



UNIVERSIDADE D  
COIMBRA



Salomé Bernardes da Cruz

**REDEFINIÇÃO DOS TEMPOS MÁXIMOS DE RESPOSTA  
GARANTIDOS PARA CIRURGIA E O SEU IMPACTO NAS  
LISTAS DE ESPERA CIRÚRGICAS  
O CASO DA REGIÃO CENTRO**

Relatório de Estágio no âmbito do Mestrado em Economia, na especialidade de Economia Financeira, orientado pela Professora Doutora Carlota Maria Miranda Quintal e apresentado à Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra.

Fevereiro de 2019



FEUC FACULDADE DE ECONOMIA  
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Salomé Bernardes da Cruz

# Redefinição dos Tempos Máximos de Resposta Garantidos para cirurgia e o seu impacto nas listas de espera cirúrgicas: o caso da região Centro

*Relatório de Estágio do Mestrado em Economia, na especialidade de Economia Financeira,  
apresentado à Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra para obtenção do grau de  
Mestre.*

Orientadora: Professora Doutora Carlota Maria Miranda Quintal

Supervisor Profissional: Dr. Maurício Loureiro Alexandre

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

Coimbra, 2019

*Aos meus pais.*

## AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Carlota Maria Miranda Quintal, o meu sincero agradecimento pela orientação, pela disponibilidade total e por todo o conhecimento transmitido para a elaboração deste relatório;

À Administração Regional de Saúde do Centro, IP, pelo acolhimento e aprendizagem que me proporcionou no decorrer do estágio, nomeadamente ao meu supervisor Dr. Maurício Alexandre e à equipa da URGA, designadamente Patrícia Antunes, Conceição Toscano, Célia Reis, Ricardo Borges, Herlander Tavares, Vítor Rodrigues e Rita Mendes. A todos eles expreso a minha sincera gratidão pela receptividade e pelo ótimo ambiente de trabalho na qual estive inserida, e que tanto contribuíram com os seus ensinamentos para o meu desenvolvimento pessoal e profissional;

À Doutora Patrícia Antunes, um especial agradecimento pela sua dedicação, disponibilidade e apoio constantes, por toda a partilha de conhecimento e por todas as palavras de coragem e de incentivo;

Aos meus pais, pelo amor e apoio incondicional, e por sempre me ensinarem a encarar com determinação e coragem cada novo desafio, e lutar por cada objetivo;

Ao avô Zé e à avó Licínia, pelo valor que representam na minha vida;

Aos meus tios, à Rita, à Joana e à Inês pelo carinho e preocupação;

Ao Diogo, pela compreensão, paciência e por me incentivar a seguir em frente em todos os momentos;

A todos os que acreditam em mim.

MUITO OBRIGADA!

A política de saúde – para ser justa e equitativa – deve combater, dentro dos limites impostos pela racionalidade económica, aparentes iniquidades no acesso aos cuidados de saúde, de que as listas de espera são um exemplo flagrante.

Rui Nunes, *Regulação da Saúde*

## RESUMO

O presente relatório de estágio surge no seguimento do Estágio Curricular realizado na Administração Regional de Saúde do Centro, IP, mais concretamente na Unidade Regional de Gestão do Acesso, responsável pela monitorização do acesso aos cuidados de saúde da região Centro. A principal motivação deste relatório surge da recente política de saúde, implementada no início do ano 2018, que consiste na redefinição dos Tempos Máximos de Resposta Garantidos para todo o tipo de prestações de saúde sem carácter de urgência. A principal alteração incide na redução significativa destes tempos para cirurgias programadas de patologia geral e prioridade normal, de modo a permitir um acesso aos cuidados cirúrgicos mais atempado e não comprometer a situação clínica do utente. Contudo, com esta redução de prazos, as notas de transferência e vales de cirurgia passam a ser emitidos também em prazos mais curtos o que pode motivar um aumento da sua recusa por parte dos utentes, contrariando a finalidade da política de saúde. Assim, o objetivo deste estudo prende-se na análise das listas de espera cirúrgicas, na região Centro. Especificamente, com a aplicação de uma metodologia quantitativa, os objetivos são analisar a evolução de notas de transferências e vales de cirurgia emitidos e recusados para o período compreendido entre o 3.º trimestre de 2016 e de 2018, bem como os fatores de risco associados à sua recusa em episódios cirúrgicos que aguardam atualmente pela sua realização. Os resultados demonstram existir, no período posterior à implementação desta política de saúde, um elevado aumento de recusas de transferência. Assim, a política de saúde poderá estar a gerar efeitos contrários à pretendida diminuição das listas e tempos de espera cirúrgicos. As análises dos fatores de risco de recusa evidenciam um risco mais elevado essencialmente para a população idosa, para cirurgias classificadas como prioritárias ou muito prioritárias, para cirurgia geral e ortopedia, e hospitais de origem que se encontram com um elevado número de utentes em espera para cirurgia. Os nossos resultados permitiram deste modo identificar algumas prioridades a ter em atenção no desenho de futuras políticas com vista à redução das recusas, sempre no respeito pelo direito de escolha dos utentes.

**Palavras-chave:** listas de espera cirúrgicas; recusa de transferência; SIGIC; tempos de espera cirúrgicos; Tempos Máximos de Resposta Garantidos.

**JEL:** I18 – Health: Government Policy; Regulation; Public Health.

## ***ABSTRACT***

The present internship report follows the Curricular Internship held at the Regional Health Administration of the Center Region, specifically at the Regional Access Management Unit, which is responsible for monitoring access to health care in the Center region. The main motivation of this report comes from the recent health policy implemented at the beginning of 2018, which consists in the redefinition of Maximum Waiting Time Guarantee for all types of non-emergency health care. The main change concerns the significant reduction of these times for scheduled surgeries of general pathology and normal priority, in order to allow access to surgical care more timely and not to compromise the patient's clinical situation. However, the transfer notes and surgical vouchers are also issued in shorter terms, which may motivate an increase in their refusal by the patients, contrary to the purpose of the health policy. Thus, the purpose of this study is to analyze the surgical waiting lists in the Center region. With the application of a quantitative methodology, the objectives are analyzing the evolution of transfer notes and surgical vouchers issued and refused for the period between the third quarter of 2016 and 2018, as well as refusal risk factors related to surgical episodes that are currently awaiting their resolution. The results show that, in the period after the implementation of this health policy, there was a sharp increase in transfer refusal. Thus, health policy may be generating effects that are contrary to the intended reduction of surgical waiting lists and waiting times. The analyses of the refusal risk factors show a higher risk essentially for the elderly population, for surgeries classified as priority or high priority, and for general surgery and orthopedics, and origin's hospitals that have a high number of patients waiting for surgery. Our results have allowed us to identify some priorities to be taken into account in the design of future policies aimed at reducing refusals, always respecting the right of patient's choice.

**Keywords:** Maximum Waiting Time Guarantee; SIGIC; surgical waiting lists; surgical waiting times; transfer refusal.

**JEL:** I18 – Health: Government Policy; Regulation; Public Health.

## **LISTA DE SIGLAS E ACRÓNIMOS**

### **A**

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

ARS – Administrações Regionais de Saúde

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

### **G**

GDH - Grupo de Diagnóstico Homogéneo

### **H**

HD – Hospital de Destino

HO – Hospital de Origem

### **L**

LIC – Lista de Inscritos para Cirurgia

### **N**

NT – Nota de transferência

### **O**

OECD – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

### **P**

PECLEC – Programa Especial de Combate de Listas de Espera para Cirurgia

PERLE – Programa Específico de Recuperação de Listas de Espera

PPA – Programa de Promoção do Acesso

### **S**

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

## **T**

TMRG – Tempos Máximos de Resposta Garantidos

## **U**

UGA – Unidade de Gestão do Acesso

ULGA – Unidade Local de Gestão do Acesso

URGA – Unidade Regional de Gestão do Acesso

URGIC – Unidade Regional de Gestão de Inscritos para Cirurgia

## **V**

VC – Vale de Cirurgia

## **LISTA DE TABELAS**

Tabela 1 - TMRG para os cuidados hospitalares cirúrgicos programados, estabelecidos pela Portaria n.º 1529/2008 de 26 de dezembro de 2008, Diário da República, 1.ª Série.....	15
Tabela 2 - TMRG para os cuidados hospitalares cirúrgicos programados, estabelecidos pela Portaria n.º 153/2017 de 4 de maio, Diário da República, 1.ª Série.....	22
Tabela 3 - Definição da variável dependente e variáveis explicativas.....	33
Tabela 4 - Análise da associação entre fatores de risco e a recusa de NT/VC.....	35

## **LISTA DE GRÁFICOS**

Gráfico 1 - Evolução da percentagem de NT/VC cancelados por recusa.....	29
Gráfico 2 - Taxa de variação de vales cancelados por recusa entre períodos homólogos...30	
Gráfico 3 - Percentagem de recusas por especialidade no 3.º trimestre de 2016.....	31
Gráfico 4 - Percentagem de recusas por especialidade no 3.º trimestre de 2018.....	31

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	1
<b>2. ENQUADRAMENTO DO ESTÁGIO</b> .....	3
2.1. APRESENTAÇÃO DA ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO CENTRO, IP .....	3
2.1.1. ESTRUTURA E FUNCIONAMENTO .....	3
2.1.2. DEPARTAMENTO DE PLANEAMENTO E CONTRATUALIZAÇÃO .....	4
2.1.3. ESTRUTURA E FUNCIONAMENTO DA UNIDADE REGIONAL DE GESTÃO DO ACESSO .....	5
2.2. RESUMO E SISTEMATIZAÇÃO DAS TAREFAS DESENVOLVIDAS.....	6
<b>3. ENQUADRAMENTO TEÓRICO</b> .....	9
3.1. TEMPOS DE ESPERA NOS CUIDADOS DE SAÚDE .....	9
3.1.1. QUAIS AS RAZÕES DO SEU SURGIMENTO .....	10
3.1.2. CONSEQUÊNCIAS DOS ELEVADOS TEMPOS DE ESPERA E LISTAS DE ESPERA .....	12
3.1.3. MEDIDAS DE POLÍTICA ADOTADAS EM PORTUGAL E NA OCDE.....	12
3.2. MODELO DE GOVERNAÇÃO SIGA SNS .....	15
3.3. SIGIC: OBJETIVOS E MODELO DE FUNCIONAMENTO .....	16
3.4. RECUSA DE TRANSFERÊNCIA.....	19
<b>4. ESTUDO EMPÍRICO</b> .....	21
4.1. DESCRIÇÃO DO PROBLEMA: REDEFINIÇÃO DOS TMRG .....	21
4.2. METODOLOGIA .....	23
4.3. RESULTADOS.....	28
<b>5. DISCUSSÃO</b> .....	37
<b>6. ANÁLISE CRÍTICA DO ESTÁGIO</b> .....	41
<b>7. CONCLUSÃO</b> .....	43
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	45
<b>LEGISLAÇÃO CONSULTADA</b> .....	47

<b>APÊNDICES</b> .....	49
<b>ANEXOS</b> .....	55

## 1. INTRODUÇÃO

O acesso aos cuidados de saúde pode ser definido como o mecanismo pelo qual o utente obtém os cuidados de saúde de que necessita, no qual é imprescindível que a sua realização seja prestada de forma atempada e eficiente (UCGIC, 2011a).

Ao longo dos últimos anos, o cenário de aumento das listas e do tempo de espera no acesso aos cuidados de saúde, nomeadamente no acesso à cirurgia, tem sido considerado uma das maiores preocupações da agenda política nacional, para o qual tem contribuído o aumento da esperança de vida da população, o aumento do número de cidadãos com doença oncológica e degenerativa, e o aparecimento de novos medicamentos e tecnologias em saúde. O acesso aos cuidados de saúde manifesta-se em termos da oferta desses cuidados e nas necessidades em saúde da população, pelo que se torna imprescindível assegurar a prestação de cuidados num período de tempo clinicamente aceitável, com o cumprimento dos requisitos estabelecidos para cada prioridade clínica em causa, não descurando na qualidade e equidade da prestação desses mesmos cuidados (Antunes e Ferreira, 2018; Barros *et al.*, 2013).

Neste sentido, foi adotado em 2004 o Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC), com o objetivo de gerir, de forma integrada e continuada, a lista de inscritos para cirurgia (LIC) nos estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde (SNS) (ERS, 2014). No seguimento do seu funcionamento e no âmbito do Sistema Integrado de Gestão do Acesso (SIGA), foi implementada recentemente uma política de saúde que consiste na redefinição dos Tempos Máximos de Resposta Garantidos (TMRG) para todo o tipo de prestações de saúde sem carácter de urgência, definida pela Portaria n.º 153/2017 de 4 de maio, com efeitos a partir de 1 de janeiro de 2018 e com implementação progressiva. Os TMRG consistem numa componente do funcionamento do SIGIC criados com o objetivo de, ao serem cumpridos escrupulosamente por parte dos prestadores do SNS e entidades convencionadas, permitirem um acesso mais atempado do utente aos cuidados de que necessita, sem comprometer a sua condição de saúde.

A principal motivação deste relatório de estágio decorre assim da implementação dos novos TMRG, a qual tem sido encarada com preocupação por parte da entidade de acolhimento – Administração Regional de Saúde do Centro, IP (ARSC, IP). Com a redução dos TMRG associada à liberdade de escolha, por parte do utente, do prestador de cuidados de saúde no âmbito do funcionamento do SIGIC, a ARSC, IP receia que haja um aumento

do número de notas de transferência (NT) e vales de cirurgia (VC) recusados pelos utentes. Neste contexto, a redução das transferências via NT/VC origina a manutenção e eventual aumento das listas de inscritos para cirurgia, o que representa um resultado distinto do pretendido por esta política de saúde.

Neste sentido, o presente relatório pretende analisar, para a região Centro, o impacto da redefinição dos TMRG em termos de recusas de transferências, e a sua eficácia na redução das listas de espera cirúrgicas. Em concreto, os objetivos são analisar a evolução das recusas de NT e VC bem como identificar os fatores de risco associados a estas recusas.

Este trabalho encontra-se estruturado em seis capítulos. O presente capítulo corresponde a uma breve introdução ao relatório de estágio, acompanhado com uma apresentação dos seus objetivos e estrutura.

No segundo capítulo realiza-se o enquadramento do estágio, fazendo-se referência à apresentação da Entidade de Acolhimento e ao resumo das tarefas desempenhadas.

O terceiro capítulo corresponde ao enquadramento teórico, no qual se procede à conceptualização do tema e dos principais conceitos inerentes ao tema em análise.

O capítulo 4 inicia-se com a apresentação do estudo empírico, relativamente ao qual são apresentadas a problemática do estudo, as questões da investigação e os seus objetivos. Seguidamente, são apresentadas as opções metodológicas, fazendo-se referência ao tipo de estudo e ao método de recolha e de análise dos dados, e os resultados obtidos.

No capítulo 5 procede-se à análise e discussão dos resultados obtidos, referindo-se algumas limitações decorrentes da metodologia adotada.

No capítulo 6 realiza-se uma análise crítica do estágio realizado, descrevendo-se as principais dificuldades enfrentadas e as competências adquiridas que contribuíram para a formação profissional e pessoal, fazendo-se referência também ao contributo oferecido à ARSC, IP.

Por fim, o capítulo 7 conclui os principais resultados obtidos, referindo as principais limitações enfrentadas no decorrer da sua realização, acrescentando-se sugestões para futuros desenvolvimentos sobre esta temática.

## **2. ENQUADRAMENTO DO ESTÁGIO**

Neste capítulo é apresentada a Entidade de Acolhimento, nomeadamente o departamento e a Unidade na qual se inseriu o estágio, e são descritas as tarefas desempenhadas no decorrer da sua realização.

### **2.1. APRESENTAÇÃO DA ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO CENTRO, IP**

A ARSC, IP, criada através do Decreto-Lei n.º 222/2007 de 29 de maio e segundo o Decreto-Lei n.º 22/2012 de 30 de janeiro, constitui uma das cinco Administrações Regionais de Saúde (ARS) e consiste num instituto público do Ministério da Saúde, dotado de autonomia administrativa, financeira e patrimonial, que realiza as suas atribuições sob direção e tutela do membro do Governo responsável pela área da saúde (ARSC, 2018).

A sua missão principal visa assegurar à população da região Centro o acesso à prestação de cuidados de saúde de qualidade, adequando os recursos disponíveis às necessidades em saúde, de modo a contribuir para uma gestão mais racional e otimizada. Esta missão surge no seguimento da política de sustentabilidade adotada pela ARSC, IP, que é acompanhada pelo respeito dos valores de equidade, transparência, excelência e qualidade, e pelo cumprimento integral do Plano Nacional de Saúde bem como leis e regulamentos que estejam em vigor (ARSC, 2018).

De acordo com o descrito em ARSC (2018), a sua área de atuação corresponde à Unidade Territorial Estatística de Portugal (NUTS) II Centro, que integra 78 concelhos numa extensão que engloba 23271 km<sup>2</sup> do território de Portugal Continental. No final do ano 2017, a população residente na região Centro correspondia a 2237640 residentes (cerca de 23% da população residente em Portugal Continental no final desse ano) segundo a informação disponibilizada pela Base de Dados Portugal Contemporâneo (PORDATA).

#### **2.1.1. ESTRUTURA E FUNCIONAMENTO**

Tal como se pode observar no organograma que consta no Anexo I, a ARSC, IP é dirigida por um conselho diretivo composto por quatro elementos (presidente, vice-

presidente e dois vogais<sup>1</sup>), sendo a estrutura orgânica constituída por: serviços centrais organizados em cinco departamentos (Saúde Pública, Planeamento e Contratualização, Recursos Humanos, Instalações e Equipamentos, e Gestão e Administração Geral) e uma Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências; seis serviços desconcentrados de âmbito local (agrupamentos de centros de saúde designados por Agrupamentos de Centros de Saúde do Baixo Mondego, Baixo Vouga, Cova da Beira, Dão Lafões, Pinhal Interior Norte e Pinhal Litoral); quatro unidades orgânicas flexíveis (Gabinete de Sistemas de Informação e Comunicações, Unidade de Aprovisionamento, Logística e Património, Unidade de Estudos e Planeamento, e Unidade de Investigação e Planeamento em Saúde); quatro estruturas de apoio especializado (Equipa Regional de Apoio aos Cuidados de Saúde Primários, Gabinete de Auditoria e Controlo Interno, Gabinete de Relações Públicas e Comunicação, e Gabinete de Farmácia e Medicamento) e pelo Gabinete de Apoio Jurídico e do Cidadão (ARSC, 2018).

### **2.1.2. DEPARTAMENTO DE PLANEAMENTO E CONTRATUALIZAÇÃO**

Segundo a ARSC (n.d.), a principal missão do Departamento de Planeamento e Contratualização visa uma otimização da gestão dos recursos públicos para a saúde e uma maior eficiência e equidade nos cuidados de saúde prestados.

