

# Os Tempos Máximos de Resposta Garantidos: Uma Análise do Acesso à Primeira Consulta de Especialidade no Centro Hospitalar de Lisboa Occidental

**Marta Susana Gomes Mendes**

Orientador: Prof. Doutor Pedro Gomes Rodrigues

Dissertação para obtenção de grau de Mestre em Administração Pública na  
Especialização em Administração em Saúde

*Lisboa*  
*2022*

[WWW.ISCSP.U LISBOA.PT](http://WWW.ISCSP.U LISBOA.PT)

# Os Tempos Máximos de Resposta Garantidos: Uma Análise do Acesso à Primeira Consulta de Especialidade no Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental

***Marta Susana Gomes Mendes***

*Orientador: Prof. Doutor Pedro Gomes Rodrigues*

Dissertação para obtenção de grau de Mestre em Administração Pública

**Júri:**

**Presidente:**

- Doutor João Manuel Ricardo Catarino, Professor Catedrático do Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade de Lisboa

**Vogais:**

- Doutor Pedro Gomes Rodrigues, Professor Auxiliar do Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade de Lisboa, na qualidade de Orientador

- Doutor Pedro Veiga Vaz da Silva Goulart, Professor Auxiliar do Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade de Lisboa

- Doutor Alexandre Manuel Martins Morais Nunes, Professor Auxiliar do Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade de Lisboa

*Lisboa*

*2022*

## Agradecimentos

Termina mais uma etapa, repleta de incertezas e obstáculos pautado pelo esforço, trabalho e dedicação, o qual só foi possível com o apoio incondicional de pessoas que, ou já faziam parte da minha vida ou se cruzaram comigo neste longo caminho.

Agradeço a colaboração e ajuda total de todos, dos quais destaco:

O meu orientador, Professor Doutor Pedro Gomes Rodrigues, pela disponibilidade incondicional, acompanhamento e orientação em todas as etapas, sem os quais a concretização deste trabalho não seria possível.

Ao Conselho de Administração do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental pela oportunidade de efetuar este estudo, ao meu chefe e colegas de trabalho pela disponibilidade.

À Ana Patrícia Machado, pela descoberta de uma amizade e acompanhamento neste percurso dentro e fora do ISCSP.

À Maria João Veríssimo e Celine Henriques pela amizade, apoio e incentivo.

Aos meus pais por estarem sempre lá, por serem o meu porto seguro quando precisei de encorajamento para continuar.

E por fim, Bruno, obrigado por nunca me deixares desistir de perseguir os meus sonhos e por seres sempre o meu companheiro de vida, porque mesmo não sabendo para onde vou, tu vens sempre comigo.

## Resumo

O acesso à saúde em Portugal é um direito universal e geral, reconhecido pela Constituição da República Portuguesa, atingível independentemente da condição económica de cada cidadão, através de um serviço nacional de saúde. Nesse sentido, as reformas na saúde realizadas ao longo das últimas décadas têm contribuído para a sustentabilidade operacional das instituições públicas de saúde, influenciando a sua capacidade em responder às necessidades dos cidadãos.

A presente dissertação propõe-se a identificar os fatores que influenciaram o incumprimento dos Tempos Máximos de Resposta Garantidos em primeiras consultas de especialidade no Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental e a forma como influenciaram o equilíbrio entre a procura e a oferta, incidindo sobre o período entre 2010 e 2019.

A análise é sustentada por um estudo quantitativo, com base numa análise econométrica em STATA sobre dados de painel ou longitudinais, identificando e correlacionando variáveis ao longo do período temporal referido.

Como esperado, a análise realizada conclui que quanto maior o número de pedidos de consulta com maior prioridade de atendimento, maior tenderá a ser o incumprimento nos pedidos considerados menos urgentes, e ainda que os dias de atraso no processo de triagem influenciam o (in)cumprimento de prazos em todos os níveis de prioridade. Por outro lado, conclui também que o reforço de um clínico, em cada especialidade, reduz o prazo de incumprimento em dois dias, verificando-se ainda que a desmarcação de consultas constitui um dos fatores que mais influencia o incumprimento de prazos, resultando numa perda de eficiência na organização.

