LE para cirurgia até ao momento em que o tratamento é efetuado ou o utente é admitido para cirurgia. Contudo, podem existir mais períodos de espera, associados a consultas ou testes de diagnóstico, que podem ser requeridos de acordo com o decorrer do episódio, o serviço de especialidade, a tecnologia utilizada e a entidade hospitalar.

Os TE são criados a partir do nível de procura de tratamentos, o que implica entradas em LE e quantidade ofertada do tratamento. Quanto maior esta oferta, superiores serão as saídas de LE. O estado de saúde da população e a composição demográfica têm influência direta no número de entradas em LE, dado que com um aumento da esperança média de vida e com o envelhecimento da população é previsível que exista uma maior necessidade de cuidados cirúrgicos. O avanço tecnológico dos procedimentos usados nas cirurgias está também diretamente relacionado com o aumento da procura por serviços de saúde na medida em que o utente espera ter uma taxa de sucesso superior. Não obstante o progresso tecnológico associado a técnicas usadas para cirurgia, pode também influenciar a oferta de serviços de saúde, dado que poderá ter reflexos na melhoria da produtividade e eficiência cirúrgica. O aumento da procura de cuidados de saúde no setor público é também influenciado pelas condições naturais de sua conceção: se o sistema de saúde for financiado pelo setor público, existe partilha de custos; os preços praticados no setor privado são muito superiores aos praticados no setor público; e a limitada cobertura dos seguros de saúde propiciam um aumento da procura de cuidado cirúrgicos no setor público (Borowitz *et al.*, 2013).

A realização de cirurgias está condicionada pela quantidade e qualidade de recursos (materiais e humanos) disponíveis no setor público. Mais médicos e enfermeiros, salas de bloco operatório e camas, permite aumentar os níveis de produção cirúrgica e consequentemente reduzir os tempos de espera. A remuneração da atividade cirúrgica pode

também ter impacto na quantidade produzida, a maioria dos países da OCDE opta por um modelo remuneratório baseado na atividade realizada, ou seja, a realização de mais cirurgias é acompanhada por uma remuneração mais elevada para essas entidades hospitalares, tornando-as desta forma mais produtivas (Borowitz *et al.*, 2013).

O acesso dos utentes do SNS aos cuidados de saúde prestados está regulado por legislação e assenta em grande medida na vertente temporal do acesso, pela definição de tempos máximos de resposta para diferentes serviços de saúde e de acordo com níveis de prioridade. A Portaria n.º 153/2017, de 4 maio, define os TMRG no SNS para os diferentes tipos de prestações de saúde sem carácter de urgência. A ACSS, IP e as ARS, IP são responsáveis por monitorizar o cumprimento dos TMRG, no âmbito do SIGA SNS, sendo esta informação partilhada e articulada com a DGS.

A inexistência de tempos de espera é uma situação irrealista, não obstante, minimizar estes tempos de espera é um dos principais objetivos, transversal a todos os sistemas de saúde. Considerando que TE elevados são incomensuravelmente perniciosos para a qualidade de vida dos cidadãos, uma das consequências mais inequívocas diz respeito à degradação do estado de saúde do utente, causando um agravamento dos sintomas, maior sofrimento, taxas de sucesso do tratamento inferiores e probabilidade superior de morte antes da intervenção cirúrgica. LE incessantes impossibilita a oferta de exceder a procura, implicando custos superiores com a gestão das LE; existe uma maior propensão para os utentes optarem pelo setor privado - apesar de incorrerem em custos mais elevados - ou no caso de utentes com insuficiência económica, desistirem da cirurgia. Resultando na degradação dos indicadores de saúde (Borowitz *et al.* 2013).

No entanto, se forem definidos tempos ótimos de espera, as LE podem trazer benefícios. Num contexto de recursos escassos, o racionamento da oferta através da existência de LE, permite uma maior eficiência da utilização dos recursos disponíveis (Mullen, 2003). As LE podem ser vistas como um amortecedor entre a procura de cirurgias e a capacidade limitada dos sistemas de saúde, tendo em conta que em situações menos urgentes, um determinado TE pode ser considerado “aceitável”. Contudo, e porque podem refletir um funcionamento inadequado das escolhas do financiamento público, LE extensas são vistas como um dos principais problemas dos sistemas de saúde públicos, e são uma causa de descontentamento político e comunitário (Curtis *et al.*, 2010).

Os vários países da OCDE têm reunido esforços para tentar combater os TE excessivos, as principais políticas consistem em (Siciliani & Hurst, 2005):

- Políticas que afetam a oferta
- Políticas que afetam a procura
- Políticas que atuam diretamente nos tempos de espera afetando tanto a oferta como a procura

Neste contexto de pandemia, centramo-nos nas políticas que afetam a oferta, porque são aplicadas quando o volume da atividade cirúrgica é considerado insuficiente para a procura existente. Estas políticas podem revestir várias formas, de acordo com Siciliani & Hurst (2005):

1. O aumento da produção cirúrgica no setor público, através de financiamento da atividade adicional. Em vários países, o financiamento dos hospitais públicos é executado com base em orçamentos fixos. Uma das estratégias governamentais nos países da OCDE, com o objetivo de mitigar os TE elevados, consiste em adicionar temporária e limitadamente recursos ao orçamento inicialmente definido, para desta forma aumentar a produção cirúrgica e conseqüentemente diminuir os TE. A alocação destes recursos adicionais tem ocorrido de três maneiras diferentes: (1) em hospitais cujas LE e TE são excessivos, (2) em hospitais que efetivamente realizem atividade adicional e (3) em hospitais que realizem atividade adicional e concomitantemente reduzam os tempos de espera. Dada a natureza dinâmica dos TE e das LE, um aumento temporário na atividade terá um efeito temporário nos TE.
2. Ganhos de produtividade no setor público com recurso a um orçamento variável em função da atividade realizada. Orçamentos fixos não incrementam aumentos de produtividade, a receita é fixa e independente do nível de produção cirúrgica. Pelo contrário, o pagamento baseado no nível de atividade realizada traz ganhos de produtividade, produtividade mais elevada é recompensada com receitas mais altas, o que também motiva a otimização da utilização dos recursos. Na Dinamarca, em 2002, com a implementação desta política, resultou num aumento

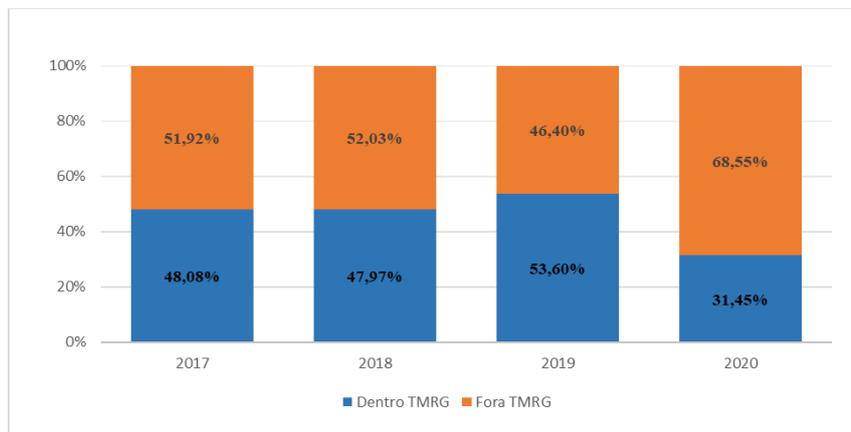
de 13% do volume da atividade e o tempo médio de espera diminuiu 17%. Um efeito indesejado desta política consistiu em ações praticadas pelos prestadores de saúde, que intencionalmente usavam classificações GDH mais dispendiosas de forma a aumentar a receita hospitalar.

3. Ganhos de produtividade reformulando os contratos das equipas cirúrgicas. Uma das possibilidades consiste em vincular a remuneração da equipa cirúrgica de acordo com o aumento ou diminuição dos TE. Esta política foi posta em prática em Espanha, existiram bónus (cerca de 2-3% do respetivo salário) para as equipas cirúrgicas cuja produção era superior à prevista, esta majoração contribuiu para a redução dos TE.
4. Introdução de mecanismos inovadores de gestão, com o objetivo de melhorar a gestão das listas de espera e eliminar as ineficiências da sua gestão, aumentando desta forma a produtividade do setor público.
5. Contratar aos privados e subcontratação. Uma alternativa ao aumento da capacidade do setor público é usar a capacidade existente no setor privado. Esta política consiste na contratação a prestadores de saúde privados, de forma a reduzir as LE no setor público, ou seja, os utentes que estão em LE no setor público irão realizar os procedimentos cirúrgicos em hospitais privados, sob determinados critérios. A compra destes serviços ao setor privado permite ao público conseguir acesso a maior capacidade e mais rapidamente, em comparação com as alternativas possíveis, tal como a edificação de um novo hospital, implicando esta alternativa custos de curto prazo muito mais avultados. Esta política pode também criar um estímulo competitivo, que potencia o aumento da atividade no setor público.

Em Portugal, durante o ano de 2020, o número de primeiras consultas realizadas foi inferior ao ano transato, representando em maio apenas 30% da produção do período homólogo (ERS, 2020). A tendência de crescimento do tempo médio de espera por consultas verificou-se entre 2015 e 2019. Em 2020, e considerando apenas os dados existentes até maio, constata-se uma diminuição em 3 dias do tempo médio de espera. A quebra de

produção não foi acompanhada por um aumento de utentes em lista de espera, por ter existido uma redução no número de consultas de cuidados de saúde primários (TC, 2020). Já no que respeita à mediana do tempo de espera para os utentes a aguardar realização de primeira consulta hospitalar, passou de 100 dias em 31/12/2019 para 171 dias em 31/05/2020 (TC, 2020).