De acordo com o definido no artigo 4.º da Portaria n.º 164/2012 de 22 de maio, cabe a este departamento estabelecer e acompanhar as relações contratuais com instituições prestadoras de cuidados e serviços de saúde (do sector público, privado e social), propondo a afetação dos respetivos recursos financeiros, adequando-os às necessidades da população da respetiva região. Para além disso, é responsável por avaliar o desempenho das instituições e serviços prestadores de cuidados de saúde de acordo com as normas emitidas por organismos centrais, propondo a realização de auditorias administrativas e clínicas, bem como as necessárias correções relativas ao funcionamento dos serviços de saúde da região. Tem ainda a função de desenvolver novos modelos de gestão que permitam a utilização racional de recursos materiais e financeiros, de modo a assegurar a qualidade dos cuidados de saúde prestados.

---

<sup>1</sup> Não obstante o que está previsto, atualmente este conselho diretivo tem apenas preenchidos os lugares de presidente e dois vogais.

Relativamente à sua estrutura interna e de acordo com a ARSC (2018), é composto pela Unidade de Estudos e Planeamento e por cinco áreas funcionais: Cuidados Primários, Cuidados Hospitalares, Cuidados Continuados Integrados, Prestações Específicas e Unidade Regional de Gestão do Acesso (URGA).

### **2.1.3. ESTRUTURA E FUNCIONAMENTO DA UNIDADE REGIONAL DE GESTÃO DO ACESSO**

A URGA, inserida no Departamento de Planeamento e Contratualização, surgiu com a criação do SIGA SNS, e veio substituir a anterior Unidade Regional de Gestão de Inscritos para Cirurgia (URGIC), integrando o seu modelo de governação com atuação no âmbito da respetiva região (Portaria n.º 147/2017, 27 de abril).

Esta unidade é responsável pela monitorização do acesso aos cuidados de saúde na região Centro e, de acordo com o artigo 17.º da Portaria n.º 147/2017 de 27 de abril, no âmbito desta sua monitorização compete-lhe: controlar a evolução da LIC e dos tempos de resposta; monitorizar o processo de transferência de utentes entre instituições de modo a certificar-se do cumprimento das regras e protocolos definidos, garantindo ao utente o acesso à informação e a qualidade dos cuidados de saúde prestados; e assegurar que a prestação de tratamento cirúrgico aos utentes é realizada dentro dos TMRG. O seu funcionamento rege-se pelo cumprimento das orientações normativas emitidas pela Unidade de Gestão do Acesso (UGA), reportando-lhe toda a informação que considerar relevante, sendo seu dever comunicar com a Unidade Local de Gestão do Acesso (ULGA) respetiva, no sentido de verificar que o seu modelo de funcionamento vai de encontro ao estabelecido, corrigindo eventuais situações pertinentes.

No que concerne à componente cirúrgica, a atuação da URGA envolve o contacto com as entidades inseridas na área de intervenção, as quais atuam como hospital de origem (HO) ou hospital de destino (HD), as quais se encontram descritas na tabela A.1 e tabela A.2 que constam no Apêndice.

## 2.2. RESUMO E SISTEMATIZAÇÃO DAS TAREFAS DESENVOLVIDAS

O estágio curricular inseriu-se na URGA, o qual teve início a 17 de Setembro de 2018 e terminou a 10 de Janeiro de 2019. Durante este período realizaram-se atividades operacionais da unidade na área da faturação, cujo processo recorre ao sistema informático Sistema Integrado de Gestão da Lista de Inscritos para Cirurgia (SIGLIC), o qual contém informação relativa a todos os cuidados prestados ao utente e que será explicado com maior detalhe no próximo capítulo.

Este processo envolve a validação da faturação do valor da produção cirúrgica realizada por unidades prestadoras de cuidados de saúde públicas e entidades privadas ou sociais em sede de convenções estabelecidas no âmbito do SIGIC, cujos preços a faturar têm por base a codificação clínica ICD-9-CM (*International Classification of Diseases - 9th Revision - Clinical Modification*), definidos pela Portaria n.º 271/2012 de 4 de setembro e pela Portaria n.º 20/2014 de 29 de janeiro. Porém, de acordo com a Circular Normativa n.º 16 de 17 de agosto 2018, a partir do dia 1 de setembro de 2018, todos os eventos clínicos passaram a utilizar a codificação ICD-10-CM, pelo que os episódios com alta posterior a esta data passaram a ser faturados com os preços e regras definidos pela Portaria n.º 207/2017, de 11 de julho, e recentemente atualizados pela Portaria n.º 254/2018 de 7 de setembro.

De acordo com o Despacho n.º 49/2016 de 19 de maio, o processo de faturação tem subjacente o sistema de compensação de créditos e débitos entre as entidades do SNS, em que o seu funcionamento rege-se pelo princípio de responsabilização financeira do HO pela não prestação de cuidados cirúrgicos atempados, de modo a que este assuma o pagamento da intervenção cirúrgica que for transferida para outra entidade. Daqui decorre que todos os episódios cirúrgicos realizados pelo HD são faturados ao HO respetivo, de acordo com os preços em vigor na data de conclusão do episódio. Não obstante a responsabilidade financeira pelo pagamento do episódio recair no HO, a faturação sofre um processo intermédio de validação por uma entidade imparcial, sendo aqui que reside a intervenção da URGA.

Antes de expor o funcionamento do processo de faturação, é necessário definir alguns conceitos que concorrem neste processo, dado serem essenciais para a sua compreensão.

No âmbito do funcionamento do SIGIC, para além de colocar em evidência o utente (com uma maior transparência e regulação dos seus direitos e deveres) destacam-se dois intervenientes essenciais no lado da oferta: HO e HD. Segundo a Portaria n.º 45/2008 de 15 de janeiro, define-se HO como uma unidade hospitalar do SNS, do sector público, onde se procede pela primeira vez ao registo do utente na LIC para uma determinada cirurgia, sendo de salientar que podem fazer parte desta categoria hospitais do setor social desde que estabeleçam acordos de cooperação com o SNS. De acordo com a mesma Portaria, entende-se por HD uma unidade hospitalar do setor público, privado ou social, onde é realizada a intervenção cirúrgica que foi identificada inicialmente pelo HO como a necessária ao utente, no momento em que se procedeu ao seu registo na LIC.

O funcionamento do SIGIC baseia-se em toda a gestão do episódio clínico do utente, entendendo-se como “episódio” um conjunto único de eventos clínicos, organizados numa sequência cronológica para o tratamento de uma determinada necessidade de saúde, o qual se inicia com a “(...)1.ª consulta do episódio terapêutico no serviço ou unidade funcional onde aqueles são abordados e conclui-se com a realização da cirurgia ou cancelamento da inscrição.” (UCGIC, 2011a: 29).

O processo de faturação inicia-se com o recebimento da nota apensa à fatura e com o registo de todos os episódios concluídos (que deve ocorrer no prazo de 60 dias após a alta de internamento ou ambulatório), realizados num determinado mês por parte do HD num ficheiro *Excel*<sup>2</sup>, cujo valor da cirurgia a faturar ao HO será validado se se verificar o cumprimento integral de um conjunto de critérios (UCGIC, 2011a). Quando é gerada a nota apensa, o SIGLIC valida um conjunto de informações necessárias para calcular o valor a pagar para um dado episódio e, juntamente com a nota apensa devem ser enviados por parte do HD os seguintes documentos exigidos pela ARSC, IP: VC<sup>3</sup>, identificação de todos os eventos realizados, identificação de intercorrências e complicações (caso venham a gerar um novo episódio terapêutico, tem de ser anexado informação que comprove e justifique esta situação), cópia do ofício e relatório clínico enviado ao HO e identificação das próteses colocadas, caso tenham sido colocadas (UCGIC, 2011c).

Assim, é comprovada a informação registada no ficheiro *Excel* para cada episódio, comparando-a com a informação registada no SIGLIC, sendo os critérios a analisar para cada episódio cirúrgico os seguintes: o nome do utente e o seu HO; o número do VC e a sua

---

<sup>2</sup> Outros formatos ou outros meios de transmissão da informação podem ser considerados em função da decisão tomada ao nível de cada ARS.

<sup>3</sup> Ver subcapítulo 3.3 “SIGIC: objetivos e modelo de funcionamento”.

respetiva data de cativação, a qual corresponde ao registo formal no SIGLIC da aceitação por parte do utente da sua transferência; o número da LIC do HD; o Grupo de Diagnóstico Homogéneo (GDH) da cirurgia, que consiste num sistema de classificação de episódios cirúrgicos de acordo com os recursos utilizados, e que permite definir a produção do hospital (Portaria n.º 207/2017, 11 de julho); a bilateralidade; o valor da cirurgia correspondente ao GDH em causa (podendo divergir o seu valor caso a cirurgia tenha sido realizada em internamento ou ambulatório); os procedimentos cirúrgicos realizados; o valor da taxa moderadora (caso o utente seja beneficiário da isenção de taxa moderadora é necessário verificar se a cirurgia realizada se insere durante o período de isenção, enquanto que no caso de não estar sujeito a esta isenção determina-se o número de consultas realizadas para calcular o valor da taxa moderadora a aplicar); o valor a faturar ao HO (valor da cirurgia deduzido do valor da taxa moderadora); a existência de neoplasia; a colocação de próteses; o registo no SIGLIC da equipa cirúrgica completa de acordo com o tipo de cirurgia realizada e o número das células dos profissionais; e o registo da nota de alta e da cirurgia segura, sendo esta última composta por um conjunto de problemas identificados quer no decorrer da cirurgia, quer no seu momento anterior e posterior, com vista à redução das taxas de complicações cirúrgicas e de mortalidade (UCGIC, 2011b).

Quando todos os critérios são validados, é encaminhado para o HD o valor a faturar, o qual procede à emissão da fatura em nome do HO e gera uma nota apenas no SIGLIC, enviando também os respetivos documentos ao HO e cópia à ARSC, IP. Se os episódios não forem validados por ser necessário algum esclarecimento ou se constatar falta de alguma informação relevante para o processo de faturação, é solicitado ao HD que esclareça a situação e disponibilize a informação em falta. Acresce que qualquer alteração verificada durante o episódio, não sustentada por autorizações prévias do HO ou justificadas de forma válida pelo HD com comunicação ao HO, geram eventuais desconformidades desencadeadas e processadas na URGA, em articulação com o Gabinete Jurídico e do Cidadão da ARSC, IP.

Por fim, a faturação termina quando é efetuado o pagamento por parte do HO ao HD (UCGIC, 2011a).

### 3. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Este capítulo visa introduzir as principais bases teóricas e conceptuais essenciais à concretização deste relatório, através da abordagem à formação dos tempos de espera dos cuidados de saúde, as suas consequências e principais políticas adotadas por Portugal e pelos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) na tentativa de os reduzir. Além disso, é apresentado o Modelo de Governação SIGA SNS, o programa SIGIC e o motivo de cancelamento de NT/VC que será foco de análise: a recusa de transferência.

#### 3.1. TEMPOS DE ESPERA NOS CUIDADOS DE SAÚDE

Uma das problemáticas que mais questões tem suscitado ao longo dos últimos anos nos países desenvolvidos, diz respeito à existência de extensas listas de espera cirúrgicas, às quais estão associados elevados tempos de espera no acesso aos cuidados de saúde.

O SNS caracteriza-se pelo acesso universal a cuidados de saúde a todos os cidadãos, financiado através do pagamento de impostos. O seu funcionamento é tendencialmente gratuito, dado que o acesso aos cuidados de saúde pode estar sujeito ao pagamento de taxas moderadoras, o que faz com que haja um excesso de procura e, conseqüentemente, que as listas de espera sejam um fator integrante dos sistemas públicos de saúde (Reis, 2011).

A lista de espera pode ser entendida como uma lista composta por episódios respeitantes a utentes que necessitam de ser tratados num determinado período de tempo e aos quais se associam níveis de prioridade em função do grau de urgência (Machado, 2011; Siciliani *et al*, 2013). Segundo estes mesmos autores, o tempo de espera pode ser definido como o tempo que medeia a decisão tomada pelo médico da necessidade do serviço a ser prestado até à prestação do mesmo, correspondendo assim à “(...) duração do tempo necessário para tratar todos os pacientes na lista de espera atual através do fornecimento atual e futuro de tratamentos”<sup>4</sup> (Siciliani *et al*, 2013: 35).

---

<sup>4</sup> Tradução livre da autora. No original “(...) duration of time necessary to treat all the patients on the current waiting list through the current and future supply of treatments.” (Siciliani *et al*, 2013: 35).

### 3.1.1. QUAIS AS RAZÕES DO SEU SURGIMENTO

Segundo Borowitz, Moran e Siciliani (2013b), os tempos de espera surgem devido ao desequilíbrio entre a procura e oferta de cuidados de saúde, manifestado num determinado período de tempo.

De acordo com estes mesmos autores, quando o utente necessita de um determinado cuidado de saúde, dirige-se a uma entidade prestadora da rede do SNS, na qual se procede à avaliação do seu estado clínico por parte de um médico especialista para identificação do problema. Após esta avaliação, o utente pode ser colocado numa lista de espera de acordo com a sua prioridade clínica ou pode ser submetido a uma nova avaliação de identificação do problema para a referência, podendo ser, neste último caso, tratado por outros meios clínicos ou encaminhado para outro médico especialista. Em caso de urgência, o utente não aguarda pela sua vez numa lista de espera, sendo logo de seguida submetido à intervenção cirúrgica de que necessita. Para o utente cuja cirurgia fica agendada, terá que aguardar pela sua cirurgia programada a ser realizada num hospital público, podendo esta ser fixada para uma data futura ou terá que permanecer numa lista de espera. Se a procura para esse tratamento for superior à oferta da entidade, e se as entradas nas listas de espera não forem acompanhadas por uma equivalente saída de listas de espera (para os casos em que os utentes já receberam tratamento), pode ocorrer um excedente de utentes em lista de espera, o que potenciará um aumento do tempo de espera, provocando desequilíbrios a curto prazo. Contudo, caso o utente tenha capacidade económica de pagar a cirurgia ou possua um seguro de saúde privado, pode decidir realizar a sua cirurgia numa entidade do setor privado, não ficando sujeito à permanência na lista de espera.

Ao longo de todo este percurso do utente no sistema de saúde, o tempo de espera ao qual se encontra sujeito está subdividido nos seguintes subperíodos (Borowitz *et al.*, 2013; Reis, 2014):

- a) Espera pela observação do médico de família ou médico assistente hospitalar;
- b) Espera pela realização dos testes de diagnósticos solicitados pelo médico;
- c) Espera pela decisão do médico sobre quais os tratamentos necessários mediante os resultados evidenciados pelas análises e sobre qual o serviço de especialidade ao qual o utente terá de ser encaminhado;

- d) Espera desde o momento em que o utente é adicionado à lista de espera para o tratamento que necessita até ao momento em que recebe o tratamento ou é admitido para tratamento (os TMRG aplicam-se apenas a este último subperíodo de espera).

Convém notar que ao longo de todo este processo podem ocorrer outros momentos de espera relativos a consultas ou testes de diagnóstico adicionais, que podem variar consoante as necessidades do utente, as tecnologias ou procedimentos necessários, o serviço de especialidade e a entidade hospitalar (Reis, 2014).

Para a formação dos tempos de espera, concorrem determinantes subjacentes à procura de tratamento (entrada em lista de espera) e fornecimento do tratamento (saída da lista de espera) (Borowitz *et al.*, 2013b).

A entrada em lista de espera é influenciada pelo estado de saúde da população, dado que com o aumento da esperança de vida pode surgir como consequência uma maior necessidade de cuidados cirúrgicos, e é também eventualmente influenciada pelo nível de gravidade clínica do utente, pois quanto maior for a gravidade clínica, maior será a procura de tratamento cirúrgico. Concorrem para o aumento da procura, o avanço tecnológico dos procedimentos utilizados nas cirurgias, relativamente ao qual o utente demonstra ter uma maior expectativa no sucesso da cirurgia. Este avanço tecnológico pode também influenciar a oferta de cuidados de saúde, dado que poderá permitir a resolução de um maior número de cirurgias num determinado período de tempo. Os incentivos financeiros tais como a partilha de custos (se o sistema de saúde for financiado pelo setor público), a limitada cobertura dos seguros de saúde e o preço elevado praticado pelo setor privado também potenciam o aumento da procura por cuidados cirúrgicos no setor público (Borowitz *et al.*, 2013b).

A realização de cirurgias está dependente da capacidade disponível no setor público. Assim, um aumento do número de camas, médicos e salas de bloco operatório, permite aumentar o número de resolução de cirurgias e deste modo reduzir os tempos de espera. Por outro lado, a produtividade do setor público, que decorre da forma como as entidades hospitalares e os seus profissionais são remunerados, influencia a oferta de cuidados de saúde. Neste caso, vários países da OCDE utilizam um sistema de remuneração baseado na atividade realizada, na qual a realização de maior número de cirurgias é acompanhada por uma remuneração das entidades hospitalares mais elevada, o que estimula a produtividade (Borowitz *et al.*, 2013b).

### **3.1.2. CONSEQUÊNCIAS DOS ELEVADOS TEMPOS DE ESPERA E LISTAS DE ESPERA**

Para Borowitz, Moran e Siciliani (2013b), uma das consequências mais evidentes dos elevados tempos de espera diz respeito à degradação do estado de saúde do utente provocando um agravamento dos sintomas, sofrimento, redução do sucesso do tratamento, que em último caso poderá aumentar a probabilidade de morte antes de realização da cirurgia.

A existência de listas de espera permanentes dificulta a capacidade de a oferta exceder a procura, o que provoca um aumento dos custos incorridos com a gestão das listas de espera ao nível de cada hospital. Poderá ocorrer também a deslocação dos utentes das entidades do setor público para o privado mediante o pagamento da cirurgia ou, nos casos em que haja insuficiência económica, desistência do tratamento. Por outro lado, poderá ocorrer um aumento da oferta de cuidados por parte do setor público, dado haver um maior incentivo por parte dos prestadores de cuidados de saúde para trabalhar mais ou com o objetivo de incentivar o governo a deslocar mais recursos para os hospitais públicos (Borowitz *et al.*, 2013b).

### **3.1.3. MEDIDAS DE POLÍTICA ADOTADAS EM PORTUGAL E NA OCDE**

Tal como referido por Nunes (2014), as elevadas listas de espera têm-se revelado um problema transversal a vários sistemas de saúde dos países desenvolvidos, quer ao nível dos cuidados primários quer no acesso aos cuidados hospitalares e continuados havendo uma atenção redobrada no acesso a cuidados especializados hospitalares ao nível de cirurgia.