**Palavras-Chave:** Acesso, Tempo Máximo de Resposta Garantidos, Serviço Nacional de Saúde, Procura, Oferta.

## Abstract

The access to health services in Portugal is a universal and generalized right, recognized by the Constitution of the Portuguese Republic, attainable regardless of the economic condition of each citizen, through the national health service. Therefore, the public health reforms carried out over the last decades have contributed to the operational sustainability of public health institutions, influencing its ability to respond to their citizen's needs.

This dissertation aims to identify the factors that influenced the failure to comply with the Maximum Time Guaranteed for Response in first specialist consultations at Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, and how they influenced the balance between demand and supply, focusing on the period between 2010 and 2019.

The analysis is supported by a quantitative study, based on an econometric analysis in STATA on panel or longitudinal data, identifying and correlating variables over the mentioned time period.

As expected, the analysis carried out concludes that the greater the number of consultation requests with higher priority is, the greater will be the non-compliance in the requests considered less urgent, and also that the delay in the selection process influences the meeting deadlines at all priority levels. On the other hand, it also concludes that the reinforcement of a clinician, in each specialty, reduces the period of non-compliance by two days, confirming also that the cancellation of appointments is one of the factors that most influences the non-compliance of deadlines, resulting in a loss of efficiency in the organization.

Key-words: Access, Maximum Guaranteed Response Time, National Health Service, Demand, Supply.

## Índice

Agradecimentos .....	3
Resumo.....	4
Abstract .....	5
Índice de Quadros .....	7
Índice de Figuras .....	8
Lista de Siglas .....	9
1. Introdução .....	10
2. A Administração Pública e o Acesso à Saúde.....	15
2.1. A Reforma da Administração Pública e o Setor da Saúde .....	15
2.2. A Aplicação dos Princípios do <i>New Public Management</i> ao Setor da Saúde... 16	
2.3. Origem e Desenvolvimento dos Sistemas de Saúde em Portugal.....	17
2.4. O Serviço Nacional de Saúde .....	19
2.5. A Gestão do Acesso a Cuidados de Saúde: em Portugal e na OCDE .....	20
3. Medidas de Gestão de Listas de Espera .....	24
3.1. Os Critérios de Priorização no Acesso .....	24
3.2. Experiência Internacional .....	27
3.3. O Caso Português.....	30
4. Uma Retrospectiva Recente aos TMRG em Portugal e no CHLO .....	31
5. Uma Análise Econométrica aos Fatores de Incumprimento dos TMRG no CHLO.. 34	
5.1. Metodologia de Investigação.....	39
5.2. O Modelo de Análise.....	46
6. Os Resultados e a Discussão .....	50
7. Conclusões.....	58
8. Bibliografia .....	60
9. Anexos.....	66

## Índice de Quadros

Quadro 1. Evolução da Produção Assistencial de Consultas de Especialidade nos Hospitais do SNS (em milhares).....	12
Quadro 2. O New Public Management e o Acesso à Saúde .....	16
Quadro 3. Parâmetros de Avaliação aos Sistemas de Saúde .....	17
Quadro 4. Modelos Base dos Sistemas de Saúde .....	18
Quadro 5. Objetivos e Garantias em Políticas de Saúde da Organização Mundial de Saúde Adotadas em Portugal .....	22
Quadro 6. Medidas Políticas que Promoveram o Acesso aos Cuidados de Saúde .....	23
Quadro 7. Políticas para Reduzir os Tempos de Espera para Consultas de Especialidade nos Países da OCDE .....	28
Quadro 8. Princípios do Sistema Integrado de Referenciação e de Gestão do Acesso à Primeira Consulta de Especialidade Hospitalar .....	36
Quadro 9. Caracterização das Variáveis .....	40
Quadro 10. Número de Consultas realizadas por prioridade .....	42
Quadro 11. Proveniência dos Pedidos de Primeira Consulta no CHLO.....	45
Quadro 12. Diferente Natureza das Desmarcações que Influenciam os TMRG .....	46
Quadro 13. TMRG das Consultas Triadas como ‘Muito Prioritárias’.....	50
Quadro 14. TMRG das Consultas Triadas como ‘Prioritárias’ .....	52
Quadro 15. TMRG das Consultas Triadas como ‘Normais’ .....	55