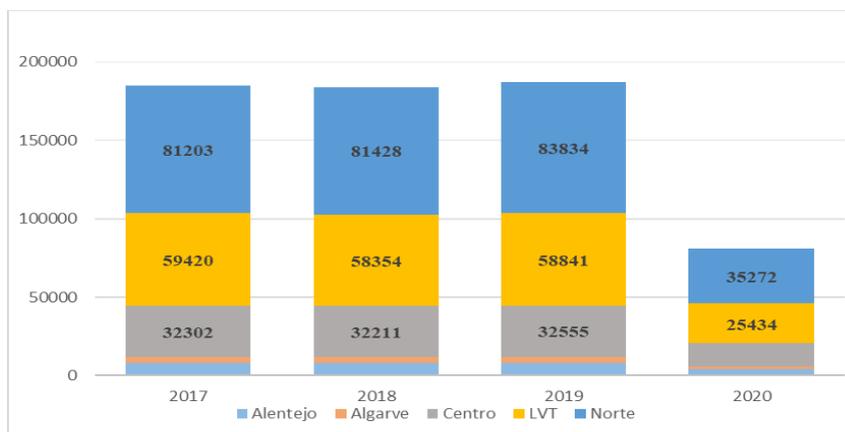
Gráfico 9 - Cumprimento do TMRG na Lista de Espera para primeiras consultas hospitalares



Fonte: Elaboração própria com base nos dados do Portal da Transparência

A redução do número de consultas implicou a não identificação de necessidades cirúrgicas (TC, 2020). Entre março e maio de 2020, o número de novas inscrições para cirurgia decresceu 58% em comparação com as novas inscrições ocorridas no período homólogo (Gráfico 10). Constata-se que a produção cirúrgica tem vindo a aumentar gradualmente no triénio 2017-2020, tendo existido um ponto de inflexão em 2020 com a redução da atividade cirúrgica programada. Daqui podemos deduzir que cerca de 109 mil novas inscrições para cirurgia terão ficado por realizar no período em análise (TC, 2020).

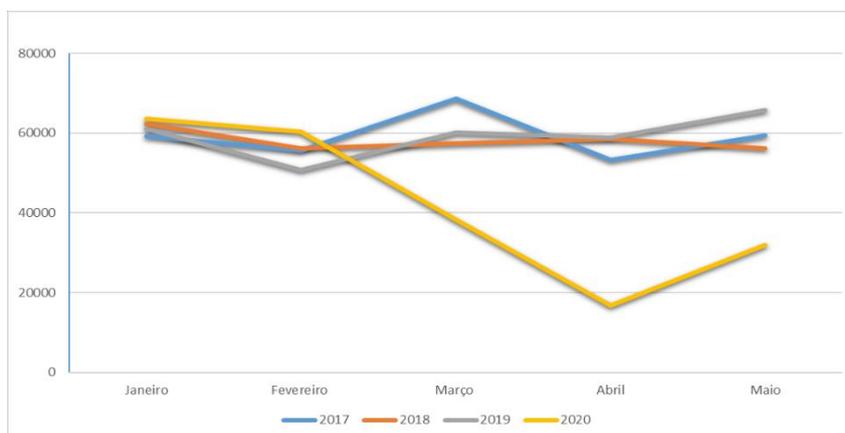
Gráfico 10 - Entradas em LIC por ARS



Fonte: Adaptado do relatório do Tribunal de Contas

Nos meses de fevereiro a abril de 2020, a atividade programada realizada decresceu substancialmente. A partir de abril existiu uma ligeira melhoria neste indicador, ainda assim muito abaixo da média do período homólogo do último triénio. Realçamos o facto de a produção realizada, entre janeiro e fevereiro, ter sido superior à realizada nos anos anteriores (Gráfico 11).

Gráfico 11 – Cirurgias realizadas no SNS



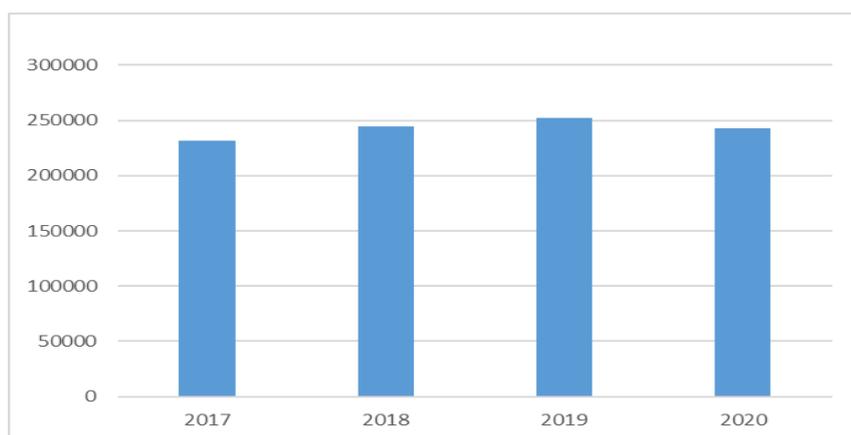
Fonte: Elaboração própria com base nos dados retirados do portal da transparência do SNS

Neste período verificou-se uma diminuição do número de utentes em LIC (-4%, em termos nominais equivale a uma diminuição de 10.102 inscritos), justificada pelo abrandamento do número de novas referências para cuidados. Esta diminuição (Gráfico 12) justifica-se, em parte, devido à redução do número de consultas nos cuidados primários.

O número de cirurgias realizadas neste período foi também inferior (TC, 2020).

O facto de ter existido uma diminuição no número de consultas poderá refletir-se numa menor referenciação para cirurgia, resultando por isso numa redução de novos inscritos em LIC em 2020, comparativamente com o ano transacto (Hübner *et al.*, 2020).

Gráfico 12 - Número de utentes em LIC

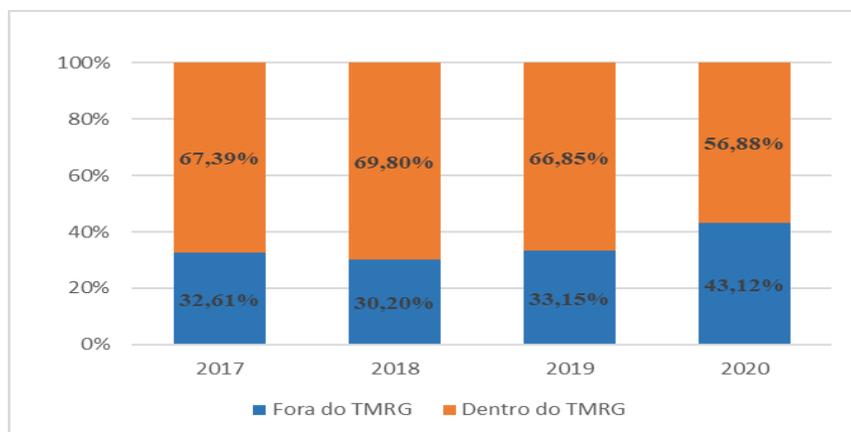


Fonte: Adaptado do relatório do Tribunal de Contas

“Em 31 de maio de 2020, cerca de 43% dos 242.408 utentes a aguardar uma cirurgia (Gráfico 13) apresentavam TE que já ultrapassavam os TMRG” (TC, 2020).

Constata-se que a nível nacional a redução do número total de inscritos em LIC 2020 (mês de maio) foi na ordem dos 4%, em comparação com o último mês de 2019.

Gráfico 13 - Cumprimento do TMRG dos utentes em LIC

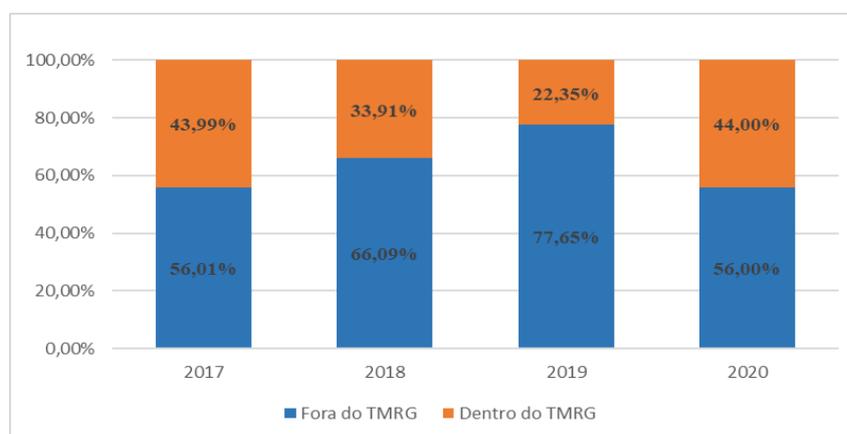


Fonte: Elaboração própria com base no Relatório do Tribunal de Contas

Não obstante a diminuição do volume (n.º de inscritos) da LIC, o cumprimento dos TMRG deterioraram-se. Até maio de 2020 apenas 56,88% das inscrições para cirurgias ocorreram dentro dos TMRG, em comparação com 66,85% no final do ano de 2019.

Consequentemente, existiu um aumento de 10 p.p dos episódios fora dos TMRG dos utentes em LIC em 2020 em comparação com o período homólogo, derivado da priorização da atividade urgente e atividade Covid, o que teve que ver com uma espera superior, resultando numa intensificação das iniquidades em saúde no que indica ao acesso (Cash-Gibson *et al.*, 2021).