Neste sentido, tem surgido a necessidade de adotar ao longo do tempo, para diversos países da OCDE, várias políticas destinadas à minimização do problema do acesso aos serviços cirúrgicos (nomeadamente cirurgia programada) com a redução dos tempos de espera, destacando-se políticas do lado da oferta e da procura implementadas face à ocorrência, respetivamente, das determinantes da saída e entrada em lista de espera. Dentro das políticas de oferta salientam-se: o financiamento extra da produção cirúrgica de modo a aumentar a sua produção no setor público; distribuir parte da procura para o setor privado (através da celebração de contratos) ou mediante o encaminhamento de utentes para o estrangeiro; e alargar, no momento da escolha dos utentes, a rede de prestadores de cuidados

de saúde. Em relação às políticas do lado da procura destacam-se a promoção de subsídios de seguros privados e o agendamento dos utentes assente em prioridades clínicas (ERS, 2014).

Portugal, desde 1995 até à atualidade, tem acompanhado a experiência internacional e por isso têm sido desenvolvidas pelo SNS distintas iniciativas de modo a resolver as elevadas listas de espera cirúrgicas.

Deste modo, em 1995 foi desenvolvido um programa de financiamento designado por Programa Específico de Recuperação de Listas de Espera (PERLE) a fim de eliminar, a nível regional, as listas de espera das entidades hospitalares. Para a sua concretização, as Administrações Regionais de Saúde (ARS) estavam autorizadas a celebrar contratos com o setor privado e, teriam o dever de implementar e fazer cumprir o programa na respetiva região, acompanhando-o através da elaboração de um plano de recuperação das listas de espera. Na elaboração deste plano, eram consideradas a capacidade dos serviços, as prioridades clínicas e a sua respetiva hierarquização, ao qual lhe era concedido, para cada região, uma dotação financeira anual, de modo a assegurar a realização de cirurgias no sector privado (Reis, 2014).

Porém, segundo este mesmo autor, verificou-se que o funcionamento deste programa implicava elevados encargos financeiros, pelo que de acordo com a Portaria do Ministro da Saúde, publicada a 2 de novembro de 1999, o PERLE foi convertido no Programa de Promoção do Acesso (PPA), o qual deu continuidade aos objetivos propostos pelo programa anterior, orientado para melhorar, de modo mais eficaz, o acesso aos cuidados de saúde pelo SNS. Segundo Reis (2014), a linha de atuação do PPA baseava-se no estabelecimento de sistemas de informação próprios que permitissem gerir e acompanhar a evolução das listas de espera cirúrgicas e a definição de critérios de inclusão em listas de espera, e tempos de espera máximos aceitáveis para cada tipo de patologia. Contudo, o contributo destes dois programas revelou ser incapaz em reduzir as listas de espera, as quais atingiram “(...) valores de espera clínica eticamente inaceitáveis.” (Machado, 2011:21).

A 26 de abril de 2002 foi aprovado pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 100/2002 de 25 de maio, o Programa Especial de Combate de Listas de Espera para Cirurgia (PECLEC), com a finalidade de eliminar as listas de espera em 2 anos (ERS, 2014). Para o efeito, para além da prioridade estabelecida para a realização de intervenções cirúrgicas no setor público, eram permitidas prestações de cuidados de saúde no setor privado e social mediante a celebração de convenções com as ARS, permitindo assim um maior acesso dos utentes aos cuidados de saúde. (Reis, 2014).

Todos estes esforços desenvolvidos não permitiram eliminar de forma eficaz o aumento de listas de espera, pelo que se tornou necessário criar uma política que assumisse uma abordagem distinta de todas as outras anteriormente adotadas. Neste sentido, após o término do funcionamento do PECLEC, foi aprovado a 3 de junho de 2004, pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 79/2004 de 24 de junho o SIGIC, o qual ainda se encontra em vigor e que será explicado no subcapítulo 3.3. Este programa caracteriza-se por gerir, de forma integrada e continuada, a lista de inscritos para cirurgia nos estabelecimentos do SNS, sem ter como foco principal a sua eliminação tal como era característico nos programas anteriores (ERS, 2014).

A par do funcionamento do SIGIC, surgiram políticas destinadas a reforçar a atividade cirúrgica de modo a melhorar o acesso e reduzir os tempos de espera para cirurgias de especialidades específicas: em 2008, o Programa de Intervenção em Oftalmologia (Barros *et al.*, 2013) e o programa de Procriação Medicamente Assistida (Despacho n.º14788/2008, 28 de maio); em 2009, o Programa de Tratamento Cirúrgico da Obesidade (Portaria n.º1454/2009, 29 de dezembro), e, em 2015, o Plano de Intervenção em Cirurgia (Portaria n.º 179-A/2015, 16 de junho), o qual introduziu o reforço do regime de ambulatório no tratamento cirúrgico, de modo a reduzir os tempos de espera para cirurgia e obter ganhos no acesso aos cuidados de saúde e uma maior eficiência para as instituições do SNS.

A política com maior aderência pelos países da OCDE, incluindo Portugal no âmbito da atuação do programa SIGIC, e que se assume como uma política do lado da procura e da oferta, diz respeito ao estabelecimento de TMRG, cujos valores divergem entre os países quanto à duração, patologias e aos tipos de prestadores de saúde a que se dirigem (ERS, 2014). O princípio geral do seu funcionamento consiste na garantia de que nenhum utente com necessidade de um determinado cuidado de saúde deve estar sujeito a um tempo de espera superior ao máximo estabelecido para o nível de prioridade em causa. Esta política visa obter uma monitorização permanente dos tempos de espera aos quais o utente está sujeito para ser atendido, a qual pode ser realizada mediante um controlo rigoroso do cumprimento destes tempos por parte das entidades hospitalares e profissionais de saúde ou mediante concessão ao utente da liberdade de escolha de outra entidade prestadora, quando se espera que a cirurgia venha a ultrapassar o tempo máximo (Borowitz *et al.*, 2013a).

No caso de Portugal, com o objetivo de garantir a prestação de cuidados de saúde dentro de um período de tempo considerado clinicamente aceitável e minimizar o tempo para o acesso dos utentes aos cuidados cirúrgicos foram fixados TMRG pela Portaria n.º 1529/2008 de 26 de dezembro de 2008.

Os TMRG para o acesso a cuidados de saúde foram definidos para diferentes tipos de prestações sem carácter de urgência e para cada patologia, considerando quatro níveis de prioridade clínica (normal, prioritário, muito prioritário, urgência diferida), os quais se apresentam seguidamente na tabela 1.

**Tabela 1:** TMRG para os cuidados hospitalares cirúrgicos programados, estabelecidos pela Portaria n.º 1529/2008 de 26 de dezembro de 2008, Diário da República, 1.ª Série.

Nível de prioridade clínica	Grupo de patologia	TMRG em dias consecutivos
P1- Normal	Geral	270
	Oncologia	60
P2 - Prioritário	Geral	60
	Oncologia	45
P3 – Muito prioritário	Geral	15
	Oncologia	15
P4 – Urgência diferida	Geral	3
	Oncologia	3

Fonte: elaboração própria.

### 3.2. MODELO DE GOVERNAÇÃO SIGA SNS

No seguimento da prioridade definida para a Saúde no Programa do XXI Governo Constitucional, surgiu a necessidade de criar no SNS um sistema dirigido às necessidades e expectativas do cidadão e, que permitisse melhorar o conhecimento sobre o acesso à prestação de cuidados de saúde respeitantes à cirurgia, às primeiras consultas de especialidade hospitalar e à Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (Portaria n.º 147/2017, 27 de abril). Neste sentido, no âmbito do Programa SIMPLEX+, foi criado o SIGA, definido através do Decreto-Lei n.º 44/2017 de 20 de abril, e regulamentado através da Portaria n.º 147/2017 de 27 de abril. Este sistema, gerido pela Administração Central do Sistema de Saúde, IP (ACSS, IP), consiste numa plataforma informática que recolhe informação de gestão anonimizada e presente em vários sistemas de informação, que visa fornecer uma visão holística do percurso do utente no acesso à prestação de cuidados de saúde no SNS, acompanhada por uma redução das desigualdades no acesso e por uma melhoria na gestão das entidades do SNS e na articulação entre os níveis de cuidados (Portaria n.º 147/2017, 27 de abril).

O acompanhamento permanente do percurso do utente ao longo de todos os níveis de cuidados recorre à Via de Acesso Integrado, que consiste num documento digital de

referenciação clínica para as instituições do SNS que “ (...) permite comunicar entre níveis de cuidados e dentro de cada nível de cuidados, em função das necessidades do cidadão e de determinados fatores como a disponibilidade de cuidados, a proximidade geográfica e os tempos médios de espera.” (Antunes e Ferreira, 2018:157).

Assim, o SIGA SNS permite a medição dos tempos de resposta globais e transversais às instituições do SNS que participam no processo de prestação de cuidados de saúde, o que possibilita a monitorização do grau de cumprimento dos TMRG e uma tomada de decisão política mais informada face à realidade do acesso aos cuidados de saúde (Portaria n.º 147/2017, 27 de abril; Antunes e Ferreira, 2018).

Para alcançar os objetivos pretendidos, o SIGA SNS foi estruturado em três níveis: central, regional e local. O nível central respeita à UGA sedeadada na ACSS, IP e que é responsável, entre outras funções, pela coordenação do funcionamento do SIGIC de modo a permitir uma atualização permanente da posição dos utentes na LIC. A nível regional encontram-se todas as URGA que integram a estrutura orgânica de cada uma das cinco ARS. O nível local engloba as ULGA que incorporam a estrutura de cada instituição do SNS (centros hospitalares, hospitais, unidades locais de saúde e agrupamentos de centros de saúde) para cada nível de cuidados e que monitorizam, ao nível de cada instituição, a gestão do acesso aos cuidados de saúde e o cumprimento dos TMRG, reportando as informações à URGA da ARS respetiva (Portaria n.º 147/2017, 27 de abril).

### **3.3. SIGIC: OBJETIVOS E MODELO DE FUNCIONAMENTO**

O programa SIGIC encontra-se atualmente em pleno funcionamento, cuja área de atuação abrange as cinco regiões de Portugal Continental, à exceção dos Açores e Madeira que não estão cobertos pelo SIGIC por terem os seus programas (Barros *et al.*, 2013). A sua finalidade prende-se em reduzir o período de tempo que medeia o momento em que o utente é proposto para cirurgia e o momento em que a mesma se concretiza, garantindo que a sua realização ocorre dentro de um tempo máximo clinicamente aceitável estipulado previamente com transparência (ERS, 2014). O seu modelo de organização insere-se no SIGA SNS e assenta num maior controlo de todas as etapas do processo de gestão da inscrição do utente, tendo sempre em consideração os princípios de equidade no acesso aos tratamentos cirúrgicos, permitindo uma uniformização do tratamento de utentes que manifestem a mesma necessidade cirúrgica, transparência na sua gestão e responsabilização

dos intervenientes no processo: utentes, entidades do SNS (públicas e privadas) e entidades convencionadas (Barros *et al.*, 2013).

Com este programa é introduzida pela primeira vez a liberdade de escolha do utente, a qual se encontra definida na Portaria n.º 45/2008 de 15 de janeiro. Assim, caso a marcação num prestador público não ocorra dentro do tempo de espera clinicamente admissível, os utentes podem escolher livremente um prestador de natureza pública ou uma entidade com convenção<sup>5</sup> com o SNS de natureza privada ou social para realizar a cirurgia, salvaguardando o cumprimento da realização da cirurgia dentro deste tempo 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 funcionamento do SIGIC recorre ao SIGLIC, no qual é registado, quer pelos HO quer pelos HD, toda a gestão do episódio do utente relativa à atividade cirúrgica programada e à realizada pelos serviços de urgência, desde o momento da realização da proposta cirúrgica até à conclusão do episódio. A sua atuação permite assim estabelecer o equilíbrio entre as necessidades do acesso dos cidadãos e a prestação de cuidados cirúrgicos, garantindo o cumprimento dos TMRG e a eficácia da prestação (UCGIC, 2011a).

O processo de funcionamento inicia-se com a entrada do utente no seu hospital para a realização de uma consulta de especialidade em unidade hospitalar, na qual lhe é proposta a realização de uma cirurgia. Esta consulta pode ocorrer num hospital do setor público ou social, sendo o hospital, neste último caso, sujeito ao estabelecimento de um acordo com o SNS. A proposta cirúrgica é preenchida pelo médico que propõe a cirurgia após obter o consentimento do utente consubstanciado com a sua assinatura do documento. Neste momento efetiva-se o registo provisório do utente em LIC no HO. Posteriormente a proposta é validada pelo responsável pelo serviço cirúrgico. Após a proposta cirúrgica se encontrar validada e consentida, a inscrição do utente em LIC é efetivada no SIGLIC. A partir deste momento, o doente 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. (UCGIC, 2011a; ERS, 2014).

Se se vier a verificar que o HO não consegue garantir, com os seus recursos, a realização da cirurgia do utente até aos 50% do tempo de espera máximo (a contar da data de inscrição e estabelecido por prioridade clínica, patologia ou grupo de patologia), o utente

---

<sup>5</sup> A liberdade de escolha insere-se na lista de opções que decorre das convenções que existem das entidades com o SNS.

é transferido para outra entidade do SNS ou entidade convencionada, considerando-se que existe falta de garantia quando a cirurgia não for agendada até ao limite do tempo de espera admissível. Assim, quando a marcação da cirurgia no HO não ocorre até 50% do tempo máximo de resposta admissível, o SIGLIC seleciona automaticamente outras instituições hospitalares públicas (e, desde 1 de julho de 2018, entidades do setor social ao abrigo do Acordo do Ministério da Saúde com a União das Misericórdias Portuguesas) com capacidade técnica para realizar os procedimentos cirúrgicos presentes na proposta. Neste sentido, é emitida uma NT pela UGA, através do SIGLIC, na qual se encontra uma listagem de todas as entidades públicas disponíveis para realizar a cirurgia, ficando o utente responsável por selecionar apenas uma e marcar a cirurgia junto dessa entidade escolhida (UCGIC, 2011a).

Em situações em que o HO não realiza a cirurgia até aos 50% do TMRG e verifica que o utente não cumpre critérios clínicos e/ou sociais para ser transferido, este é classificado como intransferível. Nestas situações, há o compromisso de dar resposta até aos 100% do TMRG e o utente tem que dar o seu consentimento formalizado (UCGIC, 2011a).

Quando não há hospital do SNS ou equiparado, não ocorre emissão de NT, pelo que aos 75% do TMRG é emitido pela UGA um VC no qual consta uma listagem de várias entidades (do setor público, privado ou social) que se encontram capazes de realizar a cirurgia, estando o utente habilitado a escolher um hospital do SNS ou uma entidade convencionada no âmbito do SIGIC e seguidamente marcar a cirurgia diretamente com a entidade escolhida. O utente pode ainda escolher uma entidade do setor privado ou social que não conste do VC desde que tenha convenção SIGIC com a ARS da sua respetiva região, esteja autorizada por esta para a realização desses procedimentos cirúrgicos e não tenha os serviços bloqueados à data por tempos de espera excessivos. Nestas circunstâncias o utente assume as despesas de transporte (UCGIC, 2011a).

Na eventualidade do utente recusar a transferência para outra instituição hospitalar, é necessário o envio da recusa formalizada para a UGA ou URGA, de forma a salvaguardar a sua inscrição e posição em LIC no seu HO. Neste caso, aos 100% do TMRG é emitido novamente um VC, podendo o utente aceitar ou recusar a transferência. Caso recuse o VC, o utente permanece na LIC do HO e mais tarde poderá contactar com a ARS da sua região para a emissão de um vale adicional (UCGIC, 2011a).

A finalização do processo termina com a saída do utente da LIC, correspondendo a data de saída em LIC à data da realização da intervenção cirúrgica num HO ou HD. Porém, caso ocorra perda de indicação cirúrgica, desistência do utente ou óbito, o episódio é retirado da LIC sem ter sido realizada a intervenção cirúrgica. (UCGIC, 2011a; ERS, 2014).

Nos casos de ocorrência da transferência do utente para outra entidade hospitalar, o HD assume a responsabilidade dos tratamentos e intercorrências até à alta hospitalar. Após a alta hospitalar e na eventualidade de ter ocorrido complicações no tratamento cirúrgico, o HD presta auxílio técnico de modo a garantir a segurança e bem-estar do utente até um prazo máximo de 60 dias. Os restantes tratamentos e consultas que se venham a realizar após esta data serão assumidos pelo HO (UCGIC, 2011a).

### **3.4. RECUSA DE TRANSFERÊNCIA**

No âmbito do processo de funcionamento do SIGIC, a decisão de recusa de transferência resulta da vontade expressamente manifestada pelo utente em permanecer no HO.

Em resultado de um inquérito telefónico a 570 utentes pertencentes às cinco regiões de saúde do país, de modo a determinar quais os motivos de recusa de transferência de VC no 1.º trimestre de 2007, a UCGIC (2008) concluiu, relativamente à região Centro, que os motivos, por ordem decrescente de número de respostas obtidas, foram os seguintes: deslocar-se para fora da área de residência; recusa em mudar de médico ou de HO; indisponibilidade para usar NT/VC durante a sua validade; e défice de informação.

De acordo com a UCGIC (2008), constatou-se que a justificação de recusa dada pelo deslocamento para fora da área de residência foi frequentemente mencionada devido à frequência com que a localização das instituições referenciadas no VC ultrapassam o perímetro geográfico da residência do utente, o que induz a uma dificuldade acrescida em deslocar-se caso tenha uma idade avançada ou limitações físicas, sociais e económicas. Por outro lado, a sua resistência em sair do perímetro geográfico do HO poderá também dever-se à recusa em permanecer afastado dos seus familiares (principalmente se o utente for idoso) e aos possíveis custos da ausência ao trabalho suportados pelos familiares, que poderão ser mais elevados caso o HD seja mais distante.

A justificação dada pela recusa em não querer mudar de médico ou de HO recai nas situações em que há uma confiança e preferência pelo médico proponente do procedimento cirúrgico, pela equipa cirúrgica ou pelo contexto hospitalar do seu HO, devido à vivência de experiências positivas no passado. Também é referida a ansiedade e insegurança pelo desconhecimento dos recursos humanos e materiais que compõe o HD. Por outro lado, quando a cirurgia em causa corresponde a uma intervenção corretiva de uma

cirurgia realizada anteriormente no HO, os utentes preferem que esta seja realizada na mesma entidade hospitalar (UCGIC, 2008).