## Índice de Figuras

Figura 1. Peso das Primeiras Consultas no Total de Consultas Realizadas em Portugal	12
Figura 2. Evolução do Cumprimento dos TMRG, no CHLO .....	13
Figura 3. Dimensões do conceito de acesso aos cuidados de saúde .....	21
Figura 4. Diferentes pontos do tempo de espera do doente.....	25
Figura 5. Necessidades Não Satisfeitas nos Países da União Europeia .....	32
Figura 6. Circuito de Gestão no Acesso à Primeira Consulta de Especialidade Hospitalar .....	36
Figura 7. Evolução do Cumprimento dos TMRG, por Nível de Prioridade (%).....	38
Figura 8. Evolução do cumprimento dos TMRG, no CHLO .....	38
Figura 9. Evolução do Número de Pedidos Rececionados, Número Total de Primeiras Consultas e Número de Consultas de CTH Realizadas no CHLO .....	41
Figura 10. Evolução média do número de médicos nas especialidades em análise entre 2010 e 2019 no CHLO .....	43
Figura 11. Evolução do Tempo Médio de Triagem em Dias no CHLO.....	44
Figura 12. Representação gráfica do modelo de análise .....	49

## Lista de Siglas

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

TMRG – Tempo Máximo de Resposta Garantido

CHLO – Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental

SNS – Serviço Nacional de Saúde

CRP – Constituição da República Portuguesa

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

EU – *European Union* (União Europeia)

CTH – Consulta a Tempo e Horas

ADW-CTH – *Alert Data Warehouse*-Consulta a Tempo e Horas

NPM – *New Public Management*

STATA – *Data Analysis and Statistical Software*

OPSS – Observatório Português dos Serviços de Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

LAC – Livre Acesso e Circulação

FMI – Fundo Monetário Internacional

BCE – Banco Central Europeu

SIGA-SNS – Sistema Integrado de Gestão de Acesso

SONHO – Sistema Integrado de Informação Hospitalar

## 1. Introdução

Considerado “um bem social” em Portugal, o setor da saúde esteve na base da elaboração de políticas constitucionais em que o acesso a cuidados de saúde é um direito de todos e para todos (Rego, 2011).

Sendo o acesso à saúde um direito consagrado na Constituição da República Portuguesa (CRP) através do art.º 64 e devendo ser “universal (que abrange todos os cidadãos), geral (que abrange todos os tratamentos necessários) e tendencialmente gratuito (em que os cuidados não são sujeitos a pagamentos, apenas são possíveis taxas que moderem o recurso ao sistema)” (Silva, 2012, p. 125), fazendo parte de boas práticas baseadas em princípios democráticos que foram ao longo das últimas décadas aperfeiçoadas para obter mais e melhores resultados.

Contudo, o crescimento acentuado na procura de cuidados de saúde, verificado ao longo da última década com o envelhecimento da população, o aumento da esperança média de vida, aumento de doenças crónicas e hábitos associados ao novo estilo de vida da população (Ministério da Saúde, 2018), traduziu-se, por um lado na existência de iniquidades de grupos de doentes em detrimento de outros (Braun e Centeno, 2018) e por outro na própria sustentabilidade dos sistemas de saúde bem como na sua capacidade de resposta atempada na prestação de cuidados de saúde e em tempo adequado (Simões, Augusto, & Fronteira, 2017).

Quando falamos em sistemas de saúde, o conceito de acesso ou acessibilidade está inequivocamente relacionado com a capacidade das organizações e instituições de saúde em obter e responder às necessidades dos cidadãos (Barros, Lopes, Mendonça e Sousa, 2016). Para tal, com a nova doutrina da Administração Pública, influenciada pelo paradigma do *New Public Management* ou Nova Gestão Pública, orientada para uma gestão empresarial com princípios de equidade e transparência nos serviços públicos e em particular no setor da saúde, estes conceitos tornaram-se cada vez mais evidentes na criação de reformas públicas em Portugal (Rego, 2011).