Gráfico 14 - Cumprimento do TMRG dos utentes em LIC – prioridades 3 e 4



Fonte: Adaptado do Relatório do Tribunal de Contas

A 15 de março de 2020, a Ministra da Saúde emite um despacho que determina a suspensão da atividade programada não urgente, privilegiando a atividade Covid e a atividade urgente. Pelo que o cumprimento dos TMRG¹¹ nas inscrições para cirurgias urgentes – ou seja as que estão priorizadas no nível 3 e 4 (oncológicas e não oncológicas) – foi superior em ano de pandemia do que em anos transatos (Gráfico 14).

Não obstante a melhoria dos TMRG nos casos de maior urgência (22,35% dentro do TMRG em 2019, passando este indicador para 44% em 2020), o número de cirurgias

¹¹ TMRG - Tempos Máximos de Resposta Garantidos. Tempo de espera “dentro do TMRG” consiste num tempo de espera aceitável para determinado tratamento, que depende da urgência do tratamento. Esperar 5 meses para a correção de uma hérnia corresponde a um TMRG aceitável, já o mesmo período de tempo para casos de doença cardíaca ou oncológica, que normalmente são cirurgias que requerem maior urgência (tempo de espera de referência, entre 3 a 4 semanas) não é admissível.

urgentes terá sofrido uma drástica diminuição, segundo (Mazahreh *et al.*, 2020), foi observado um decréscimo de 86% entre Março e Abril de 2020, o que sugere uma degradação dos indicadores de saúde.

4. Retoma da atividade programada e recuperação da atividade não realizada

A estratégia adotada pelo governo português - num contexto de urgência, adequação e segurança da resposta das unidades hospitalares do SNS à pandemia da doença Covid-19 - foi alcançada através da reorganização interna dos serviços de saúde e da suspensão da atividade assistencial não urgente, “que, pela sua natureza, ou prioridade clínica, não implicasse risco de vida para os utentes, limitação do seu prognóstico e/ou limitação de acesso a tratamentos periódicos ou de vigilância” (Despacho n.º 5314/2020), como também pela redução da procura de cuidados de saúde pelos cidadãos (ERS, 2020).

Após ultrapassar o período de suspensão da atividade, que decorreu entre 16 de março e 2 de maio – decretado pelo Despacho da Ministra da Saúde, sem número, de 15 de março de 2020 – era imperativo retomar a atividade programada do SNS e começar a recuperar a atividade não realizada. Foi determinado, através do Despacho n.º 5314/2020, a “identificação e reagendamento de toda a atividade assistencial programada não realizada por força da pandemia Covid-19”, respeitando os critérios de prioridade clínica e de antiguidade nas listas de espera.

A atividade perdida nos cuidados primários não tem a mesma natureza da atividade perdida nos cuidados hospitalares. De acordo com o entrevistado, nos cuidados primários houve uma quebra na atividade que tem de ser retomada, por outro lado, a atividade dos cuidados hospitalares tem de ser recuperada.

Existiram 2 momentos de retoma, decretados por iniciativa legislativa, cujas medidas foram similares em ambos os períodos: maio/junho de 2020 (Portaria n.º 171/2020), período pós 1ª vaga e março/abril de 2021, pós 3ª vaga (Portaria n.º 288/2020).

Em maio de 2020 foi executado em sede de orçamento suplementar um conjunto de medidas que tinham como objetivo diminuir o impacto que a pandemia Covid-19 teve na resposta normal do SNS. Passamos a enunciar as medidas:

- A. Recurso a meios não presenciais** – utilizando mecanismos de telemedicina, “exceto quando tal não for clinicamente adequado ou tecnicamente possível” (Despacho n.º 5314/2020). Existiu um parcial efeito de substituição, ocorrendo uma diminuição da consulta presencial em prol da consulta à distância. Há exceções para este efeito de substituição, como o caso da primeira consulta pré-

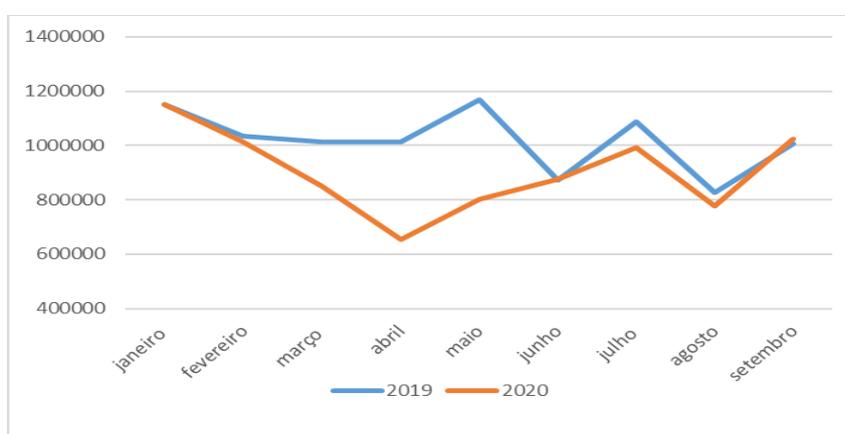
operatória, “quer das especialidades cirúrgicas, quer de anestesiologia” (Norma n.º 013/2020). Nos cuidados primários esta medida poderá ter um efeito positivo, tendo em conta que grande parte destes cuidados estão diretamente relacionados com o acompanhamento de doenças crónicas e este pode ser feito à distância (por exemplo o acompanhamento de doente diabéticos ou de utentes com problemas de tensão).

- B. Aumentar o pagamento por produção adicional aos médicos e às equipas cirúrgicas** - quer em sede de primeira consulta, como em cirurgia programada (Portaria n.º 171/2020). Os hospitais estavam habilitados a pagar até 35% do valor da consulta e do GDH cirúrgico às equipas médicas, passaram a poder pagar até 95% desse valor, ou seja, existiu uma majoração do incentivo (Portaria n.º 171/2020). Esta medida para incrementar a produção na primeira consulta é importante, tendo em conta que a recompensa pecuniária para a produção adicional em primeiras consultas não era satisfatória para os médicos, esta foi uma das respostas diretas.
- C. Alargamento de horários de atendimento** - incluindo ao fim de semana, proporcionado um aumento da produção hospitalar (TC, 2020).
- D. Aumento da capacidade laboratorial dos hospitais e da capacidade em medicina intensiva** - de forma que em novos surtos Covid as Unidades de Saúde pudessem responder sem comprometer demasiado a resposta programada (Portaria n.º 171/2020). Segundo o entrevistado, o objetivo foi bipartido, por um lado evitar o colapso, e por outro, até à medida do possível, a resposta Covid coexistir com a resposta programada dos hospitais.
- E. Possibilidade de articulação com outros hospitais do SNS para a transferência da LE** - quando o tempo de espera é prolongada e caso haja disponibilidade na rede de hospitais do SNS (Portaria n.º 171/2020).
- F. Possibilidade de subcontratar** - com o setor privado a atividade, caso não haja meios disponíveis no SNS (TC, 2020).

Estas medidas foram implementadas com um objetivo macro comum, para que no final do ano de 2020: a LEC fosse inferior a nove meses e a LE para primeira consulta fosse inferior a doze meses (Portaria n.º 171/2020).

Constata-se que as medidas de recuperação e retoma da atividade tiveram um efeito globalmente positivo, tanto ao nível das consultas (Gráfico 15), como das cirurgias (Gráfico 16). Após um período de quebra da atividade (entre março e abril), é evidente a partir de maio uma retoma da atividade. Em junho o número de consultas médicas hospitalares quase igualou o período homólogo, tendo tido um comportamento idêntico ao ano anterior no trimestre subsequente. Relativamente às cirurgias programadas também se verifica uma recuperação da produção, contudo, apenas no mês de julho existiu uma aproximação da tendência registada no período homólogo.

Gráfico 15 - Consultas médicas hospitalares no SNS



Fonte: Elaboração própria com base nos dados do Portal da transparência, SNS

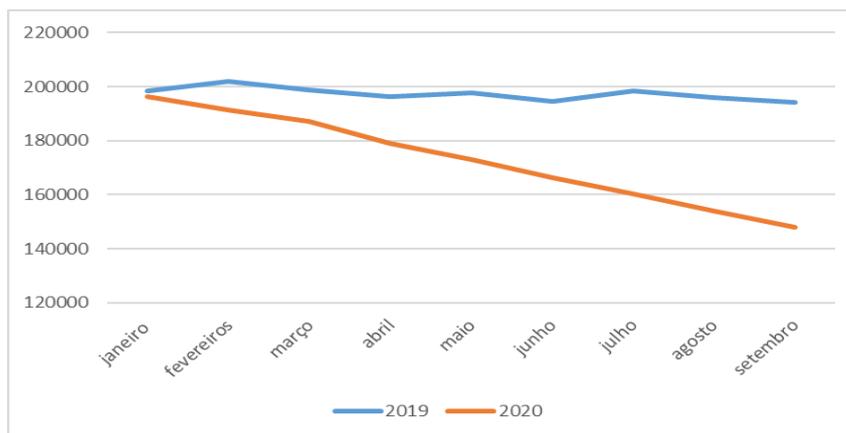
Gráfico 16 - Cirurgias Programadas no SNS



Fonte: Elaboração própria com base nos dados do Portal da transparência, SNS

O comportamento de retoma, quer relativamente às consultas hospitalares, quer no número de cirurgias programadas, também teve um efeito positivo no número de utentes em LIC dentro do TMRG (Gráfico 17), pois esta registou, tal como era desejado, uma tendência de decréscimo no período em análise. Não obstante, é importante perceber qual foi a trajetória registada no indicador “LIC fora do TMRG”.