A recusa devido à indisponibilidade para usar VC/NT durante a sua validade é gerada pelo receio da intervenção cirúrgica e do pós-operatório, pela perceção de melhoria do estado de saúde entre o momento da elaboração da proposta até à receção do VC/NT, ou decorrente do aconselhamento pelo médico após consulta e avaliação do estado de saúde do utente. Esta justificação pode também decorrer de motivos pessoais tais como a dependência de terceiros a seu cargo ou a escolha em não interromper a sua atividade profissional devido à sua atual situação económica e familiar (UCGIC, 2008). É também possível a recusa baseada em motivos clínicos, em situações em que o utente se encontra a realizar um tratamento que impeça a realização da cirurgia (UCGIC, 2011a).

O défice de informação, é referido como justificação em situações em que há falta de esclarecimento por parte do utente na tomada de decisões ou, no caso em que solicita um eventual esclarecimento junto de profissionais de saúde e estes não fornecem uma informação clara e adequada. Por outro lado, é englobada nesta justificação, a má interpretação da carta que acompanha o VC e que visa esclarecer as implicações de recusa e de aceitação da mesma (UCGIC, 2008).

## **4. ESTUDO EMPÍRICO**

Neste capítulo é apresentada a problemática que motiva a realização do presente estudo e as questões e objetivos de investigação. Seguidamente, são apresentadas as opções metodológicas, fazendo-se referência ao tipo de estudo e ao método de recolha e de análise dos dados, e os resultados obtidos.

### **4.1. DESCRIÇÃO DO PROBLEMA: REDEFINIÇÃO DOS TMRG**

No âmbito do modelo de governação SIGA SNS foi criada uma nova política de saúde definida pela Portaria n.º 153/2017 de 4 de maio, com efeitos a partir de 1 de janeiro de 2018 e implementação progressiva, e que consiste na redefinição dos TMRG para todo o tipo de prestações de saúde sem carácter de urgência. O motivo da implementação desta política prende-se com a melhoria do acesso atempado do utente aos cuidados de saúde (em todos os estabelecimentos do SNS e em todos aqueles que tenham celebrado convenções com o SNS) de forma a torná-lo mais célere, e de modo a não comprometer o seu estado de saúde, principalmente no acesso a cuidados de saúde programados. Por outro lado, introduz-se o reforço do direito à informação do utente, na medida em que passa a ter o direito de ser informado pelos prestadores sobre a capacidade de resposta do estabelecimento do SNS no qual se encontra, alertando-o no caso em que se verifique que esta resposta não seja adequada e no caso em que se preveja que haja incumprimento dos TMRG nos cuidados de saúde que o utente necessita (Portaria n.º 153/2017, 4 de maio).

Com esta nova política, apesar dos TMRG para patologia oncológica se manterem inalterados, houve alterações dos TMRG ao nível dos cuidados cirúrgicos com patologia geral de prioridade normal, na qual se verificou uma redução dos TMRG de 270 dias para 180 dias e são definidos pela primeira vez TMRG para patologia cardíaca, tal como se pode observar na Tabela 2.

A alteração dos anteriores TMRG da patologia geral de prioridade normal para os definidos recentemente foi realizada a nível nacional no ano 2018, de forma progressiva no SIGLIC até alcançar os valores definidos pela Portaria n.º 153/2017 de 4 de maio. A alteração progressiva foi feita pela seguinte ordem cronológica:

- Tempo de transferência do VC a 01/05/2018 = 165 dias;
- Tempo de transferência do VC a 01/06/2018 = 150 dias;

- Tempo de transferência do VC a 01/07/2018 = 135 dias (correspondente a 75% de 180 dias);
- Tempo de transferência da NT a 01/07/2018 = 135 dias;
- Tempo de transferência da NT a 01/08/2018 = 105 dias;
- Tempo de transferência da NT a 01/09/2018 = 90 dias (correspondente a 50% de 180 dias).

**Tabela 2:** TMRG para os cuidados hospitalares cirúrgicos programados, estabelecidos pela Portaria n.º 153/2017 de 4 de maio, Diário da República, 1.ª Série.

Nível de prioridade clínica	Grupo de patologia	TMRG em dias consecutivos
P1- Normal	Geral	180
	Doença Cardíaca	90
	Oncologia	60
P2 - Prioritário	Geral	60
	Doença Cardíaca	45
	Oncologia	45
P3 – Muito prioritário	Geral	15
	Doença Cardíaca	15
	Oncologia	15
P4 – Urgência diferida	Geral	3
	Doença Cardíaca	3
	Oncologia	3

Fonte: Elaboração própria.

Face aos objetivos pretendidos por esta política, importa colocar as seguintes questões: a redução dos TMRG pode não garantir uma redução da lista de espera cirúrgica, pois quando se prevê que não se consegue responder aos cuidados de saúde que o utente necessita dentro do TMRG estabelecido para a sua patologia, é necessário ter em consideração que dada a liberdade de escolha do utente, este poderá recusar a transferência para um HD e decidir permanecer na lista de espera do seu HO.

Neste sentido, face a uma redução do TMRG de uma cirurgia programada de prioridade normal de 9 meses para 6 meses, ocorre uma antecipação no recebimento de NT e VC, o qual ocorre aos 3 meses e 4 meses e meio, respetivamente. Perante um menor período de tempo de espera para este tipo de cirurgia, que não se assume como urgente, o utente ao estar sujeito a um menor período de tempo de espera até ao recebimento da NT/VC, poderá considerar que, se permanecer na LIC do seu HO irá estar também sujeito a um curto tempo de espera até à realização da sua cirurgia, o que não irá colocar em causa o

agravamento da sua situação clínica. Esta realidade poderá levá-lo a desejar permanecer na LIC do seu HO, reforçando qualquer uma das justificações inerentes à recusa de transferência para outra entidade hospitalar, traduzindo-se num aumento de utentes em LIC no HO.

Deste modo, com este relatório pretende-se analisar o comportamento das recusas de NT/VC por parte dos utentes que aguardam intervenção cirúrgica no seguimento da redefinição dos TMRG, identificando quais os fatores de risco associados à recusa, permitindo assim contribuir para um futuro desenho de medidas com vista ao aumento da eficácia desta nova política na redução das listas de espera cirúrgicas.

## **4.2. METODOLOGIA**

De modo a permitir uma comparação da evolução das emissões e recusas de NT/VC antes e após a redefinição dos TMRG, foi adotado um período de análise correspondente a dois anos, o qual está compreendido entre o 3.º trimestre de 2016 e o 3.º trimestre de 2018.

Para o desenvolvimento do relatório, recolheram-se diferentes dados para o período de tempo referido anteriormente e respeitantes apenas à região Centro: número de NT/VC emitidos mensalmente (cuja extração foi efetuada pela ACSS, IP), número de NT/VC cancelados (cuja fonte de dados foi o SIGLIC) e o número de episódios que se encontram em espera atualmente para receber o tratamento cirúrgico (cuja extração foi efetuada pela ARSC, IP no dia 4 de outubro de 2018).

A base de dados inicial de NT/VC cancelados é composta por 48313 episódios, sendo constituída pelos seguintes elementos: HO, serviço no HO, número do processo de origem, número da posição que ocupa na LIC do HO, número do VC, motivo de cancelamento e data de cancelamento. Uma vez que os dados desagregados por serviços são pouco recomendados para uma análise comparativa entre hospitais (pelo facto de não existir uma parametrização normalizada de serviços transversal às entidades hospitalares), decidiu-se fazer uma análise por especialidade. Para isso, decidiu-se atribuir a cada episódio de cancelamento a respetiva especialidade do HO, cuja informação foi obtida através do SIGLIC.

Em relação aos motivos de cancelamento, de forma a facilitar as análises posteriores, decidiu-se agregar os dados referentes aos vários erros administrativos e classificá-los como “Erro Administrativo”, repetindo-se o mesmo raciocínio relativamente

às várias situações em que o utente foi operado, classificando-as como “Já operado”. Dado que os cancelamentos de episódios efetuados com o motivo “A pedido do utente” têm subjacente a manifestação do utente em recusar a transferência, estes foram incorporados no motivo de “Recusa transferência”. Uma vez que o motivo de cancelamento consiste numa variável essencial para o desenvolvimento do relatório, indica-se de seguida em que consiste cada motivo:

- **Desistência:** o utente desiste da realização da cirurgia devido a motivos pessoais, o qual sai da LIC do seu HO (UCGIC, 2011a);
- **Devolução dos CTT:** ocorre quando não é recebida uma resposta do utente até à expiração do VC devido a um motivo registado pelos correios (UCGIC, 2011a);
- **Erro administrativo:** erros administrativos no processo de transferência, que ocorrem na UGA, no HO e no HD e que tornam inviável o uso do VC (UCGIC, 2011c);
- **Já operado:** engloba situações em que o utente pode ter sido operado no HO (imediatamente antes e depois da transferência ou no momento anterior ou posterior à consulta de avaliação no HD, tendo a cirurgia sido realizada noutra episódio terapêutico do utente), operado de urgência (quando a cirurgia é realizada no HO no decorrer de um serviço de urgência) e operado noutra instituição (UCHIC, 2011c);
- **Não existe HD disponível:** no decorrer da avaliação pré-operatória, o HD pode concluir que não tem a capacidade técnica necessária para realizar a cirurgia, podendo esta situação ocorrer quando o utente necessita de suporte peri-operatório que não consta na proposta cirúrgica ou quando o HD perde, num determinado momento, a capacidade técnica (UCGIC, 2011b);
- **Óbito:** quando ocorre o falecimento do utente enquanto aguardava a realização da cirurgia no HD;
- **Proposta não adequada ao utente:** no decorrer da avaliação pré-operatória, o HD pode considerar que os procedimentos presentes na proposta não se adequam à situação clínica do utente propondo ao HO a realização de outros procedimentos adicionais (UCGIC, 2011b);
- **Recusa transferência<sup>6</sup>**
- **Sem indicação cirúrgica:** ocorre quando, na avaliação pré-operatória, o HD considera que o utente já não apresenta a indicação cirúrgica proposta, procedendo à devolução do episódio do utente ao HO (UCGIC, 2011b);

---

<sup>6</sup> Ver subcapítulo 3.4 “Recusa de transferência”.

- **Uso indevido do utente:** Atributo utilizado pela URGA quando o utente deixa expirar a NT/VC (isto é, não recusa/cativa a NT/VC). O documento está expirado, mas administrativamente ainda se encontra ativo no SIGLIC pelo que permite a atribuição de uma classificação por parte da URGA;
- **Utente sem condições operatórias:** ocorre quando, na avaliação pré-operatória, o HD verifica a existência de fatores clínicos que podem colocar em causa o correto funcionamento da cirurgia (UCGIC, 2011b);
- **NT/VC expirado:** Atributo automático atribuído pelo SIGLIC quando o utente deixa expirar a NT/VC (isto é, não recusa/cativa a NT/VC).

A base de dados inicial que contém os episódios que se encontram em espera atualmente para receber o tratamento cirúrgico é composta por 47857 episódios. Cada episódio compreende informação respeitante a todo o processo clínico do utente: número do processo de origem, número do processo de destino, data de inclusão, prioridade, idade do utente, sexo, HO, HD, número da LIC de origem, número da LIC de destino, serviço no HO, serviço atual, código de intervenção e sua respetiva designação, modalidade de cirurgia (convencional ou ambulatório), código da patologia, patologia, tempo de espera (em meses), estado atual do utente, data de agendamento, localidade do utente, código do grupo de extração e sua respetiva descrição, código do grupo nosológico e sua respetiva descrição, médico proponente e GDH.

Dado que não se solicitou, à Comissão de Ética, autorização para a identificação da designação das entidades hospitalares aquando a apresentação dos resultados, optou-se por atribuir siglas a cada HO e HD presentes nas bases de dados referentes às NT/VC cancelados e aos episódios em LIC, de modo a não permitir a sua identificação.

Face aos novos valores dos TMRG definidos para cada patologia e nível de prioridade, e perante o tempo de espera e nível de prioridade para cada episódio clínico indicado nesta base de dados, determinou-se em que estádio de tempo de espera se encontra cada episódio: inferior a 50%, igual ou superior a 50% e inferior a 75%, igual ou superior a 75% e inferior a 100%, ou superior a 100% do TMRG. Dado que a informação disponibilizada pelo serviço no HO e pelo serviço atual têm diferentes designações entre hospitais para o mesmo serviço em causa, de modo a facilitar as análises posteriores optou-se por acrescentar para cada episódio clínico informação relativa à especialidade de origem e especialidade no qual se encontra registado atualmente.

De modo a identificar, dentro dos episódios que aguardam resolução cirúrgica, quais os que já foram cancelados por um motivo de recusa, procedeu-se em primeiro lugar

à identificação dos episódios que foram cancelados por um qualquer motivo de cancelamento à exceção do motivo “Recusa transferência”. Para isso associou-se o número da LIC de origem presente na base de dados de NT/VC cancelados ao número da LIC de origem presente na base de dados dos episódios que aguardam resolução cirúrgica. Se para cada episódio os números das LIC coincidiam, atribuiu-se o valor 1 (o que indica que houve cancelamento do vale) e se fossem diferentes atribuiu-se o valor 0 (o que indica que o utente pode ter aceite o vale ou se encontra na LIC do HO). Seguidamente, eliminaram-se todos os episódios que se referiam a todos os motivos de cancelamento que não são foco de análise neste relatório. Na base de dados dos NT/VC cancelados extraíram-se os números da LIC de origem apenas para o motivo “Recusa transferência”, os quais se associaram à base de dados dos episódios que aguardam resolução cirúrgica, repetindo-se novamente o processo anterior e atribuindo-se, neste caso, o valor 1 aos episódios que tenham sido cancelados devido à recusa do utente. Após estas alterações, a base de dados dos episódios que se encontram em espera para cirurgia reduziu-se para 45250 episódios onde foi possível distinguir quais os episódios onde ocorreram recusa transferência e aceitação da NT/VC.

Para a análise inicial da informação extraída realizaram-se estatísticas descritivas de modo a aferir a evolução trimestral do número de recusas de NT/VC face aos números emitidos para todo o período de análise, pelo que se calculou para cada trimestre o número total de NT/VC emitidos, o número total de NT/VC cancelados (considerando todos os motivos de cancelamento) e a percentagem de recusas face aos NT/VC emitidos. Com a informação do número de NT/VC recusados em cada trimestre, analisou-se a sua evolução para cada HO e determinou-se a sua taxa de variação para períodos homólogos (ou seja, a taxa de variação registada num trimestre relativamente ao mesmo trimestre do ano anterior). Por fim, determinou-se a percentagem de recusas registada em cada especialidade relativamente ao total de recusas registado em cada trimestre, de modo a aferir quais as especialidades que registam um número mais elevado de recusas de transferência e consequentemente a um maior número de utentes que aguardam a realização da cirurgia.

De modo a identificar fatores de risco presentes na decisão de recusa de NT/VC, foi desenvolvida uma metodologia quantitativa que tem por base os episódios que se encontram em espera atualmente para receber o tratamento cirúrgico, os quais foram introduzidos no *software* SPSS 25.0. Dado que são os familiares e não o próprio utente os responsáveis pela decisão de recusa quando o episódio em causa pertence a um utente com idade inferior a 18 anos, todos estes episódios foram eliminados. Por outro lado, considerou-se que os episódios cujo tempo de espera é inferior a 50% do TMRG não estão sujeitos à

recusa do utente dado que não há recebimento de NT/VC, pelo que foram também eliminados. Os episódios classificados com o nível de prioridade “urgência diferida” foram também eliminados, dado que não eram significativamente representativos (consistiam em 16 episódios da amostra inicial). Optou-se ainda por identificar o perfil de recusas nos períodos anterior e posterior à redefinição dos TMRG, pelo que se criou uma variável *dummy*, designada por “*Ano\_inclusão\_LIC*”, referente ao ano de inclusão em LIC, relativamente à qual se atribuiu o valor “1” para datas de inclusão em LIC respeitantes ao ano 2018 e o valor “0” para datas de inclusão em LIC para anos anteriores a 2018. Após estas alterações, a amostra final é constituída por 27573 episódios.

Escolheu-se como variável dependente a recusa de transferência e no que diz respeito às variáveis explicativas, de entre as disponíveis, escolheram-se as variáveis sociodemográficas (sexo e idade) e variáveis relativas ao processo clínico do utente cuja informação pudesse ser agregada para facilitar a identificação das características subjacentes aos episódios de recusa. Estas últimas variáveis dizem respeito ao nível de prioridade, HO, HD, modalidade da cirurgia a realizar, especialidade e a ano de inclusão em LIC. A variável dependente e as variáveis explicativas encontram-se descritas na Tabela 3, na qual é também apresentada a sua média, de modo a permitir a caracterização da amostra e identificar a representatividade de cada variável.

Para as variáveis referentes à idade foram estabelecidas faixas etárias de modo a analisar quais as faixas etárias onde ocorre maior risco de recusa.

A variável “*Normal*” diz respeito aos utentes cuja cirurgia foi classificada com prioridade normal, sendo o nível de prioridade mais frequente. A variável “*Prioritário\_MP*” engloba as prioridades prioritária e muito prioritária, e dado que quando consideradas isoladamente são pouco representativas, optou-se pela sua agregação.

Foram criadas variáveis individuais para cada HO e para o caso da modalidade de cirurgia, criaram-se duas variáveis individuais respeitantes à cirurgia convencional “*Cirurgia\_convencional*” e à cirurgia de ambulatório “*Cirurgia\_ambulatório*”.

Quanto aos HD, optou-se por considerar variáveis individuais para o HD\_3 e HD\_10 dado serem os hospitais com maior representatividade. Dado o número substancial dos restantes HD existentes e a sua baixa representatividade, procedeu-se à sua agregação consoante a sua pertença ao setor público, privado e social (“*HD\_Público*”, “*HD\_Privado*” e “*HD\_Social*” respetivamente).

Procedeu-se de igual forma para o caso da especialidade, em que se considerou variáveis individuais para a cirurgia geral, oftalmologia e ortopedia (“*Esp\_cirurgia\_geral*”, “*Esp\_ofthalmologia*”, e “*Esp\_ortopedia*”) dado serem as especialidades com maior representatividade, agregando-se as restantes na variável “*Esp\_outras*” que engloba as seguintes especialidades: cardiologia, cirurgia cabeça e pescoço, cirurgia cardiotorácica, cirurgia maxilo-facial, cirurgia pediátrica, cirurgia plástica, cirurgia torácica, cirurgia vascular, dermatologia, estomatologia, gastroenterologia, ginecologia, neurocirurgia, obstetrícia, otorrinolaringologia, transplantação hepática pediátrica e de adultos, unidade de queimados, unidade tratamento cirúrgico da obesidade, e urologia.