Gráfico 17 - LIC dentro do TMRG



Fonte: Elaboração própria com base nos dados do Portal da transparência, SNS

Dada a diminuição da atividade hospitalar e da degradação do acesso aos cuidados de saúde durante a primeira vaga do período pandémico, é de esperar que alguns utentes em “LIC dentro do TMRG” tenham transitado para a “LIC fora do TMRG”, e conseqüente, provocado uma diminuição do número de inscritos em “LIC dentro do TMRG”.

Já no mês de maio de 2020 a imprensa identificava que “o efeito da pandemia é visível no aumento dos doentes à espera para lá do tempo definido”, acrescentando ainda que existiam “242 mil doentes na lista de espera para cirurgia, dos quais mais de 100 mil viram ultrapassado o prazo recomendado para sua patologia” e “quase 45 mil aguardavam há mais de um ano pela sua operação” (in jornal “o público” de 17 de agosto de 2020).

Para além disso, também a redução acentuada da atividade programada nos cuidados primários teve implicações diretas na diminuição do número de consultas externas¹² (Gráfico 18), uma vez que são a fonte primária de referenciação para as primeiras

¹² “A Consulta Externa é constituída por um conjunto de especialidades médicas, com marcação prévia, que passam pela observação e diagnóstico ao tratamento” [Consulta Externa - Unidade Local de Saúde de Matosinhos \(min-saude.pt\)](https://www.min-saude.pt/consultas-externas).

consultas de especialidade, e, como corolário, vai provocar um menor número de indicações para cirurgias.

Gráfico 18 - Primeiras consultas externas dentro do TMRG



Fonte: Elaboração própria com base nos dados do Portal da transparência, SNS

Gráfico 19 - Episódios de Urgência Hospitalar no SNS



Fonte: Elaboração própria com base nos dados do Portal da transparência, SNS

De facto, o acesso às consultas é efetuado por referência: (1) externa – através de um centro de saúde ou unidade de saúde familiar ou outro hospital; (2) interna – por indicação de uma outra consulta externa, por sequência de internamentos e ainda pelo serviço de urgência¹³. Constata-se que os episódios de urgência hospitalar no SNS (Gráfico

¹³ https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/10/HGO_ConsultasExternas_GuiaAcolhimento.pdf, consultado em 20 de setembro de 2021.

19) segue a mesma tendência de recuperação a partir do mês de maio, ainda que muito abaixo do número de episódios registados nos meses homólogos. Pode esta recuperação significar uma maior confiança dos cidadãos em recorrer às Urgências do SNS, contudo não produziu o mesmo impacto no número de consultas externas que previsivelmente teríamos numa situação de normalidade pré-pandémica.

5. Conclusão

O estágio realizado na ARSC, IP superou largamente as expectativas. Foram propostos vários desafios para os quais as competências adquiridas durante o Mestrado se revelaram fundamentais, tanto competências técnicas como ao nível das relações pessoais, na medida em que desde o início do percurso académico sempre foi estimulado o espírito de grupo e de trabalho em equipa. Assim, este estágio permitiu: (i) a consolidação de conhecimentos e competências obtidas no percurso académico na Faculdade de Economia; (ii) a aquisição de novas competências; (iii) o contacto com novas realidades e (iv) a perícia de gerir eficientemente prioridades ao nível organizacional.

O estagiário teve a oportunidade de constatar a importância que a ARSC, IP – e mais concretamente a URGA – tem no contexto regional. O estágio realizado esteve diretamente relacionado com a faturação SIGIC e com a monitorização do acesso aos cuidados de saúde. E tendo em conta os impactos verificados no acesso aos cuidados de saúde provocados pela situação pandémica, que perdura desde o início de 2020, considerou-se oportuno analisar os indicadores de acesso ao SNS (ao nível das consultas e cirurgias) no período temporal que compreende a 1ª vaga e no quinquemestre subsequente.

Em virtude da pandemia Covid-19, os efeitos marginais diagnosticados na atual conjuntura aplicam-se às variáveis económicas, sociais e políticas, às quais se adicionam os impactos na prestação de cuidados de saúde.

A tendência evolutiva para um cenário demográfico envelhecido, acompanhado de uma elevada prevalência de doenças crónicas e de um inesperado evento extremo, complexificou a resposta adequada à atividade programada. Neste sentido, a generalidade dos países adotou medidas limitativas no acesso aos cuidados de saúde, através da diminuição e em alguns períodos suspensão da atividade programada nos estabelecimentos do SNS (Despacho n.º 5314/2020).

Este estudo evidenciou, durante a primeira vaga da pandemia Covid-19 em Portugal, uma redução acentuada da atividade assistencial, nomeadamente do número de consultas hospitalares presenciais (-26%), número de cirurgias programadas (-59%) e número de dias de internamento hospitalar (-23%) entre março e abril de 2020 em comparação com o período homólogo. Tal como o que se observou na revisão de literatura, este cenário poderá ter causado um retardamento do diagnóstico e tratamento de outras

patologias, induzindo a um custo mais elevado do tratamento em comparação com um diagnóstico realizado atempadamente, bem como uma deterioração do estado de saúde do utente e em alguns casos a sua morte (Gheorghe *et al.*, 2021; Ueda *et al.*, 2021; Coe *et al.*, 2020).

Simultaneamente, este aumento da mortalidade e da morbilidade terá impactos ao nível da produtividade económica, da qualidade de vida, bem como da despesa com cuidados de saúde (Varona & Gonzales, 2021). Este cenário é justificado pelo (1) custo de oportunidade – necessidade de cuidados hospitalares/horas de trabalho (caso o indivíduo necessite de cuidados hospitalares, é tempo que não está a contribuir para a produção nacional) – ; (2) deterioração na qualidade da prestação de cuidados de saúde (p.e. a deslocação de doentes entre unidades de cuidados de saúde); (3) perda de anos de vida saudáveis; (4) aumento do número de atos médicos; (5) exigência de mais tecnologia e conhecimento em cada caso clínico (Barros, 2017).

No período pós primeira vaga foram implementadas medidas para a retoma da atividade, contudo, estas podem não ter tido o impacto expectável nem na LEC nem na LE. De facto, de acordo com o enunciado na Portaria n.º 171/2020, pretendia-se alcançar um período inferior a nove meses para a LEC e um período inferior a doze meses para a LE relativamente à primeira consulta. Foi possível aferir que houve um decréscimo do número de inscritos para cirurgia dentro do TMRG e um decréscimo do número de inscritos para consultas externas dentro do TMRG. Contudo, presume-se que estes comportamentos resultam de uma diminuição do número de referências, tanto para cirurgias como para consultas, bem como do aumento do número de inscritos que ultrapassaram os TMRG. Relativamente aos tempos de espera respetivos, não foi possível obter dados que permitam concluir se os objetivos supramencionados foram alcançados.

Este estudo refere-se a acontecimentos recentes, consequentemente, a literatura existente com dados referentes a Portugal para efeitos de investigação é pouco significativa. Uma das limitações consistiu na falta de oportunidade para realizar mais entrevistas a vários intervenientes no sistema, de forma a ter diferentes leituras e diagnósticos sobre as medidas a serem seguidas futuramente.

Do ponto de vista da gestão, a análise da relação entre a pandemia e os impactos ao nível do SNS são de elevada importância. As unidades dos cuidados de saúde primários, secundários e terciários são um pilar fundamental para a estabilidade da saúde pública, razão

pela qual se considera importante um estudo ao nível da atividade programada - mais especificamente consultas e cirurgias - de maneira a compreender a situação da saúde em Portugal. De forma a que seja possível ajustar, da maneira mais eficiente, as medidas necessárias, não só para mitigar o impacto da pandemia, mas também para fortalecer o SNS. Estas medidas deverão refletir-se maioritariamente nos tempos de espera e na qualidade de assistência.

Propõe-se assim uma análise semelhante ao presente estudo, mas com recolha primária nas instituições e inclusão de outras variáveis (como por exemplo: caracterização sociodemográfica; caracterização por doença), de modo a obter um resultado mais significativo e que espelhe a realidade. A inclusão de outras variáveis ou resultados referentes ao território português alterariam as conclusões? Será que atendendo especificamente ao contexto português os resultados alcançados seriam os mesmos? Qual seria o resultado se a todas estas variáveis acrescentássemos os rastreios decorridos no período em análise?

Referências Bibliográficas

ACSS (2021). Grupos de Diagnósticos Homogêneos. Produção Nacional. Obtido a 18 de março de 2021 em: <https://www2.acss.min-saude.pt/Default.aspx?TabId=460&language=pt-PT>

ARSC. (2019). Plano de Atividades 2019. Coimbra: Administração Regional de Saúde do Centro, IP. Obtido a 10 de abril de 2021 em: https://www.arscentro.min-saude.pt/Institucional/Documents/monitorizacao_e_avaliacao/Plano_de_Atividades_2019_ARS_Centro_Homologado_MS.pdf

ARSC. (2021). Departamento de Contratualização. Obtido a 2 de junho de 2021 em: <https://www.arscentro.min-saude.pt/Contratualizacao/Paginas/default.aspx>

Barros, P. P., Cristóvão, R., & Gomes, P. A. (2013). Portugal. In L. Siciliani, M. Borowitz, & V. Moran (Eds.), *Waiting Time Policies in the Health Sector: What Works?* (p. 237-231), OECD Health Policy Studies: OECD Publishing. Obtido a 4 de maio de 2021 em: <https://doi.org/10.1787/9789264179080-en>

Portugal. In M. Borowitz V. Moran & L. Siciliani (Eds.). *Waiting Time Policies in the Health Sector: What Works?* (p. 237-261). OECD Health Policy Studies: OECD Publishing. Obtido a 5 de outubro de 2021 em: <https://doi.org/10.1787/9789264179080-en>