Assim, esta metodologia quantitativa assenta numa regressão logística múltipla na qual se considerou, para cada tipo de variável explicativa, uma dada categoria de referência (informação disponibilizada na Tabela 4). Os resultados da regressão logística são apresentados sob a forma de *Odds-Ratio*, que consiste num indicador que permite a comparação do risco de um dado evento ocorrer (neste caso, a recusa de NT/VC) num grupo em relação a outro. Na interpretação, conclui-se que se o *Odds-Ratio* assume valor unitário, não existe diferença entre os dois grupos. Se o *Odds-Ratio* for superior (inferior) a um, significa que o risco é superior (inferior) face ao grupo de referência.

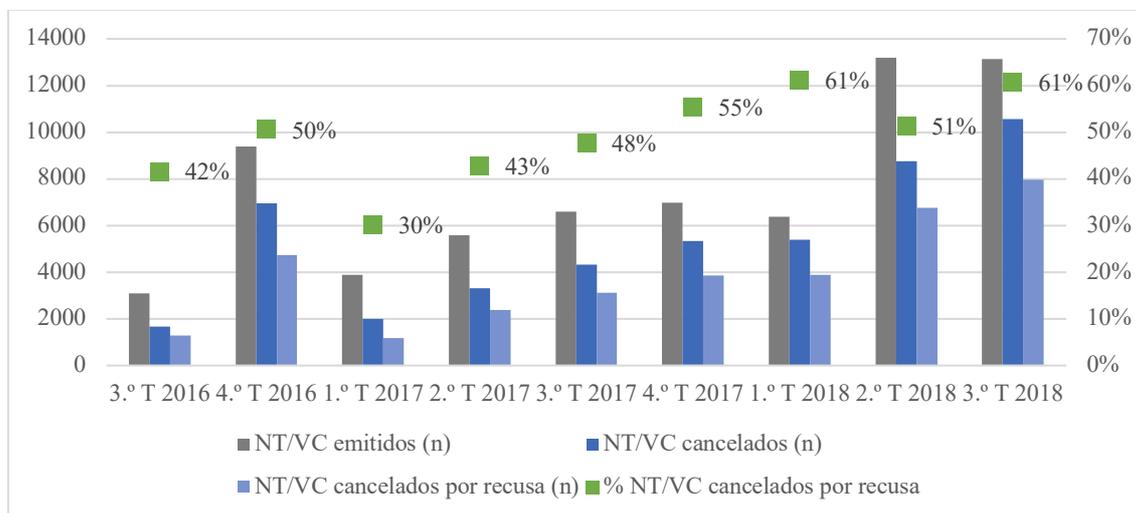
### 4.3. RESULTADOS

Tal como evidenciado no gráfico 1, no início do período de análise até ao 1.º trimestre de 2018 (à exceção do 4.º trimestre de 2016, no qual se registou um aumento atípico do número de emissões de NT/VC) assistiu-se a um aumento gradual do número de NT/VC emitidos, registando-se no 2.º trimestre de 2018 o valor mais elevado do número de emissões, cujo valor se apresenta relativamente constante no 3.º trimestre de 2018. Porém, verifica-se para cada trimestre, que mais de metade dos vales emitidos têm como destino final o seu cancelamento.

Ao longo de cada trimestre, a recusa de transferência do utente têm assumido uma proporção crescente dentro dos motivos de cancelamento, tal como se pode observar pela percentagem de recusas de NT/VC. Apesar de no 3.º e 4.º trimestre de 2016 se ter registado uma percentagem de recusas de NT/VC na ordem dos 42% e 50% respetivamente, antes do 1.º trimestre de 2018, a percentagem de recusas assumiu uma evolução crescente, assumindo o valor mais baixo do período em análise no 1.º trimestre de 2017 (30%). No 1.º trimestre

de 2018, regista-se um pico de percentagens de recusas (61%), verificando-se um pequeno decréscimo no 2.º trimestre de 2018 (51%), restabelecendo os seus valores no 3.º trimestre de 2018 (61%).

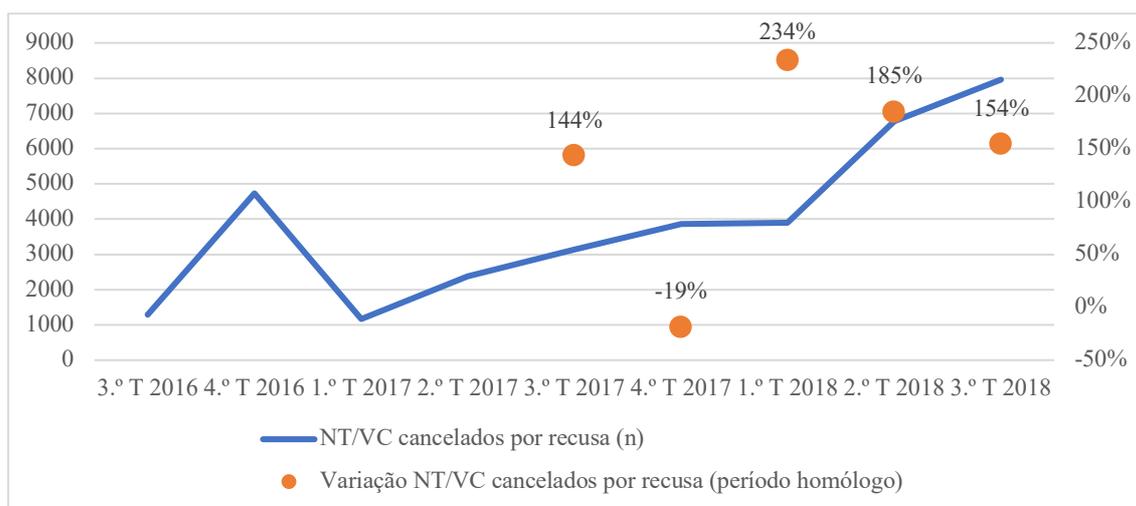
**Gráfico 1:** Evolução da percentagem de NT/VC cancelados por recusa.



Fonte: elaboração própria.

O aumento acentuado de recusas de NT/VC registados no 1.º trimestre de 2018 e a sua permanência em valores elevados nos dois trimestres seguintes é demonstrado também no gráfico 2. De facto, através da análise das taxas de variação de recusas de NT/VC entre períodos homólogos, verifica-se que a taxa de variação registada no 1.º trimestre de 2018 assume o valor mais elevado do período em análise (234%). No 1.º trimestre de 2017 inicia-se um aumento gradual de recusas, pelo que se regista nos últimos dois trimestres um decréscimo da taxa de variação de recusas para 185% e para 154% no 2.º e 3.º trimestre de 2018 respetivamente.

**Gráfico 2:** Taxa de variação de vales cancelados por recusa entre períodos homólogos.



Fonte: elaboração própria.

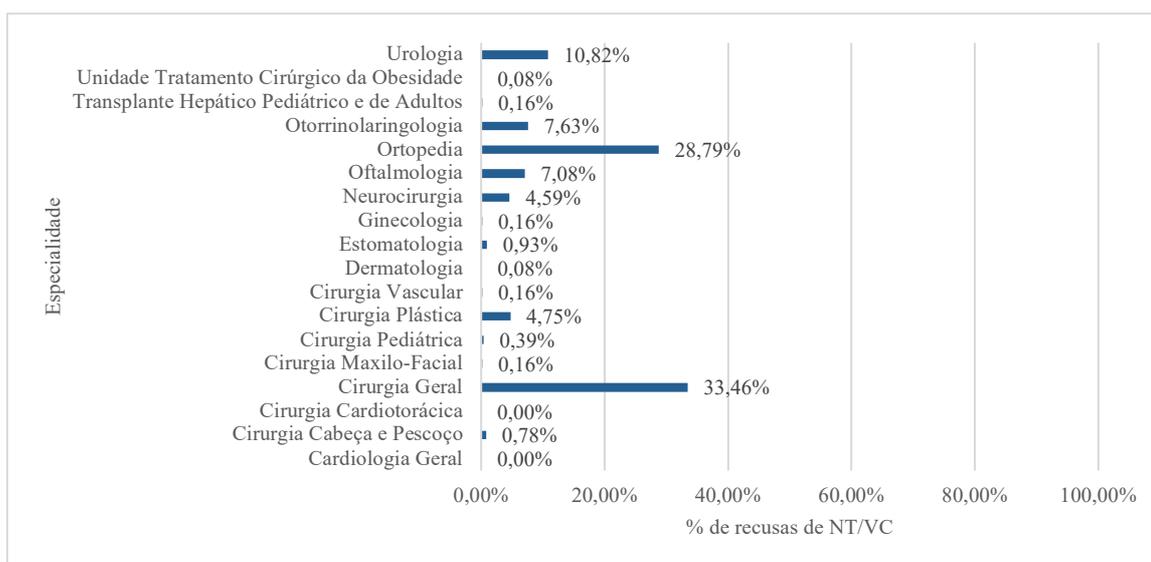
Numa análise relativa a cada HO (gráfico A.1 em anexo), regista-se na generalidade um aumento gradual do número de recusas a partir do 1.º trimestre de 2017. Contudo, o acentuado aumento de recusas registado no 1.º trimestre de 2018 não se manifestou de igual forma em todos eles, dado que no 1.º trimestre de 2018 se regista o aumento acentuado de recusas para o HO\_3 e HO\_10 enquanto nos restantes HO verifica-se um aumento de recusas menos significativo.

Relativamente às recusas de transferência registadas em cada especialidade no 3.º trimestre de 2016, a Cirurgia Geral foi a que registou a uma maior percentagem de recusas de NT/VC (33,46%), seguindo-se a Ortopedia e a Urologia com 28,79% e 10,82% de recusas respetivamente (gráfico 3).

Ao fim de dois anos (gráfico 4), é a Ortopedia a especialidade que apresenta uma percentagem de recusas mais elevada (27,15%), seguindo-se a Oftalmologia a qual regista um aumento acentuado para 26,19%, enquanto que no 3.º trimestre de 2016 esta representava apenas 7,08% de recusas. A Cirurgia Geral sofre uma diminuição para 20,27% e a Otorrinolaringologia sofre um ligeiro aumento de 7,63% (no 3.º trimestre de 2016) para 11,30%, no 3.º trimestre de 2018.

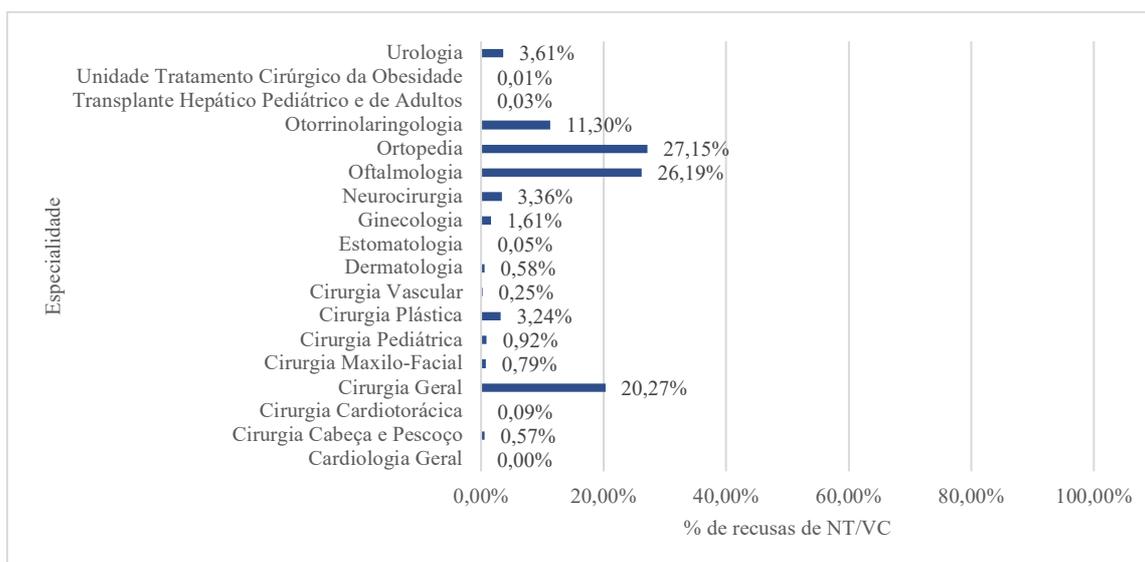
Nos períodos compreendidos entre os 3.º trimestres de 2016 e 2018, as especialidades de Ortopedia, Cirurgia Geral, Oftalmologia e Otorrinolaringologia são as que registam os valores mais elevados de percentagem de recusa, os quais variam ligeiramente ao longo de cada trimestre (ver gráficos A.2 a A.8 em anexo).

**Gráfico 3:** Percentagem de recusas por especialidade no 3.º trimestre de 2016.



Fonte: elaboração própria.

**Gráfico 4:** Percentagem de recusas por especialidade no 3.º trimestre de 2018.



Fonte: elaboração própria.

Relativamente à amostra de utentes que aguardam atualmente por uma cirurgia, a recusa apresenta uma média de 31%, o que significa que 31% dos utentes encontram-se em espera no seu HO por terem recusado NT/VC (Tabela 3).

Quanto às características sociodemográficas dos utentes da amostra, a maioria dos utentes são do sexo feminino, dado que 41,80% são do sexo masculino. À medida que a idade aumenta dos 18 aos 74 anos, aumenta o número de utentes em espera para a realização

da cirurgia, uma vez que a média das faixas etárias para estas idades vai aumentando (com exceção dos utentes com idades compreendidas entre os 45 e 54 anos). Contudo, na faixa etária compreendida entre os 75 e 84 anos há uma diminuição da média de utentes para 21,93%, registando-se o valor mais baixo para o caso de utentes com idade superior a 85 anos (cuja média é apenas 4,84%).

O nível de prioridade das cirurgias aguardadas está classificado maioritariamente como normal (94,75%), enquanto as cirurgias prioritárias e muito prioritárias apresentam uma média de apenas 5,10%. Por outro lado, a maioria das cirurgias aguardadas são do tipo convencional (52,28%), estando as restantes classificadas como ambulatório.

Os HO que registam um maior número de utentes que aguardam cirurgia são o HO\_10 (35,92%) e o HO\_3 (26,13%). Quanto aos HD, estes dois hospitais referidos anteriormente permanecem com uma representatividade elevada (32,99% para o HD\_10 e 24,60% para o HD\_3). Porém, não considerando estes dois HD, no ato de transferência regista-se uma maior preferência dos utentes por hospitais pertencentes ao setor público (34,90%) comparativamente ao setor privado (5,21%) e ao setor social (2,30%). Em relação aos HD, convém ter em consideração que parte destes podem não se assumir como hospital escolhido no ato de transferência resultante da aceitação de NT/VC, mas sim como a mesma entidade hospitalar na qual o utente se encontrava (HO) caso tenha havido recusa.

A especialidade às quais pertencem o número de mais elevado de cirurgias aguardadas corresponde à oftalmologia (28,82%), seguindo-se a ortopedia (24,97%) e a cirurgia geral (18,98%). As restantes especialidades, quando consideradas em conjunto, correspondem a 27,23% da amostra.

Em relação ao ano de inclusão em LIC, verifica-se que a maioria dos utentes que se encontram em lista de espera para cirurgia foram incluídos no ano 2018 (73,64%).

**Tabela 3:** Definição da variável dependente e variáveis explicativas.

	Variável	Definição	Média
<b>Variável dependente</b>	<i>Recusa</i>	=1, se o utente recusa transferência, 0 caso contrário	0,31
	<i>sexo</i>	=1, se é do sexo masculino; 0 caso contrário	0,4180
<b>Variáveis explicativas</b>	Faixa etária		
	<i>idade_18_44</i>	=1, se tem idade compreendida entre os 18 e 44 anos; 0 caso contrário	0,1656
	<i>idade_45_54</i>	=1, se tem idade compreendida entre os 45 e 54 anos; 0 caso contrário	0,1320
	<i>idade_55_64</i>	=1, se tem idade compreendida entre os 55 e 64 anos; 0 caso contrário	0,1863
	<i>idade_65_74</i>	=1, se tem idade compreendida entre os 65 e 74 anos; 0 caso contrário	0,2485
	<i>idade_75_84</i>	=1, se tem idade compreendida entre os 75 e 84 anos; 0 caso contrário	0,2193
	<i>idade_85_mais</i>	=1, se tem idade igual ou superior a 85 anos; 0 caso contrário	0,0484
	Nível de prioridade		
	<i>Normal</i>	=1, se a cirurgia corresponde a prioridade normal; 0 caso contrário	0,9475
	<i>Prioritário_MP</i>	=1, se a cirurgia é prioritária ou muito prioritária; 0 caso contrário	0,0510
	Hospital Origem		
	<i>HO_1</i>	=1, se o HO é o HO_1; 0 caso contrário	0,0755
	<i>HO_2</i>	=1, se o HO é o HO_2; 0 caso contrário	0,0366
	<i>HO_3</i>	=1, se o HO é o HO_3; 0 caso contrário	0,2613
	<i>HO_4</i>	=1, se o HO é o HO_4; 0 caso contrário	0,0030
	<i>HO_5</i>	=1, se o HO é o HO_5; 0 caso contrário	0,0312
	<i>HO_6</i>	=1, se o HO é o HO_6; 0 caso contrário	0,0041
	<i>HO_7</i>	=1, se o HO é o HO_7; 0 caso contrário	0,0201
	<i>HO_8</i>	=1, se o HO é o HO_8; 0 caso contrário	0,0483
	<i>HO_9</i>	=1, se o HO é o HO_9; 0 caso contrário	0,0191

Variáveis explicativas	<i>HO_10</i>	=1, se o HO é o HO_10; 0 caso contrário	0,3592
	<i>HO_11</i>	=1, se o HO é o HO_11; 0 caso contrário	0,1412
	<i>HO_12</i>	=1, se o HO é o HO_12; 0 caso contrário	0,0004
	Hospital Destino		
	<i>HD_3</i>	=1, se o HD é o HD_3; 0 caso contrário	0,2460
	<i>HD_10</i>	=1, se o HD é o HD_10; 0 caso contrário	0,3299
	<i>HD_Público</i>	=1, se o HD é uma entidade do setor público (exceto HD_3 e HD_10); 0 caso contrário	0,3490
	<i>HD_Privado</i>	=1, se o HD é uma entidade do setor privado; 0 caso contrário	0,0521
	<i>HD_Social</i>	=1, se o HD é uma entidade do setor social; 0 caso contrário	0,0230
	Modalidade de cirurgia		
	<i>Cirurgia_convencional</i>	=1, se a cirurgia estiver proposta para regime convencional; 0 caso contrário	0,5228
	<i>Cirurgia_ambulatorio</i>	=1, se a cirurgia estiver proposta para regime de ambulatorio; 0 caso contrário	0,4772
	Especialidade		
	<i>Esp_cirurgia_geral</i>	=1, se a cirurgia corresponde à especialidade de cirurgia geral; 0 caso contrário	0,1898
	<i>Esp_ofthalmologia</i>	=1, se a cirurgia corresponde à especialidade de oftalmologia; 0 caso contrário	0,2882
	<i>Esp_ortopedia</i>	=1, se a cirurgia corresponde à especialidade de ortopedia; 0 caso contrário	0,2497
	<i>Esp_outras</i>	=1, se a cirurgia corresponde a uma especialidade que não seja cirurgia geral, oftalmologia e ortopedia; 0 caso contrário	0,2723
	Período anterior e posterior à redefinição dos TMRG		
	<i>Ano_inclusão_LIC</i>	=1, se a inscrição em LIC foi realizada em 2018; 0 caso contrário	0,7364

Fonte: elaboração própria.