Barros, P. P. (2017). *Economia da Saúde*. (4.ªed.). Coimbra: Editora Almedina

Borowitz, M., Moran, V. & Siciliani, L. (2013). A review of waiting times policies in 13 OECD countries. In L. Siciliani, M. Borowitz & V. Moran (Eds.). *Waiting Time Policies in the Health Sector: What Works?* (p.49-68). OECD Health Policy Studies: OECD Publishing. Obtido a 12 de junho de 2021 em: <https://doi.org/10.1787/9789264179080-en>

Borowitz, M., Moran, V. & Siciliani, L. (2013). Waiting times for health care: A conceptual framework. In L. Siciliani, M. Borowitz & V. Moran (Eds.), *Waiting Time Policies in the Health Sector: What Works?* (19-32). OECD Health Policy Studies: OECD Publishing. Obtido a 20 de julho de 2021 em: <https://doi.org/10.1787/9789264179080-en>

Borowitz, M. & Moran, V. (Eds.) (2013). *Waiting Time Policies in the Health Sector: What Works?* OECD Health Policy Studies: OECD Publishing, Obtido a 2 de junho de 2021 em: <https://doi.org/10.1787/9789264179080-en>

Caldas, J.P., & Tavares, M. (2020). Da emergência de um novo vírus humano à disseminação global de uma nova doença — Doença por Coronavírus 2019 (COVID-19). Capítulo I. Obtido a 2 de março de 2021 em: <http://asset.youoncdn.com/ab296ab30c207ac641882479782c6c34/070b44658f5569888804a14826ae273c.pdf>

Carvalho, T., Krammer, F. & Iwasaki, A. (2021). The first 12 months of COVID-19: a timeline of immunological insights. *Nature Reviews Immunology*, February. Obtido a 4 de outubro de 2021 em: <https://doi.org/10.1038/s41577-021-00522-1>

Cash-Gibson, L., Pericàs, J. M., Martinez-Herrera, E. & Benach, J. (2021). Health Inequalities in the Time of COVID-19: The Globally Reinforcing Need to Strengthen Health Inequalities Research Capacities. *International Journal of Health Services*, 51(3), 300–304. Obtido a 6 de junho de 2021 em: <https://doi.org/10.1177/0020731421993939>

CNS - Conselho Nacional de Saúde (2020). PORTUGAL E A RESPOSTA À COVID-19 A POSIÇÃO DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE E O CONTRIBUTO DAS ENTIDADES QUE O CONSTITUEM. 1–16. Obtido a 3 de julho de 2021 em: http://www.cns.min-saude.pt/wp-content/uploads/2020/10/CNS_Reflexao-Conselho-Nacional-Saude-resposta-COVID-19.pdf

Coe, E., Enomoto, K., Finn, P., Stenson, J., & Weber, K. (2020). Understanding the hidden costs of COVID-19's potential impact on US healthcare; 2020, (September), 14. Obtido a 2 de setembro de 2021 em: <https://www.mckinsey.com/industries/healthcare-systems-and-services/our-insights/understanding-the-hidden-costs-of-covid-19s-potential-impact-on-us-healthcare>

Cullis, J. G., Jones, P. R. & Propper, C. (2000). Chapter 23 Waiting lists and medical treatment: Analysis and policies. *Handbook of Health Economics*, 1 (PART B), 1201–1249. Obtido a 10 de agosto de 2021 em: [https://doi.org/10.1016/S1574-0064\(00\)80036-0](https://doi.org/10.1016/S1574-0064(00)80036-0)

Curtis, A. J., Russell, C. O. H., Stoelwinder, J. U. & McNeil, J. J. (2010). Waiting lists and elective surgery: Ordering the queue. *Medical Journal of Australia*. Obtido a 16 de outubro de 2021 em: <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2010.tb03482.x>

D'Ascenzi, F., Cameli, M., Forni, S., Gemmi, F., Szasz, C., Fabrizio, V. Di, Mechi, M. T., Nocchi, M., Mondillo, S. & Valente, S. (2021). Reduction of Emergency Calls and Hospitalizations for Cardiac Causes: Effects of Covid-19 Pandemic and Lockdown in Tuscany Region. *Frontiers in Cardiovascular Medicine*, 8(March), 1–8. Obtido a 3 de outubro de 2021 em: <https://doi.org/10.3389/fcvm.2021.625569>

Entidade Reguladora da Saúde. (2014). Gestão da Lista de Inscritos para Cirurgia no SNS. Porto: Entidade Reguladora da Saúde. Obtido a 20 de abril de 2021 em https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/1106/ERS - Estudo SIGIC 2014.pdf

Entidade Reguladora da Saúde. (2020). Impacto da pandemia COVID-19 no Sistema de Saúde – período de março a junho de 2020. 1–46. Obtido a 16 de março de 2021 em: <https://www.ers.pt/media/3487/im-impacto-covid-19.pdf>

Gheorghe, A., Maringe, C., Spice, J., Purushotham, A., Chalkidou, K., Rachet, B., Sullivan, R. & Aggarwal, A. (2021). Economic impact of avoidable cancer deaths caused by diagnostic delay during the COVID-19 pandemic: A national population-based modelling study in England, UK. *European Journal of Cancer*, 1–10. Obtido a 3 de maio de 2021 em: <https://doi.org/10.1016/j.ejca.2021.04.019>

Huang, C., Wang, Y., Li, X., Ren, L., Zhao, J., Hu, Y., Zhang, L., Fan, G., Xu, J., Gu, X., Cheng, Z., Yu, T., Xia, J., Wei, Y., Wu, W., Xie, X., Yin, W., Li, H., Liu, M., ... & Cao, B. (2020). Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *The Lancet*, 395(10223), 497–506. Obtido a 5 de abril de 2021 em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30183-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30183-5)

Hübner, M., Zingg, T., Martin, D., Eckert, P. & Demartines, N. (2020). Surgery for non-Covid-19 patients during the pandemic. *PLoS ONE*, 15(10 October), 1–10. Obtido a 14 de setembro de 2021 em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0241331>

Li, Q., Guan, X., Wu, P., Wang, X., Zhou, L., Tong, Y., Ren, R., Leung, K. S. M., Lau, E. H. Y., Wong, J. Y., Xing, X., Xiang, N., Wu, Y., Li, C., Chen, Q., Li, D., Liu, T., Zhao, J., Liu, M., ... Feng, Z. (2020). Early Transmission Dynamics in Wuhan, China, of

Novel Coronavirus–Infected Pneumonia. *New England Journal of Medicine*, 382(13), 1199–1207. Obtido a 10 de agosto de 2021 em: <https://doi.org/10.1056/nejmoa2001316>

Machado, C. R. R. B. (2011). *Permanência De Utentes Nas Listas De Espera Nacionais Para Cirurgia: Análise De Duração Como Instrumento De Apoio À Gestão*. 100. Obtido a 11 de outubro de 2021 em https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/5159/3/Candida_Machado_MGO_2011_G_US.pdf

Maia, A. (2020). Mais de 40% dos doentes à espera de cirurgias fora do prazo aceitável. Público. Obtido a 5 de julho de 2021 em: [Mais de 40% dos doentes à espera de cirurgias fora do prazo aceitável | Saúde | PÚBLICO \(publico.pt\)](https://www.publico.pt/2021/07/05/sociedade/noticia/mais-de-40-dos-doentes-a-espera-de-cirurgias-fora-do-prazo-aceitavel)

Mamede, R.P., Pereira, M., & Simões, A. (2020). Portugal: Uma análise rápida do impacto da COVID-19 na economia e no mercado de trabalho. Obtido a 5 de maio de 2021 em: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---europe/---ro-geneva/---ilo-lisbon/documents/publication/wcms_754606.pdf

Mazahreh, T. S., Aleshawi, A. J., Al-zoubi, N. A. & Hatamleh, M. (2020). The impact of COVID-19 on the surgical operations. *Annals of Medicine and Surgery*, 57(June), 49–51. Obtido a 13 de julho de 2021 em: <https://doi.org/10.1016/j.amsu.2020.06.042>

Moynihan R, Sanders S, Michaleff Z. A., *et al* (2021). Impact of COVID-19 pandemic on utilisation of healthcare services: a systematic review. *BMJ Open* 2021;11:e045343. Obtido a 4 de outubro de 2021 em: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-045343>

Mullen, P. M. (2003). Prioritising waiting lists: How and why? *European Journal of Operational Research*, 150(1). Obtido a 13 de março de 2021 em: [https://doi.org/10.1016/S0377-2217\(02\)00779-8](https://doi.org/10.1016/S0377-2217(02)00779-8)

Neves, S., & Barros, R. (2021). Portugal é o primeiro país do mundo a ter 85% da população vacinada contra a covid-19. Público. Obtido a 15 de outubro de 2021 em: <https://www.publico.pt/2021/10/09/sociedade/noticia/portugal-pais-mundo-85-populacao-vacinada-covid19-1980451>

O'Neill, C., & Matias, M. V. (2021). Estudo da opinião dos médicos sobre o uso da teleconsulta no Serviço Nacional de Saúde durante a 1ª fase da pandemia COVID-19. Coimbra: Associação Portuguesa de Telemedicina. Obtido a 16 de outubro de 2021 em:

https://aptelemedicina.com/wpcontent/uploads/2021/08/Relatorio_Opiniaao_medicos_telec_onsulta_1a_fase_pandemia_Mar2021.pdf

Pinto, J. C. (2020). Coronavírus. "O Luís Sepúlveda estava bastante constipado quando nos despedimos": festival Correntes d'Escritas vai contactar "toda a gente". Expresso. Obtido a 16 de Setembro de 2021 em: <https://expresso.pt/sociedade/2020-03-01-Coronavirus.-O-Luis-Sepulveda-estava-bastante-constipado-quando-nos-despedimos-festival-Correntes-dEscritas-vai-contactar-toda-a-gente>

Quintal, C., Tavares, H., & Lourenço, O. (2016). Impacto das taxas moderadoras sobre a utilização de cuidados de saúde pediátricos: estudo aplicado a crianças em idade escolar na cidade de Coimbra, *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, v.34 (2), 154-162, Obtido a 5 de Setembro de 2021 em <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0870902516000158>

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

Reis, P. A. P. P. (2014) Tempos de espera cirúrgicos: situação em Portugal e determinantes. Dissertação (Mestrado em Gestão da Saúde) (p.44). Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa. Obtido a 11 de julho de 2021 em <https://run.unl.pt/handle/10362/14646>

Santana, R., Sousa, J. S., Soares, P., Lopes, S., Boto, P., & Rocha, J. V. (2020). The Demand for Hospital Emergency Services: Trends during the First Month of COVID-19 Response. *Portuguese Journal of Public Health*, 38(1), 30–36. Obtido a 4 de outubro de 2021 em <https://doi.org/10.1159/000507764>

Siciliani, L., M. Borowitz and V. Moran (eds.) (2013), *Waiting Time Policies in the Health Sector: What Works?*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing. Obtido a 6 de maio de 2021 em <https://doi.org/10.1787/9789264179080-en>

Siciliani, L. & Hurst, J. (2005). Tackling excessive waiting times for elective surgery: a comparative analysis of policies in 12 OECD countries. *Health Policy*, v.72 (2), 201-215, Obtido a 8 de junho de 2021 em <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851004001617>

Tribunal de Contas (2020). COVID-19: impacto na atividade e no acesso ao SNS (Relatório n.º 5/2020 – OAC). Obtido a 7 de julho de 2021 em <https://www.tcontas.pt/pt-pt/ProdutosTC/Relatorios/relatorios-oac/Documents/2020/relatorio-oac-2020-05.pdf>

UCGIC (2005). Manual de gestão de Inscritos para cirurgia: processo de gestão do utente. Lisboa: Unidade Central de Gestão de Inscritos para Cirurgia. Administração Central do Sistema de Saúde. Ministério da Saúde, *apud* Reis (2014).

UCGIC. (2011a). Manual de Gestão de Inscritos para Cirurgia: Volume I - Princípios Gerais. Lisboa: Administração Central do Sistema de Saúde, IP. Obtido a 16 de outubro de 2021 em <http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/12/UCGIC-AF-20110511-Vol-I-Principios-Gerais.pdf>

UCGIC. (2011b). Manual de Gestão de Inscritos para Cirurgia: Volume III - Área Clínica. Lisboa: Administração Central do Sistema de Saúde, IP.

UCGIC. (2011c). Manual de Gestão de Inscritos para Cirurgia: Volume IV - Área Administrativa. Lisboa: Administração Central do Sistema de Saúde, IP.

Ueda, K., Ota, I., Yamanaka, T., & Kitahara, T. (2021). The Impact of the COVID-19 Pandemic on Follow-Ups for Vertigo/Dizziness Outpatients. *Ear, Nose and Throat Journal*, 100(2_suppl), 163S-168S. Obtido a 10 de junho de 2021 em <https://doi.org/10.1177/0145561320980186>

Varona, L., & Gonzales, J. R. (2021). Dynamics of the impact of COVID-19 on the economic activity of Peru. *PLoS ONE*, 16(1 January), 1–30. Obtido a 5 de outubro de 2021 em <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0244920>

Legislação Consultada

Decreto-Lei n.º 22/2012 de 30 de abril. Diário da República, n.º 21/2012, Série I. Lisboa: Ministério da Saúde. <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/22/2012/01/30/p/dre/pt/html>

Decreto-Lei n.º 44/2017 de 20 de abril. Diário da República, n.º 78/2017, Série I. Lisboa: Ministério da Saúde. <https://dre.pt/application/conteudo/106901297>

Decreto do Presidente da República n.º14-A/2020 de 18 de março, Diário da República, n.º 55/2020, Série I. Lisboa: Presidência da República. <https://dre.pt/application/conteudo/130399862>

Decreto n.º 2-A/2020 de 20 de março, Diário da República, n.º 57/2020, Série I. Lisboa: Presidência do Conselho de Ministros. <https://dre.pt/application/conteudo/130473161>

Despacho n.º 3301-D/2020 de 15 de março, Diário da República, n.º 52-B/2020, Série II. Lisboa: Economia e Transição Digital, Administração Interna, Saúde, Ambiente e Ação Climática e Infraestruturas e Habitação - Gabinetes do Ministro de Estado, da Economia e da Transição Digital, do Ministro da Administração Interna, da Ministra da Saúde e dos Secretários de Estado da Mobilidade e das Infraestruturas. <https://dre.pt/application/conteudo/130277342>

Despacho n.º 5314/2020 de 7 de Maio, Diário da República n.º 89/2020, Série II. Lisboa: Saúde - Gabinete da Ministra. <https://dre.pt/application/conteudo/133226622>

Despacho n.º 24 110/2004 de 23 de Novembro. Diário da República n.º 275/2004, Série II. Lisboa: Ministério da Saúde. <https://dre.pt/application/conteudo/3246213>

Despacho n.º 19554/ 2000 de 29 Setembro. Diário da República n.º 226/2000. Série II.

Despacho n.º 17381/2000 de 25 de Agosto. Diário da República n.º 196/2000. Série II.

Norma n.º 013/2020 (2020). 1–11. Acedido a 16 de outubro de 2021 em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0132020-de-10062020-pdf.aspx>

Norma Regional para a constituição mínima de equipas cirúrgicas ao abrigo do programa SIGIC de 1 de Julho de 2018 (Norma interna da ARS Centro)

Portaria n.º 153/2017 de 4 de maio. Diário da República n.º 86/2017, Série I. Lisboa: Ministério da Saúde. <https://dre.pt/application/conteudo/106970981>

Portaria n.º 254/2018 de 7 de setembro. Diário da República n.º 173/2018, Série I. Lisboa: Ministério da Saúde. <https://dre.pt/application/conteudo/116353279>

Portaria n.º 164/2012 de 22 de maio. Diário da República n.º 99/2012, Série I. Lisboa: Ministérios das Finanças e da Saúde. <https://dre.pt/application/conteudo/551992>

Portaria n.º 207/2017 de 11 julho. Diário da República n.º 132/2017, Série I. Lisboa: Ministério da Saúde. <https://dre.pt/application/conteudo/107669157>

Portaria n.º 288/2020 de 16 de dezembro. Diário da República n.º 243/2020, Série I. Lisboa: Ministério da Saúde. <https://data.dre.pt/application/conteudo/151323088>

Portaria n.º 147/2017 de 27 de abril. Diário da República n.º 82/2017, Série I. Lisboa: Ministério da Saúde. <https://dre.pt/application/conteudo/106938486>

Portaria n.º 171/2020 de 14 de julho. Diário da República n.º 135/2020, Série I. Lisboa: Ministério da Saúde. <https://dre.pt/application/conteudo/137808121>

Portaria n.º 45/2008 de 15 de janeiro. Diário da República n.º 10/2008, Série I. Lisboa: Ministério da Saúde. <https://dre.pt/application/conteudo/248272>

Portaria n.º 254/2018 de 7 de setembro. Diário da República, n.º 173/2018, Série I. Lisboa: Ministério da Saúde. <https://dre.pt/application/conteudo/116353279>

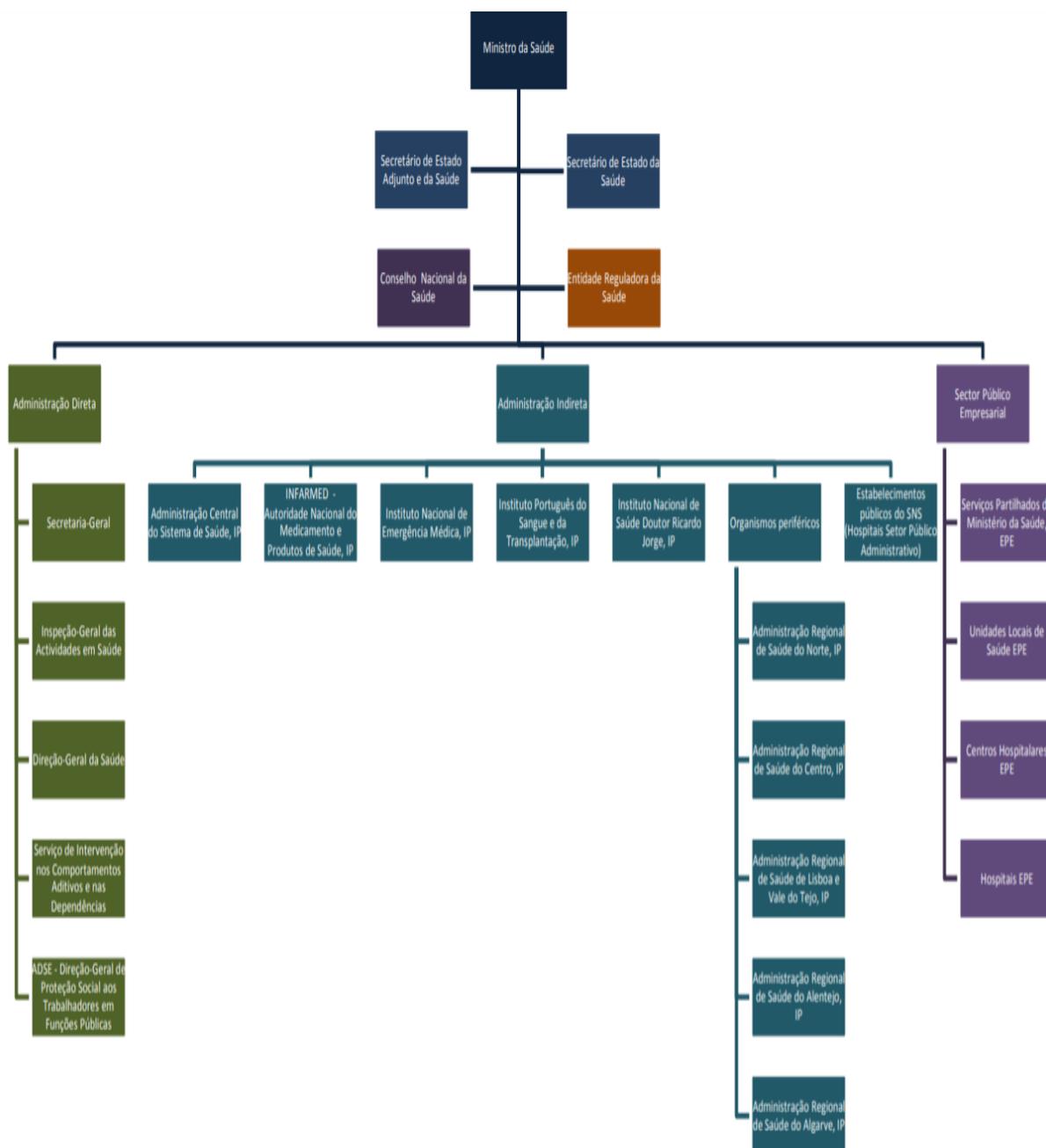
Resolução do Conselho de Ministros n.º 19/2021 de 13 de março, Diário da República n.º 50-A/2021, Série I. Lisboa: Presidência do Conselho de Ministros. <https://dre.pt/application/conteudo/159432419>