Os resultados da regressão logística mostram que o modelo com as variáveis explicativas é estatisticamente diferente do modelo apenas com a constante (teste *Omnibus* dos coeficientes do modelo:  $\chi^2= 7684,314$ ;  $p<0,001$ ), sendo a percentagem de resultados corretamente previstos igual a 79,4%.

Quanto aos fatores associados ao risco de recusa, este é basicamente igual para homens e mulheres, como se constata pelos resultados apresentados na tabela 4, com o *Odds ratio* próximo da unidade, não sendo estatisticamente significativo.

**Tabela 4:** Análise da associação entre fatores de risco e a recusa de NT/VC.

Variável	Odds-Ratio	Intervalo de confiança (95%)		P-value
<i>sexo</i>	0,980	0,922	1,042	0,527
<i>Idade 45 54<sup>a</sup></i>	1,306	1,169	1,459	0,000
<i>Idade 55 64<sup>a</sup></i>	1,439	1,299	1,595	0,000
<i>Idade 65 74<sup>a</sup></i>	1,436	1,298	1,590	0,000
<i>Idade 75 84<sup>a</sup></i>	1,378	1,236	1,538	0,000
<i>Idade 85 mais<sup>a</sup></i>	1,319	1,114	1,562	0,001
<i>Prioritário MP<sup>b</sup></i>	1,518	1,329	1,733	0,000
<i>HO 1<sup>c</sup></i>	0,338	0,247	0,461	0,000
<i>HO 2<sup>c</sup></i>	3,479	2,583	4,687	0,000
<i>HO 3<sup>c</sup></i>	1,922	1,419	2,603	0,000
<i>HO 4<sup>c</sup></i>	0,000	0,000	-	0,997
<i>HO 5<sup>c</sup></i>	0,173	0,115	0,260	0,000
<i>HO 6<sup>c</sup></i>	0,313	0,149	0,659	0,002
<i>HO 7<sup>c</sup></i>	1,114	0,801	1,551	0,521
<i>HO 8<sup>c</sup></i>	1,135	0,843	1,530	0,404
<i>HO 9<sup>c</sup></i>	2,333	1,690	3,221	0,000
<i>HO 11<sup>c</sup></i>	2,064	1,576	2,703	0,000
<i>HO 12<sup>c</sup></i>	0,000	0,000	-	0,999
<i>HD 3<sup>d</sup></i>	1,788	1,311	2,437	0,000
<i>HD Público<sup>d</sup></i>	1,174	0,891	1,545	0,254
<i>HD Privado<sup>d</sup></i>	0,419	0,341	0,515	0,000
<i>HD Social<sup>d</sup></i>	0,345	0,257	0,464	0,000
<i>Cirurgia convencional<sup>e</sup></i>	1,288	1,194	1,389	0,000
<i>Esp oftalmologia<sup>f</sup></i>	0,517	0,464	0,575	0,000
<i>Esp ortopedia<sup>f</sup></i>	0,987	0,901	1,081	0,775
<i>Esp outras<sup>f</sup></i>	0,658	0,598	0,723	0,000
<i>Ano inclusão LIC</i>	0,143	0,134	0,153	0,000

Fonte: elaboração própria.

Nota: Foi considerado um nível de significância de 5%. Categorias de referência: <sup>a</sup> idade\_18\_44; <sup>b</sup> Normal; <sup>c</sup>HO\_10; <sup>d</sup>HD\_10; <sup>e</sup> Cirurgia\_ambulatorio; <sup>f</sup> Esp\_cirurgia\_geral.

Quanto às idades dos utentes, o risco de recusa de um utente que se encontra numa faixa etária compreendida entre os 45 e os 54 anos, é 1,306 vezes superior a um utente com idade compreendida entre os 18 e 44 anos, enquanto que os utentes cuja idade está compreendida entre os 55 e 64 anos, apresentam um risco de recusa 1,439 vezes superior aos utentes mais jovens. Após esta faixa etária, à medida que a idade aumenta, o risco de recusa relativamente à idade tomada como referência vai diminuindo, atingindo na faixa etária correspondente a idades iguais ou superiores a 85 anos, um risco de recusa 1,319 vezes

superior à idade de referência. Em todos estes casos os coeficientes são estatisticamente significativos.

O risco de recusa de uma cirurgia classificada com nível prioritário ou muito prioritário é 1,518 vezes superior a uma cirurgia à qual está atribuída uma prioridade normal, havendo uma diferença estatisticamente significativa.

Relativamente aos HO, o que apresenta um risco superior de recusa é o HO\_2, cujo valor é 3,479 vezes superior ao HO\_10, enquanto que o HO que apresenta o segundo risco de recusa mais elevado é o HO\_11, cujo valor é 2,064 vezes superior ao HO\_10, seguindo-se o HO\_3 com um risco de recusa 1,922 vezes superior. O HO\_7 e HO\_8 apresentam um risco de recusa cerca de 10% superior ao do HO\_10, mas em ambos os casos a diferença não é estatisticamente significativa. Relativamente ao HO\_4 e o HO\_12 não se registou qualquer recusa, sendo de qualquer modo duas instituições com uma representatividade muito baixa na amostra (cf. Tabela 3).

Relativamente aos HD, quando é o HD\_3 o risco de recusa é 1,788 vezes superior aos casos em que o HD é o HD\_10. Não considerando esta entidade hospitalar, conclui-se que o risco de recusa dos utentes com NT/VC para entidades hospitalares pertencentes ao setor público é 1,174 vezes superior ao HD\_10. As entidades pertencentes ao setor privado e social manifestam um risco de recusa 58% e 65% inferior ao HD\_10, respetivamente.

Uma cirurgia com modalidade convencional apresenta um risco de recusa 1,288 vezes superior à de ambulatório, existindo uma diferença estatisticamente significativa.

Quanto às especialidades que registam recusas de cirurgias, é a oftalmologia a especialidade que apresenta um risco de recusa menor comparado com o risco de recusa na cirurgia geral, ou seja, o risco baixa para metade. As outras especialidades registam um risco de recusa 35% inferior em relação à cirurgia geral, existindo uma diferença estatisticamente significativa. Já no caso da ortopedia, a evidência sugere que esta não se diferencia da cirurgia geral.

Por fim, para os episódios incluídos na LIC no ano 2018, o risco de recusa é cerca de 86% inferior aos episódios incluídos na LIC em anos anteriores, verificando-se uma diferença estatisticamente significativa.

## 5. DISCUSSÃO

Neste capítulo procede-se à discussão dos resultados obtidos, referindo-se as principais limitações enfrentadas no decorrer da sua realização.

Os resultados permitem verificar que a recusa de transferência se evidenciou sempre, ao longo do período em análise, como o motivo de cancelamento mais frequente, o que indicia que a maioria dos cancelamentos resultam da própria recusa do utente em ser transferido para outra entidade hospitalar apresentada na NT/VC, e da sua preferência em permanecer na LIC do seu HO.

A confirmar a preocupação manifestada pela ARSC, IP a transição para o ano 2018 está associada a um aumento do número de NT/VC recusados, cujos valores permanecem elevados durante os três trimestres de 2018 analisados. Esta situação poderá derivar não só pelo facto de ter ocorrido também em 2018 um acréscimo avultado de emissões de NT/VC, mas também da preferência do utente em permanecer na LIC do seu HO, dado o curto tempo de espera ao qual esteve sujeito até ser notificado para uma transferência. Assim poderá considerar que se permanecer na LIC do seu HO, aguardará pela sua cirurgia num curto período de tempo e dadas as vantagens que, por exemplo, atribui à localização do HO e ao respetivo contexto hospitalar, poderá reforçar a sua escolha em recusar a transferência.

Todavia, há que ter em conta que os novos TMRG foram aplicados não só para os utentes que foram incluídos em LIC no ano 2018, mas também para os que tenham sido incluídos em anos anteriores e que tenham atingido esses novos tempos. De facto, no seguimento da entrada em vigor desta política, todos os processos clínicos dos utentes que se encontravam em espera para cirurgia foram analisados novamente. Em determinados casos, um utente podia estar sujeito a um tempo de espera que cumpria o tempo considerado clinicamente aceitável à luz dos TMRG até então em vigor, mas com a implementação dos novos TMRG, poderia já se encontrar sujeito a um tempo de espera superior, pelo que se procedeu à emissão de uma NT/VC para estas situações. Esta gestão dos tempos de espera na transição dos utentes que já encontravam em LIC no período anterior à implementação dos novos TMRG poderá justificar os elevados valores de emissões de NT/VC registadas no 2.º e 3.º trimestres de 2018.

Fica ainda por explicar o aumento atípico (inferior ao registado em 2018) do número de emissões e recusas registados no 4.º trimestre de 2016. Indagámos sobre este resultado junto de colaboradores da ARSC, IP mas não se encontrou qualquer justificação para o sucedido.

Relativamente aos utentes que se encontram atualmente a aguardar a realização da sua cirurgia, apesar de se verificar que a maioria aceitou a transferência para outro HD, isso não significa à priori que a sua cirurgia já tenha sido realizada, dado à inexistência de informação que a comprove, o que constitui também uma limitação deste trabalho. Isto porque, no âmbito do recebimento da NT/VC, são apresentados possíveis HD com capacidade de responder atempadamente à cirurgia, acompanhados da indicação do tempo médio de espera ao qual o utente estará sujeito. Esse tempo varia entre os HD apresentados, os quais apresentam como condição a garantia de que não excedem o TMRG para o tipo de intervenção cirúrgica que o utente necessita. Caso o utente aceite a transferência, é introduzido na LIC do HD, no qual irá ocupar um número da LIC inferior à posição que ocupava no HO, de modo a salvaguardar o cumprimento dos TMRG.

Quanto ao sexo dos utentes que se encontravam em espera para realização cirúrgica à data da recolha dos dados, uma vez feito o controlo para outras variáveis na regressão logística, não se encontraram diferenças estatisticamente significativas. Isto implica que qualquer medida no sentido de reduzir as recusas não necessita de discriminar pelo sexo dos utentes.

Em relação à idade dos utentes, são os idosos que registam um maior risco de recusa relativamente aos jovens, sendo que este risco é mais elevado para a faixa etária compreendida entre os 55 e 64 anos. Este resultado está de acordo com o enunciado pela UCGIC (2008), relativamente ao facto de cada justificação de recusa ser maioritariamente utilizada pela população idosa. Porém, a diminuição do risco de recusa registada em idosos com idades iguais ou superiores a 65 anos poderá justificar-se não só pela sua menor representatividade na amostra, mas também pela necessidade de se aceitar o NT/VC de modo a serem transferidos para não colocar em causa a sua saúde nem o sucesso do tratamento que necessitam, dada a vulnerabilidade resultante da sua idade avançada, tal como referido por Borowitz, Moran e Siciliani (2013b). Uma vez que o conjunto de utentes com idades iguais ou superiores a 55 anos apresenta uma elevada representatividade da amostra e perante o crescente envelhecimento da população portuguesa, o elevado fator de risco para o caso dos idosos poderá provocar um aumento de utentes em lista de espera cirúrgica na região Centro e um agravamento da sua saúde.

Em relação ao processo clínico dos utentes em LIC, são as cirurgias classificadas com nível prioritário ou muito prioritário as que registam um risco de recusa superior. Este resultado poderá justificar-se pelo facto dos HO darem resposta mais atempada a prioritários e muito prioritários, dado que a regra de agendamento de cirurgias considera em primeiro

lugar a prioridade, e só depois a antiguidade de inscrição em LIC (UCGIC, 2011a). Apesar de já ter sido ultrapassado pelo menos 50% do TMRG, se o utente tiver sido, entretanto, informado pelo HO que a sua cirurgia será agendada em breve por ser prioritário ou muito prioritário, ou se essa for a expectativa do utente, isso poderá ser um motivo para recusar a NT/VC. Por outro lado, um utente associado a um episódio prioritário e muito prioritário normalmente está associado a uma maior gravidade da situação clínica, pelo que é normal que recuse dada a sua maior confiança no tratamento feito pelo HO ou no médico proponente.

O risco de recusa na cirurgia convencional é superior à de ambulatório, assim, medidas que reforcem a prevalência da cirurgia de ambulatório poderão ao mesmo tempo contribuir para a redução de recusas. Nestas situações, dado que o utente não necessita de permanecer internado longe da sua residência, a relutância em se deslocar para outro hospital poderá ser atenuada.

Ao longo do período em análise as especialidades que registaram um maior número de recusas foram variando. No entanto, nos primeiros três trimestres de 2018, foi a ortopedia, a oftalmologia e a cirurgia geral que se destacaram com um maior número de recusas. Pelos resultados da análise de regressão verifica-se que a oftalmologia e as restantes especialidades, consideradas em conjunto, apresentam um risco de recusa inferior à cirurgia geral. Consequentemente, caso sejam pensadas medidas para reduzir as recusas, em função da especialidade cirúrgica, deverá ser dada atenção prioritária à cirurgia geral e ortopedia.

O facto do HO\_3 e HO\_10 apresentarem maior número de utentes que aguardam a realização cirúrgica, tal se pode dever à sua elevada dimensão ao nível de recursos materiais e humanos que detêm face às restantes entidades hospitalares, o que as tornam imprescindíveis para a resolução de patologias específicas. O risco de recusa evidenciado por cada entidade hospitalar em comparação com o HO\_10, conjugado com a sua importância em termos de percentagem de utentes em espera há pelo 50% do TMRG, sugere que o HO\_3 e em menor grau o HO\_11 merecem particular atenção. Pela sua dimensão, estas deverão ser entidades onde o utente deposita confiança quanto ao sucesso da prestação de cuidados cirúrgicos, preferindo assim esperar do que deslocar-se para outra zona e ser tratado por outra equipa. Dado que o HO\_3 detém o segundo valor mais elevado de utentes em espera por uma cirurgia, o risco de recusa de NT/VC poderá conduzir a um possível excesso de utentes em lista de espera cirúrgica nesta entidade hospitalar com um elevado impacto na região Centro.

O elevado risco de recusa evidenciado pelo HD\_3 e pelos hospitais do setor público (quando não consideram o HD\_3) que se assumem como HD, poderá justificar-se pela consciencialização do utente do elevado tempo de espera ao qual estará sujeito caso realizasse a cirurgia no HD\_3 ou HD pertencente setor público. No caso dos HD do setor privado ou social, o risco de recusa é menor. Aqui não é de excluir um efeito de autosseleção, ou seja, os utentes que escolhem estes hospitais são já menos propensos à recusa, privilegiando a resolução do seu problema o mais rapidamente possível face a outras vantagens como permanecer com a mesma equipa médica. De qualquer modo estas situações correspondem no seu conjunto a menos de 8% dos utentes em LIC.

Por fim, é de referir uma possível limitação da análise que decorre do facto de se assumir o cumprimento da lei, pelo que se considerou que todos os utentes que se encontravam à espera há pelo menos 50% do TMRG receberam uma NT/VC. Assim, algumas das recusas podem efetivamente não o ser, caso nem tenha sido dado ao utente a possibilidade de escolha entre ficar na lista do seu HO ou ser transferido para outra instituição.

## 6. ANÁLISE CRÍTICA DO ESTÁGIO

Este capítulo apresenta uma análise crítica das tarefas desenvolvidas durante o estágio, o qual descreve as principais dificuldades enfrentadas e as competências adquiridas que contribuíram para a formação profissional e pessoal, fazendo-se referência também ao contributo oferecido à ARSC, IP.

As principais dificuldades foram sentidas essencialmente nas primeiras semanas de estágio, com o primeiro contacto com a realidade da gestão do acesso aos cuidados cirúrgicos, nomeadamente na compreensão das fases que compõe o processo de validação de faturação: manuseamento das tabelas de preços base a aplicar a cada código de GDH presente na realização cirúrgica e dos cálculos necessários a efetuar para a obtenção do valor da cirurgia realizada. Convém realçar que o processo de cálculo do valor da cirurgia depende de vários fatores associados ao tipo de cirurgia em causa, para o qual foi imprescindível o conhecimento de procedimentos cirúrgicos e termos médicos que, até ao momento, eram totalmente desconhecidos.

Por outro lado, outra dificuldade coincidiu com o momento da alteração da codificação clínica de ICD-9-CM para ICD-10-CM, que ocorreu durante o período de estágio. Esta alteração consistiu não só numa nova codificação dos GDH e dos procedimentos cirúrgicos, mas também dos seus preços base e do processo de cálculo do valor da cirurgia, o que implicou uma nova aprendizagem. Todavia, após esta alteração, continuou a receber-se faturação da produção cirúrgica realizada pelos HD referente ao período anterior a esta alteração, pelo que foi necessário saber conjugar as duas codificações clínicas, apelando assim, a uma maior concentração e responsabilidade no processo de faturação.

Contudo, estas dificuldades foram superadas e tornaram possível adquirir competências para a formação profissional. Para o desempenho das tarefas recorreu-se ao *Microsoft Excel*, o que permitiu o aperfeiçoamento e a consolidação dos conhecimentos informáticos obtidos na Licenciatura em Economia. Para a correta execução das tarefas realizadas, foi facultado o acesso ao sistema informático SIGLIC, o que proporcionou o conhecimento do seu funcionamento e aplicabilidade.

Apesar do pouco contacto com a área da economia da saúde na componente letiva (à exceção da unidade curricular Economia Pública na Licenciatura, e Seminário de Investigação na componente letiva do Mestrado em Economia Financeira), esta sempre se

revelou numa área de especial interesse, a qual se intensificou com a experiência e aprendizagem obtida no decorrer do estágio.

A confiança que a equipa da URGA demonstrou na minha capacidade de desempenho das tarefas, fomentou a formação pessoal ao nível da autonomia e possibilitou o desenvolvimento de capacidades interpessoais relativas à exposição, ao diálogo, à argumentação e ao domínio informático. Acrescenta-se ainda a melhoria das competências de trabalho em equipa e o amadurecimento de conhecimentos adquiridos durante a formação académica.