Resolução do Conselho de Ministros n.º 100/2002 de 25 de maio, Diário da República n.º 121/2002, Série I. Lisboa: Presidência do Conselho de Ministros. <https://dre.pt/application/conteudo/152712>

Resolução do Conselho de Ministros n.º 78/2004 de 24 de junho, Diário da República n.º 147/2004, Série I. Lisboa: Presidência do Conselho de Ministros. <https://dre.pt/application/conteudo/271379>

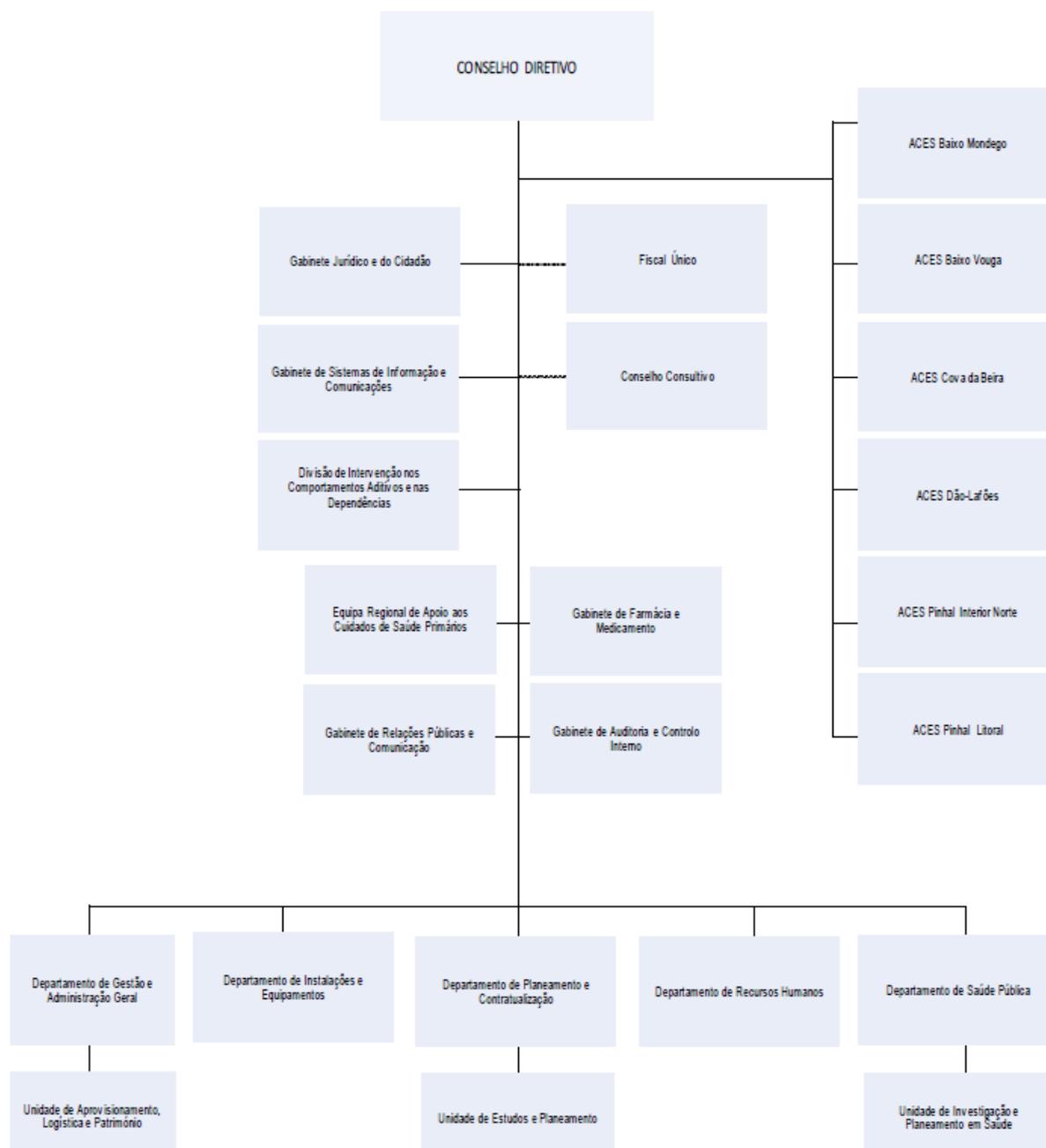
Anexos

Anexo I - Organograma do Ministério da Saúde



Fonte: Serviço Nacional de Saúde

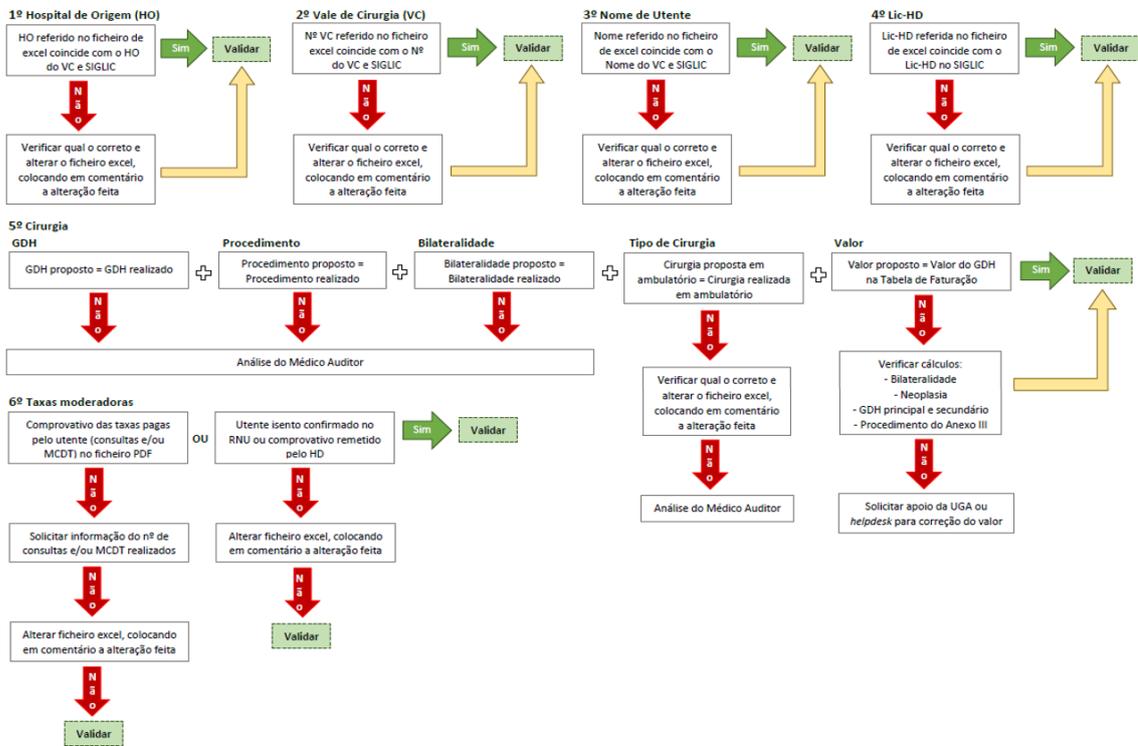
Anexo II - Organograma ARS Centro, IP



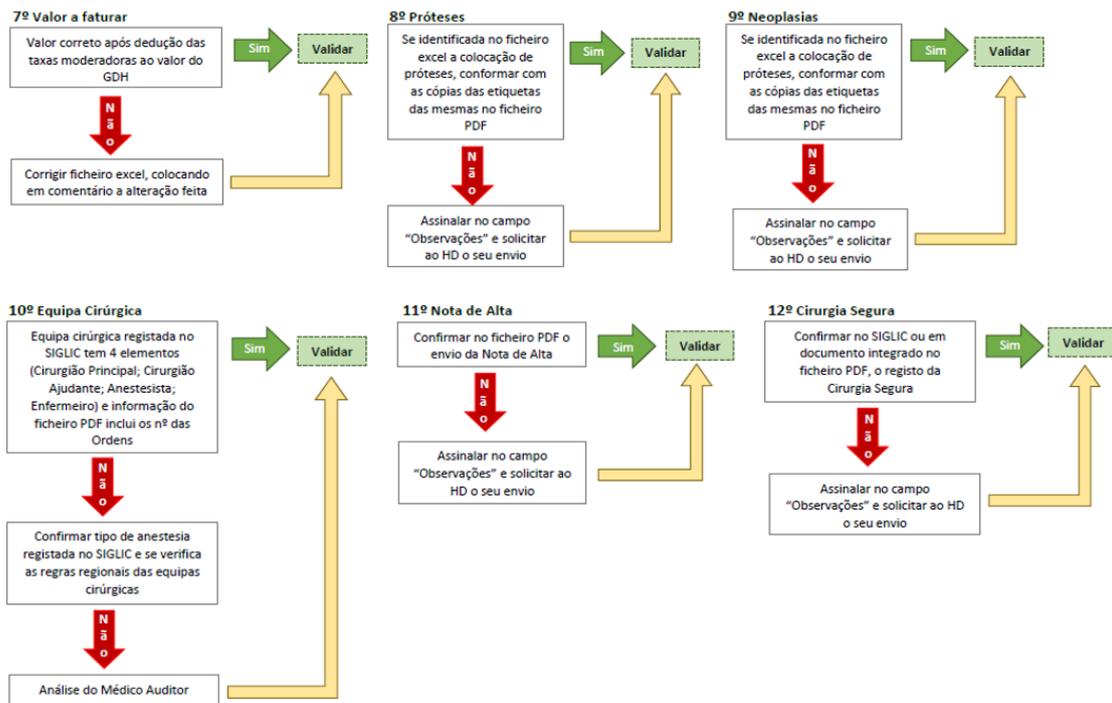
Fonte: ARSC. (2019). Plano de Atividades de 2019. Coimbra: Administração Regional de Saúde do Centro, IP, 22, Figura 1

Anexo III – Critérios de Validação das Faturas da ARSC, IP

CRITÉRIOS DE VALIDAÇÃO DAS FATURAS – VC emitidos após 1 de maio de 2016

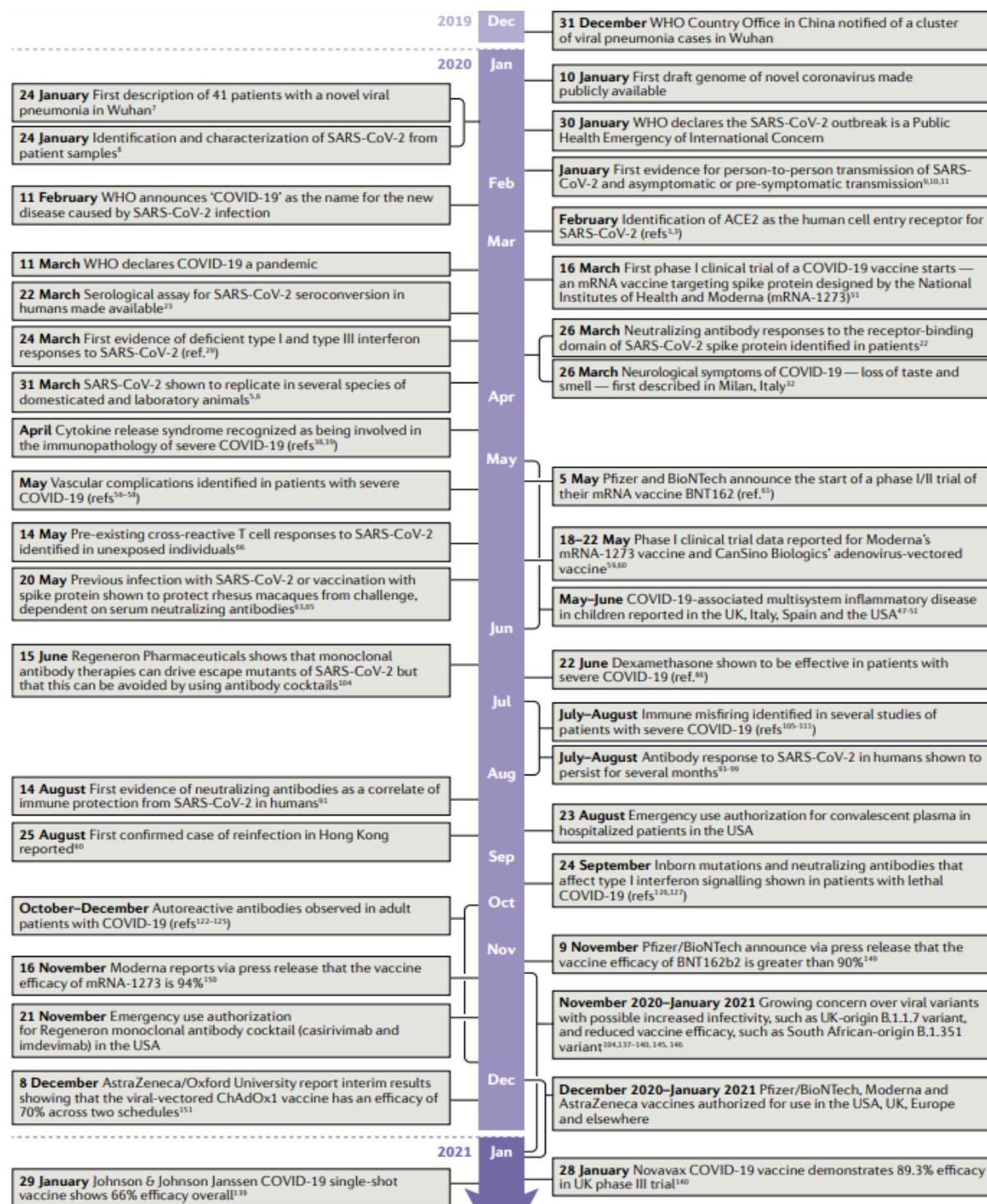


CRITÉRIOS DE VALIDAÇÃO DAS FATURAS – VC emitidos após 1 de maio de 2016



Fonte: Critérios de validação das faturas - documento interno da ARSC, IP

Anexo IV - Cronologia dos principais progressos na resposta imunitária à SARS-CoV-2



Fonte: The first 12 months of COVID-19: a timeline of immunological insights (Carvalho *et al.*, 2021)

Anexo V: Cronologia dos principais acontecimentos face à situação pandémica em Portugal

<p>5 de março de 2020 – TAP cancela cerca de mil voos</p>	MAR	<p>2 de março de 2020 – Portugal regista os primeiros casos de COVID-19</p>
<p>5 de março de 2020 – Reforço da linha Saúde 24</p>		<p>7 de março de 2020 – Hospital de São João cria hospital de campanha</p>
<p>11 de março de 2020 – OMS declara a doença Covid-19 uma Pandemia</p>		<p>7 de março de 2020 – Encerramento de escolas a nível nacional</p>
<p>12 de março de 2020 – Governo decreta fecho de todas as escolas</p>		<p>16 de março de 2020 – Primeira morte por COVID-19</p>
<p>02 de maio de 2020 – Transição do estado de emergência para o estado de calamidade</p>	MAI	<p>18 de março de 2020 – É declarado o estado de emergência em todo o país</p>
<p>4 de maio de 2020 – 1ª fase de desconfinamento</p>		
<p>18 de maio de 2020 – 2ª fase de desconfinamento</p>		
<p>1 de junho de 2020 – 3ª fase de desconfinamento</p>	JUN	
	SET	<p>14 de setembro de 2020 – O ano letivo no ensino básico e secundário inicia-se com o regresso das aulas presenciais</p>
	OUT	<p>14 de outubro de 2020 – Portugal passa da situação de contingência para situação de calamidade, devido à evolução da pandemia</p>
<p>21 de novembro de 2020 – O Governo anuncia a proibição de circulação entre concelhos nos fins de semana prolongados, e impõe restrições no comércio e restauração para o mesmo período</p>	NOV	<p>28 de outubro de 2020 – Passa a ser obrigatório o uso de máscaras em espaços públicos</p>
<p>24 de novembro de 2020 – Início do novo estado de emergência</p>		
	DEZ	<p>3 de dezembro de 2020 – É apresentado o plano de vacinação.</p>
	2021	<p>21 de dezembro de 2020 – A Agência Europeia do Medicamento aprova a utilização da vacina da Pfizer-BionNTech contra a covid-19</p>
<p>16 de janeiro de 2021 – Há hospitais a nível nacional em rutura</p>	JAN	<p>27 de dezembro de 2020 – Inicia-se o processo de vacinação contra a covid-19</p>
<p>21 de janeiro de 2021 – O Governo anuncia o encerramento das escolas de todos os níveis de ensino por 15 dias. Os tribunais, as lojas do cidadão, as creches e os ateliers de tempos livres também voltam a encerrar</p>	FEV	<p>3 de fevereiro de 2021 – Chega a Portugal uma equipa clínica alemã, formada por 26 profissionais, para prestar auxílio no combate à pandemia</p>
<p>21 de janeiro de 2021 – O Hospital Amadora-Sintra transfere doentes para outros hospitais na sequência de problemas na rede de oxigénio.</p>		
	MAR	<p>11 de março de 2021 – É criado um novo plano de desconfinamento</p>