Relativamente ao contributo individual oferecido à ARSC, IP, nomeadamente à URGA, incidiu em duas componentes: uma de vertente teórica e outra mais prática. Em primeiro lugar, o relatório desenvolvido permitiu analisar uma política de saúde recentemente implementada e ainda sem qualquer avaliação de resultados por parte das entidades de saúde. Este trabalho é de particular valor para a URGA porque permitiu consubstanciar com resultados as preocupações já expressas à UGA. Por outro lado, e incidindo agora na componente mais prática, o trabalho desenvolvido na validação de episódios cirúrgicos para efeitos de faturação foi muito importante não só porque permitiu o contacto com aspetos mais práticos da atividade da URGA, mas também porque a integração adequada neste processo possibilitou a resolução de 1199 episódios cirúrgicos.

## 7. CONCLUSÃO

No contexto do estágio realizado, o qual se inseriu no acesso aos cuidados cirúrgicos e, uma vez que a entidade de acolhimento tem como área de atuação a região Centro, decidiu-se analisar a eficácia da política de saúde, baseada na redefinição dos TMRG, relativamente ao seu impacto nas listas de espera cirúrgicas da região Centro. Os resultados obtidos demonstraram existir um elevado aumento de recusas de transferência no período posterior à entrada em vigor desta política. Uma vez que a recusa de transferência se assume como o motivo de cancelamento de NT/VC mais frequente em cada trimestre em análise, uma das justificações para esse aumento poderá derivar do aumento de emissões de NT/VC que se registaram neste mesmo período e da preferência do utente em permanecer na LIC do seu HO.

O aumento atípico de recusas de transferência poder-se-á revelar como um efeito não ponderado decorrente da redefinição dos TMRG, gerando alguns efeitos contraproducentes. Uma vez que o SIGIC garante, como princípio fundamental, a soberania do utente na decisão entre ser transferido para outro HD ou permanecer na LIC do seu HO, o aumento de recusas de transferência poderá provocar um acentuado desequilíbrio entre a procura e oferta de cuidados cirúrgicos, dado o conseqüente excesso de procura resultante da preferência do utente em permanecer no HO. Para além disso, os resultados da análise dos fatores de risco associados à recusa evidenciam um risco mais elevado essencialmente para a população idosa, para cirurgias classificadas como prioritárias ou muito prioritárias, para cirurgia geral e ortopedia, e para os HO que apresentam um número mais elevado de utentes em LIC.

Este desequilíbrio irá provocar um aumento da dimensão das listas de espera cirúrgicas e um aumento dos tempos de espera cirúrgicos que poderão contribuir em resultados contrários aos pretendidos por esta política de saúde: degradação do acesso aos cuidados cirúrgicos programados e agravamento do estado clínico do utente.

Uma vez que a temática em análise se refere a uma política recente, as suas conseqüências ao nível do funcionamento e concretização dos objetivos visados pelo SIGIC no âmbito da gestão das listas de espera cirúrgicas revelam ser ainda desconhecidas para os profissionais de saúde. Assim, como apoio à investigação, a principal limitação enfrentada decorreu da reduzida literatura atualizada e enquadrada na temática abordada.

A aplicação de uma metodologia qualitativa, complementar e baseada em entrevistas de *follow-up*, aos utentes da região Centro foi ponderada no âmbito da realização

deste relatório. Porém, o reduzido tempo disponível para a obtenção de autorização e a sua realização não o permitiu. Esta é uma via de investigação futura, com o objetivo de explorar em profundidade as razões subjacentes às recusas. O presente trabalho pode servir como ponto de partida ao sinalizar os casos em que o risco de recusa é superior. Dada a abrangência nacional que esta política de saúde assume e uma vez que os resultados obtidos para o caso concreto da região Centro não podem ser generalizados a nível de Portugal Continental, sugere-se alargar a aplicabilidade deste estudo à população nacional de modo a aferir se o comportamento de recusas de transferência por parte do utente e se os seus fatores de risco diferem da região Centro.

Sugere-se também alargar o período temporal da análise para os meses mais recentes, de modo a aferir se se registam alterações significativas ao nível da evolução de recusas de transferência e dos seus fatores de risco.

Dada a importância inquestionável do respeito pela decisão do utente relativamente ao seu cuidado cirúrgico a ser prestado no âmbito do funcionamento do SIGIC, espera-se que com este estudo se desperte a atenção para potenciais efeitos indesejados da recente política de saúde em análise. Tanto quanto é do nosso conhecimento, trata-se do primeiro estudo quantitativo, com uma base de dados alargada sobre as recusas de NT/VC. Esperamos contribuir assim para o desenho de futuras políticas de saúde eficazes na conciliação da liberdade de escolha do utente com a gestão das listas de espera cirúrgicas, promovendo a garantia de um acesso mais atempado aos cuidados cirúrgicos e a melhoria da qualidade de vida e bem-estar dos utentes.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Antunes, P., & Ferreira, P. L. (2018). Gestão Integrada do Acesso. *Meio Caminho Andado: Relatório Primavera 2018*, 153-158. Obtido em setembro 28, 2018, de <http://opss.pt/wp-content/uploads/2018/06/relatorio-primavera-2018.pdf>

ARSC. (2018). *Plano de Atividades de 2018*. Coimbra: Administração Regional de Saúde do Centro, IP. Obtido em setembro 8, 2018, de [http://www.arscentro.min-saude.pt/Institucional/Documents/monitoriza%C3%A7%C3%A3o%20e%20avalia%C3%A7%C3%A3o/Plano%20de%20Atividades%20ARS%20Centro%20IP%202018\\_Homologado%20Ministro%20da%20Sa%C3%BAde.pdf](http://www.arscentro.min-saude.pt/Institucional/Documents/monitoriza%C3%A7%C3%A3o%20e%20avalia%C3%A7%C3%A3o/Plano%20de%20Atividades%20ARS%20Centro%20IP%202018_Homologado%20Ministro%20da%20Sa%C3%BAde.pdf)

ARSC. (n.d.). Departamento de Contratualização. Obtido em novembro 10, 2018, de <http://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?* (pp. 237-261). OECD Health Policy Studies: OECD Publishing. Obtido em setembro 25, 2018, de <https://doi.org/10.1787/9789264179080-en>

Borowitz, M., Moran, V., & Siciliani, L. (2013a). 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?* (pp. 49-68). OECD Health Policy Studies: OECD Publishing. Obtido em setembro 25, 2018, de <https://doi.org/10.1787/9789264179080-en>

Borowitz, M., Moran, V., & Siciliani, L. (2013b). 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?* (pp. 19-32). OECD Health Policy Studies: OECD Publishing. Obtido em setembro 25, 2018, de <https://doi.org/10.1787/9789264179080-en>

ERS. (2014). *Gestão da Lista de Inscritos para Cirurgia no SNS*. Porto: Entidade Reguladora da Saúde. Obtido em setembro 28, 2018, de [https://www.ers.pt/uploads/writer\\_file/document/1106/ERS\\_-\\_Estudo\\_SIGIC\\_2014.pdf](https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/1106/ERS_-_Estudo_SIGIC_2014.pdf)

Machado, C. (2011). *Permanência de utentes nas listas de espera nacionais para cirurgia: análise de duração como instrumento de apoio à gestão*. Dissertação de Mestrado em Gestão das Organizações. Instituto Politécnico de Bragança. Obtido em setembro 28, 2018, de

[https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/5159/3/Candida\\_Machado\\_MGO\\_2011\\_GUS.pdf](https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/5159/3/Candida_Machado_MGO_2011_GUS.pdf)

Nunes, R. (2014). *Regulação da Saúde*. (3.<sup>a</sup> ed.). Porto: Vida Económica.

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. (2014). *Tempos de espera cirúrgicos: situação em Portugal e determinantes*. Dissertação de Mestrado em Gestão da Saúde. Universidade Nova de Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública. Obtido em setembro 28, 2018, de <https://run.unl.pt/bitstream/10362/14646/1/RUN%20-%20Dissertação%20de%20Mestrado%20-%20Pedro%20Reis.pdf>

Siciliani, L; Borowitz, M., Moran, V., & Dixon, H. (2013). Measuring waiting times across OECD countries. In L. Siciliani, M. Borowitz, & V. Moran (Eds.), *Waiting Time Policies in the Health Sector: What Works?* (pp. 33-47). OECD Health Policy Studies: OECD Publishing. Obtido em setembro 25, 2018, de <https://doi.org/10.1787/9789264179080-en>

UCGIC. (2008). *Estudo dos motivos de recusa de transferência: Inquérito Telefónico*. Lisboa: Unidade Central de Gestão de Inscritos para Cirurgia. Obtido em dezembro 28, 2018, de <http://www2.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/BD8132D0-91FA-4D5A-B663-E972DC50E5BA/0/UCGICEstudoMotivosRecusaTransferencia.pdf>

UCGIC. (2011a). *Manual de Gestão de Inscritos para Cirurgia: Volume I - Princípios Gerais*. Lisboa: Administração Central do Sistema de Saúde, IP.

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.

## LEGISLAÇÃO CONSULTADA

Resolução do Conselho de Ministros n.º 100/2002 de 25 de maio. Diário da República, N.º 121/2002, I Série – B. Lisboa: Presidência do Conselho de Ministros.

Resolução do Conselho de Ministros n.º 79/2004 de 24 de junho. Diário da República, N.º 147/2004, I Série – B. Lisboa: Presidência do Conselho de Ministros.

Decreto-Lei n.º 222/2007 de 29 de maio. Diário da República, N.º 103/2007, Série I. Lisboa: Ministério da Saúde.

Portaria n.º 45/2008 de 15 de janeiro. Diário da República, N.º 10/2008, Série I. Lisboa: Ministério da Saúde.

Despacho n.º 14788/2008 de 28 de maio. Diário da República, N.º 102/2008, Série II. Lisboa: Ministério da Saúde.

Portaria n.º 1529/2008, de 26 de dezembro. Diário da República, N.º 249/2008, Série I. Lisboa: Ministério da Saúde.

Portaria n.º 1454/2009 de 29 de dezembro. Diário da República, N.º 250/2009, Série I. Lisboa: Ministério da Saúde.

Decreto-Lei n.º 22/2012 de 30 de janeiro. Diário da República, N.º 21/2012, Série I. Lisboa: Ministério da Saúde.

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.

Portaria n.º 271/2012 de 4 de setembro. Diário da República, N.º 171/2012, Série I. Lisboa: Ministério da Saúde.

Portaria n.º 20/2014 de 29 de janeiro. Diário da República, N.º 20/2014, Série I. Lisboa: Ministério da Saúde.

Portaria n.º 179-A/2015 de 16 de junho. Diário da República, N.º 115/2015, Série I. Lisboa: Ministério da Saúde.

Despacho n.º 49/2016 de 19 de maio. Diário da República. Lisboa: Gabinete do Secretário de Estado da Saúde.

Decreto-Lei n.º 44/2017 de 20 de abril. Diário da República, N.º 78/2017, Série I. Lisboa: Saúde.

Portaria n.º 147/2017 de 27 de abril. Diário da República, N.º 82/2017, Série I.  
Lisboa: Saúde.

Portaria n.º 153/2017 de 4 de maio. Diário da República, N.º 86/2017, Série I.  
Lisboa: Saúde.

Portaria n.º 207/2017 de 11 de julho. Diário da República, N.º 132/2017, Série I.  
Lisboa: Saúde.

Circular Normativa n.º 16 de 17 de agosto de 2018. *Circuitos de faturação e pagamento da atividade cirúrgica transferida*. Administração Central do Sistema de Saúde, IP.

Portaria n.º 254/2018 de 7 de setembro. Diário da República, N.º 173/2018, Série I.

## APÊNDICES

**TABELA A.1:** Entidades que atuam como hospitais de origem na região Centro.

<b>Hospitais de Origem</b>
Centro Hospitalar do Baixo Vouga, EPE
Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE
Centro Hospitalar de Leiria, EPE
Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE
Centro Hospitalar Universitário de Coimbra, EPE
Hospital Arcebispo João Crisóstomo
Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE
Hospital Dr. Francisco Zagalo
Hospital José Luciano de Castro – Anadia <sup>1</sup>
Instituto Português de Oncologia de Coimbra
Unidade Local de Saúde Castelo Branco, EPE
Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE

<sup>1</sup> Entidade hospitalar do setor social com acordo de cooperação com a ARSC, IP.

Fonte: elaboração própria.

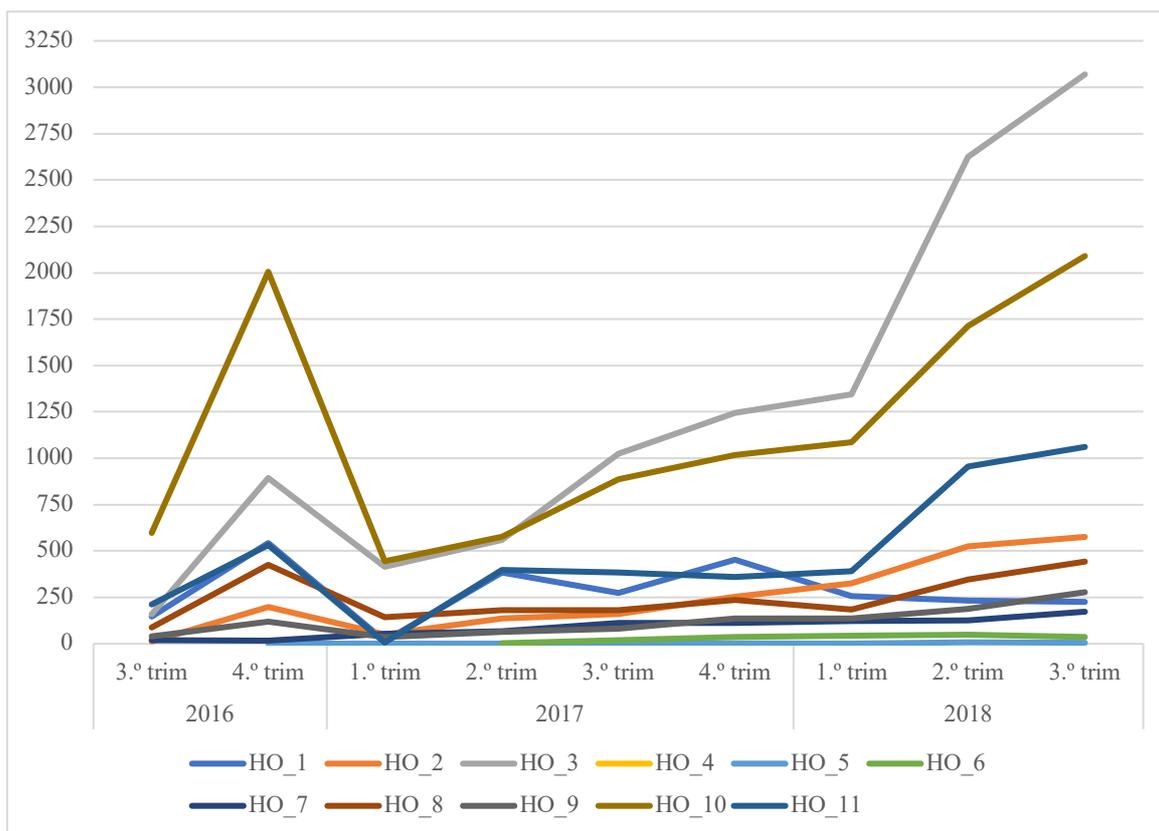
**TABELA A.2:** Entidades que atuam como hospitais de destino na região Centro.

<b>Hospitais de Destino</b>
Casa de Repouso de Coimbra
Centro Cirúrgico de Coimbra
Centro Hospitalar São Francisco
Clínica Central de Oiã
Clínica da Marinha Grande, LDA
Clínica Montes Claros - Coimbra
Clínica Particular de Coimbra
Clínica Privada de Barcelos
CLIRIA - Hospital Privado de Aveiro, SA
Confraria Nossa Senhora da Nazaré
Fundação Aurélio Amaro Diniz
Fundação Nossa Senhora da Guia - Avelar <sup>2</sup>
Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE
Hospital José Luciano de Castro, Anadia
Hospital da Misericórdia da Mealhada
Hospital ST LOUIS
IDEALMED - Unidade Hospitalar de Coimbra, SA
SANFIL - Clínica de Santa Filomena
Santa Casa da Misericórdia de Leiria
Santa Casa da Misericórdia de Riba de Ave <sup>2</sup>
Santa Casa de Misericórdia de Vila do Conde
SOERAD Torres Vedras
Venerável Ordem 3. <sup>a</sup> de São Francisco

<sup>2</sup> Entidade ao abrigo do acordo celebrado entre o Ministério da Saúde e a União das Misericórdias Portuguesas que tiveram anteriormente convenção SIGIC e/ou integram a zona geográfica da ARSC.

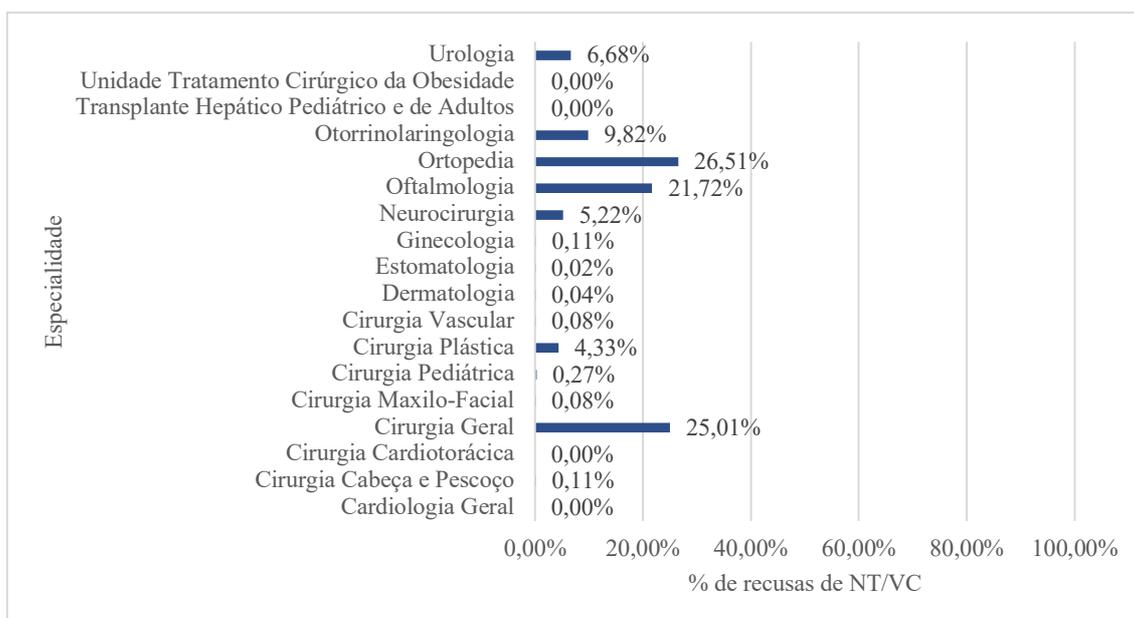
Fonte: elaboração própria.

**GRÁFICO A.1:** Evolução de recusas de NT/VC para cada HO.



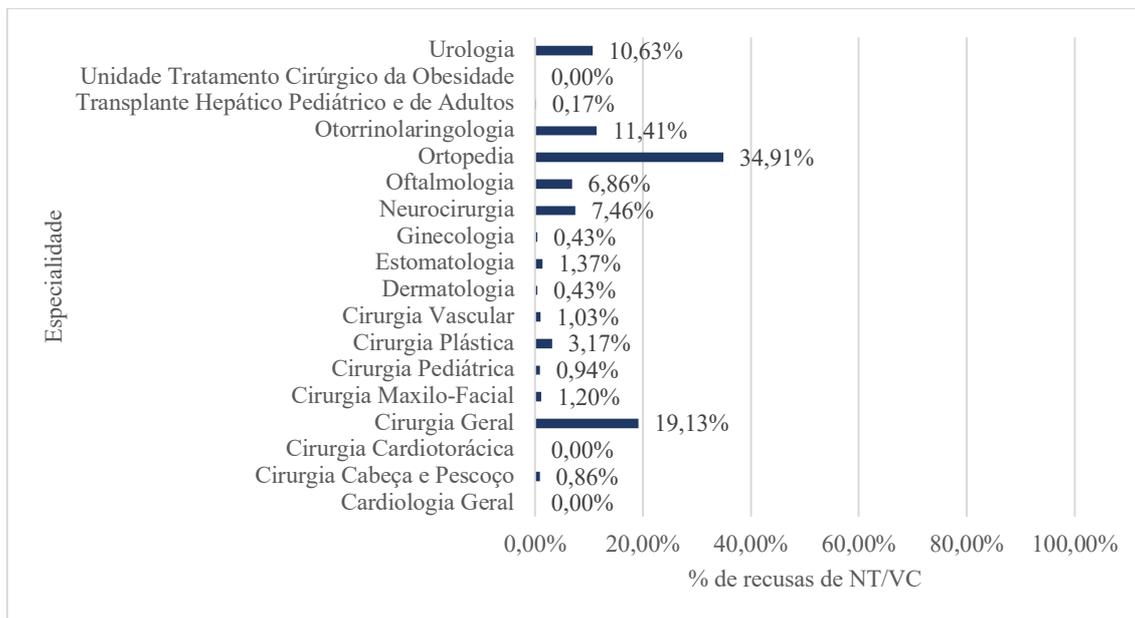
Fonte: elaboração própria.

**GRÁFICO A.2:** Percentagem de recusas de NT/VC por especialidade no 4.º trimestre de 2016.



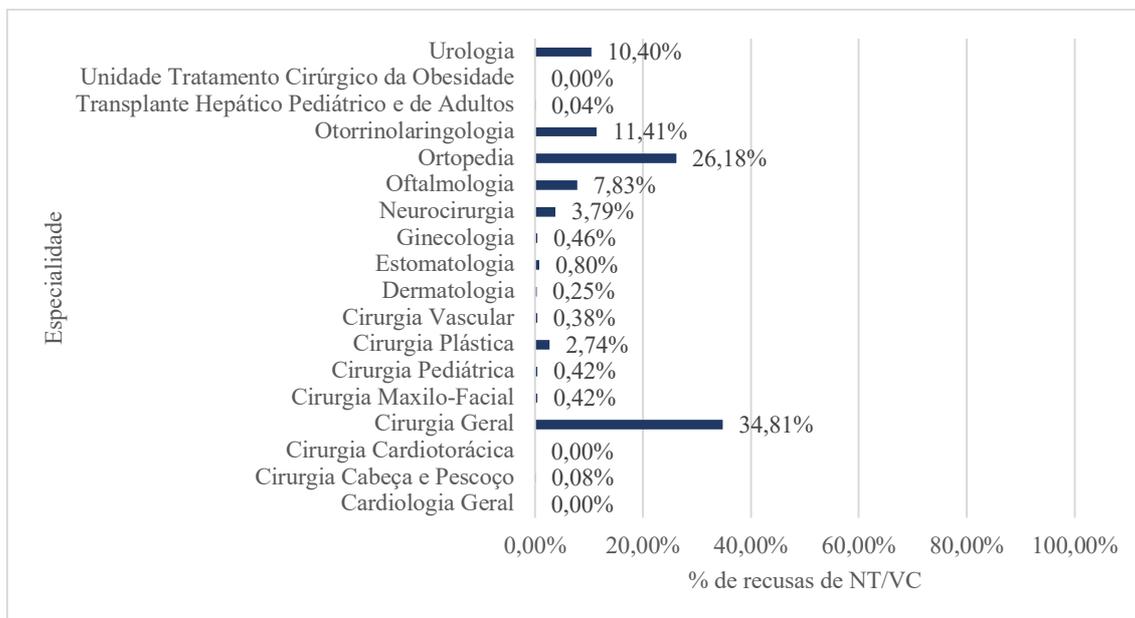
Fonte: elaboração própria.

**GRÁFICO A.3:** Percentagem de recusas de NT/VC por especialidade no 1.º trimestre de 2017.



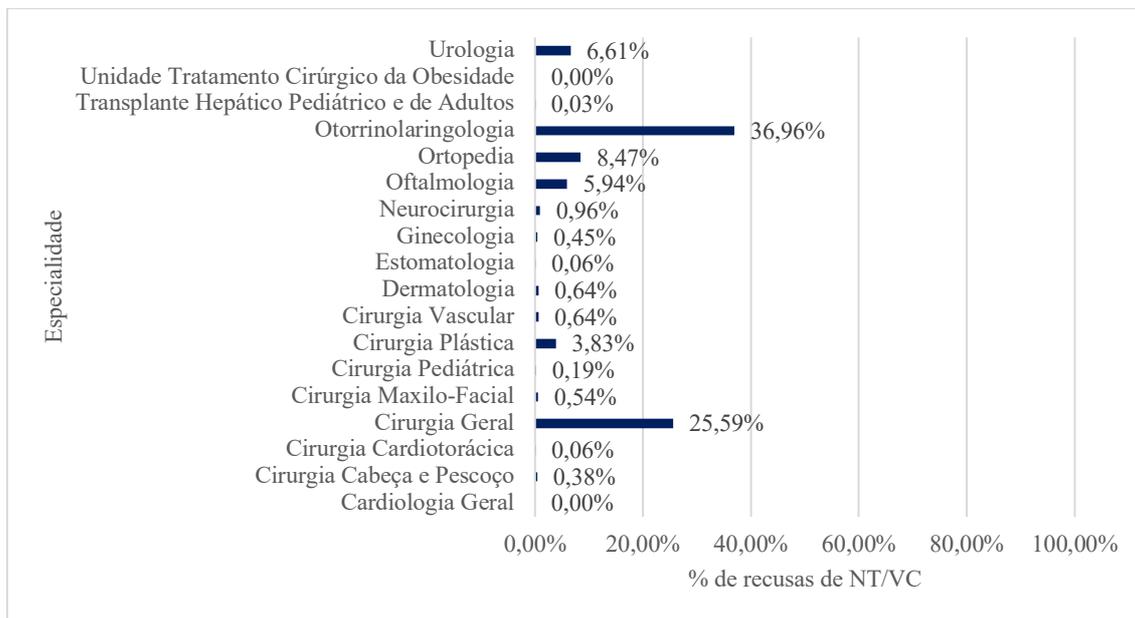
Fonte: elaboração própria.

**GRÁFICO A.4:** Percentagem de recusas de NT/VC por especialidade no 2.º trimestre de 2017.



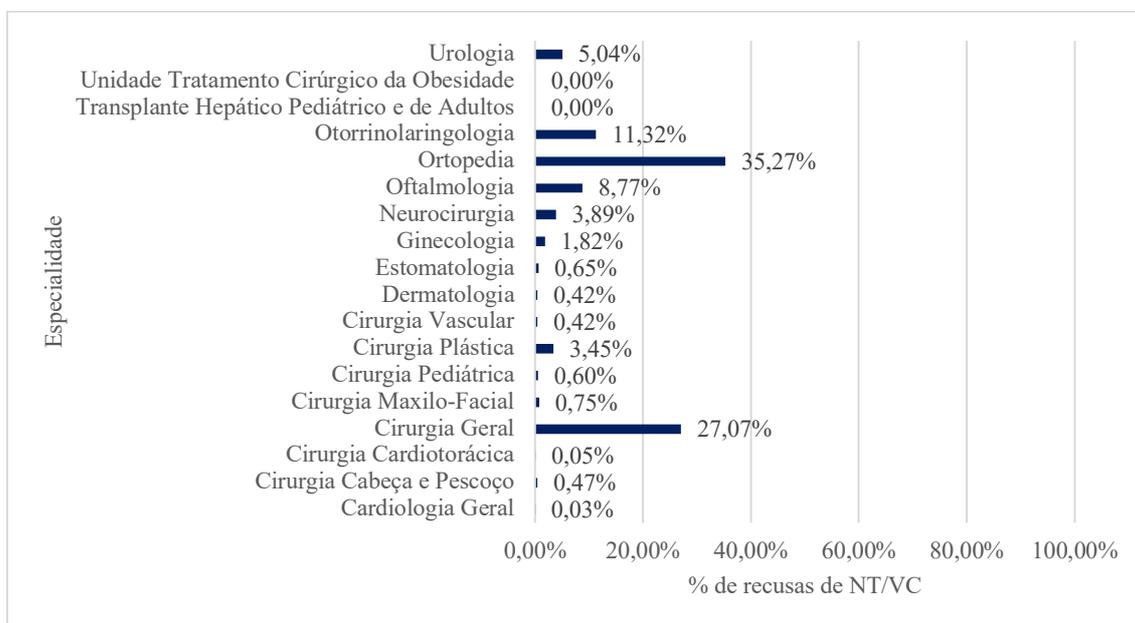
Fonte: elaboração própria.

**GRÁFICO A.5:** Percentagem de recusas de NT/VC por especialidade no 3.º trimestre de 2017.



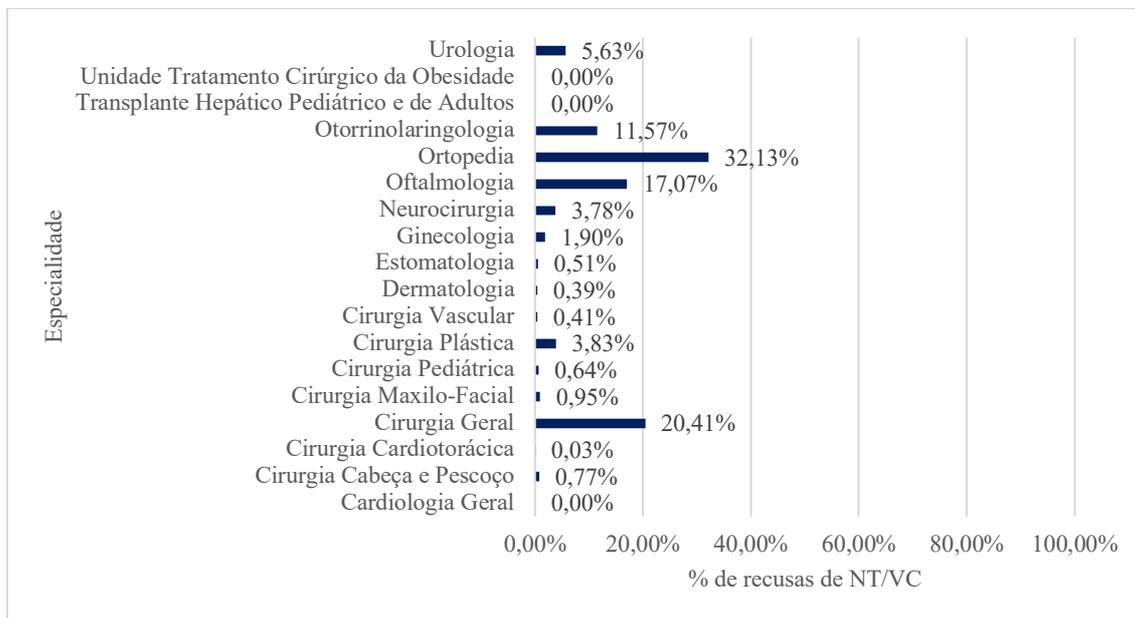
Fonte: elaboração própria.

**GRÁFICO A.6:** Percentagem de recusas de NT/VC por especialidade no 4.º trimestre de 2017.



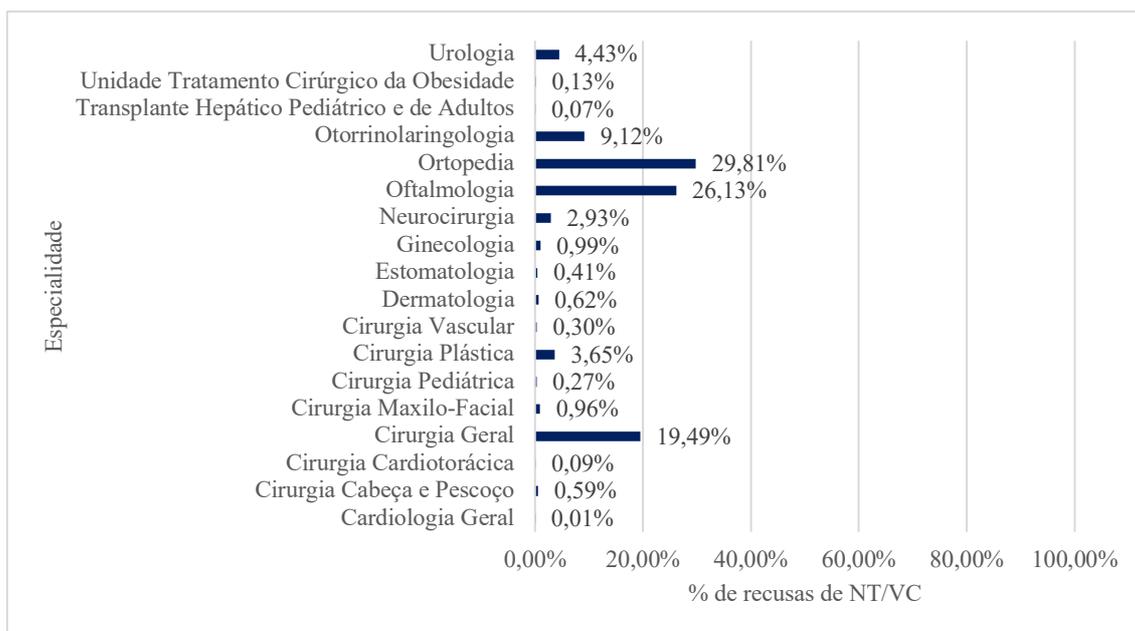
Fonte: elaboração própria.

**GRÁFICO A.7:** Percentagem de recusas de NT/VC por especialidade no 1.º trimestre de 2018.



Fonte: elaboração própria.

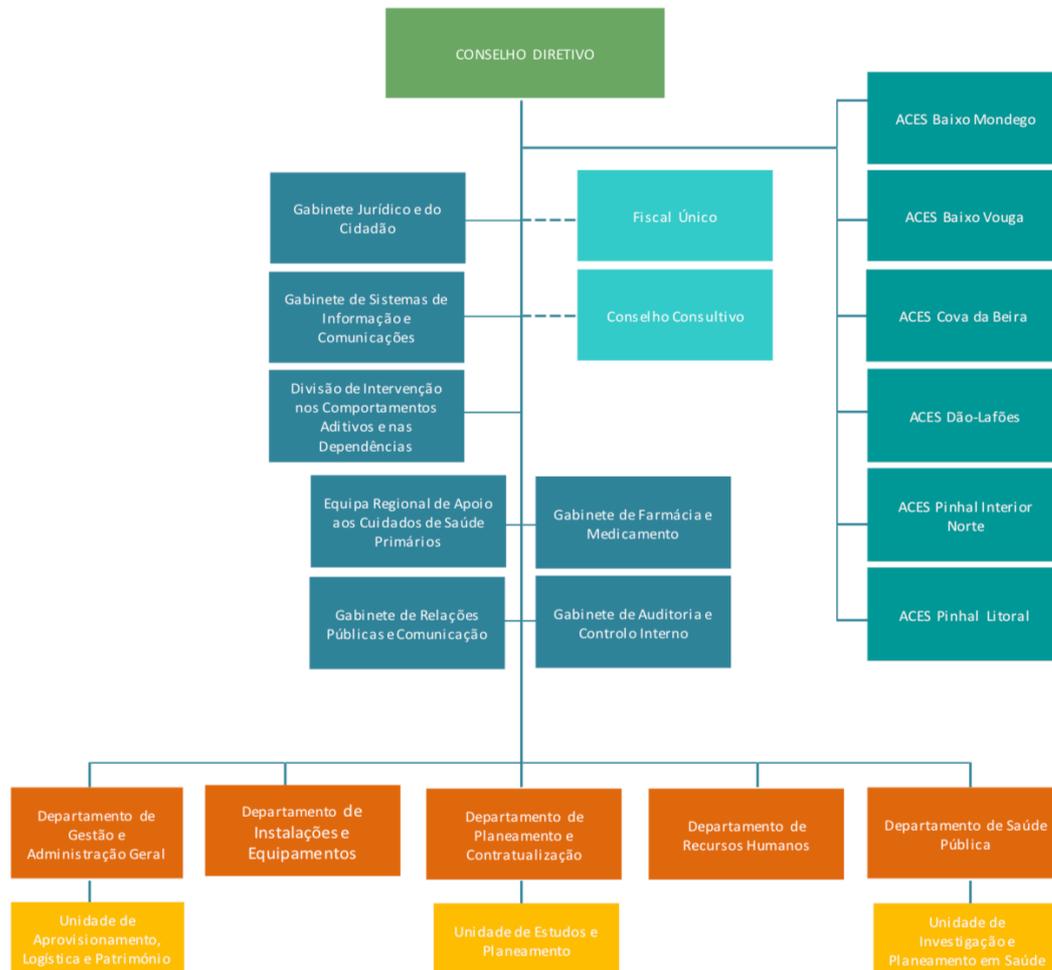
**GRÁFICO A.8:** Percentagem de recusas de NT/VC por especialidade no 2.º trimestre de 2018.



Fonte: elaboração própria.

## ANEXOS

### ANEXO I – Organograma da ARSC, IP.



Fonte: ARSC. (2018). *Plano de Atividades de 2018*. Coimbra: Administração Regional de Saúde do Centro, IP, 17, Figura 1.