Assistiu-se, assim, à implementação de políticas públicas por sucessivos governos, com sucessivos candidatos a primeiros-ministros e até mesmo com os programas de ajuda

financeira em que incluía reformas e medidas de austeridade para o Serviço Nacional de Saúde (SNS), (Doetsch, Pilot, Santana, Krafft, 2017), que procuraram atingir os melhores resultados, de forma eficiente e equitativa através de indicadores de desempenho (Nunes, 2016), através de uma das ‘portas’ de acesso aos serviços de saúde hospitalar: a consulta de especialidade.

Indo ao encontro das necessidades e expectativas dos portugueses na procura de atingir os melhores resultados possíveis em termos de saúde (Nunes, 2016), foram criadas medidas a nível legislativo, que ao longo dos anos foram sendo revistas e atualizadas, na otimização do acesso dos pedidos de primeira consulta de especialidade e do tempo de resposta a que as unidades de saúde demoram a dar resposta a esses pedidos, razão pela qual foi criado o conceito de Tempos Máximos de Resposta Garantidos (Ministério da Saúde, 2016 e site ACSS).

Sendo o tempo de resposta no acesso os cuidados de saúde uma área de intervenção de políticas de saúde, tanto nacional como internacional, a OCDE publicou um estudo em 2016 em que as necessidades não satisfeitas no acesso a cuidados de saúde representam, nos países da União Europeia, 3,6%, subindo para os 6,4% quando se focam nos grupos com rendimentos mais baixos. Em Portugal, cerca de 3,5% da população reportou a existência de necessidades não satisfeitas para consultas médicas, subindo para os 7,2% em grupos com baixos rendimentos (OCDE/EU, 2016).

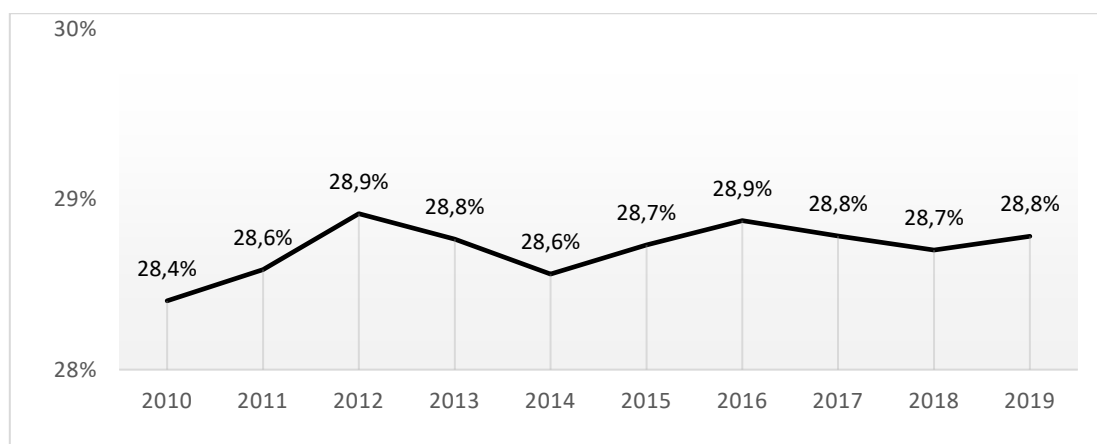
A nível nacional, através dos Relatório Anual de Acesso publicados anualmente pelo Ministério da Saúde, verificamos que, durante a última década, registou-se um crescimento do total das consultas de especialidade hospitalar em média 14% e 16% correspondem a consultas de primeira vez (Quadro 1), com uma variação de um crescimento médio de 28.7%. (Figura 1).

Quadro 1. Evolução da Produção Assistencial de Consultas de Especialidade nos Hospitais do SNS (em milhares)

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Δ 2010/2019
Total de consultas Médicas	10 875	11 127	11 194	11 614	11 806	12 000	12 048	12 082	12 187	12 420	14%
Consultas de primeira vez	3 089	3 181	3 237	3 341	3 372	3 448	3 479	3 478	3 498	3 575	16%

Fonte: Ministério da Saúde, 2020

Figura 1. Peso das Primeiras Consultas no Total de Consultas Realizadas em Portugal



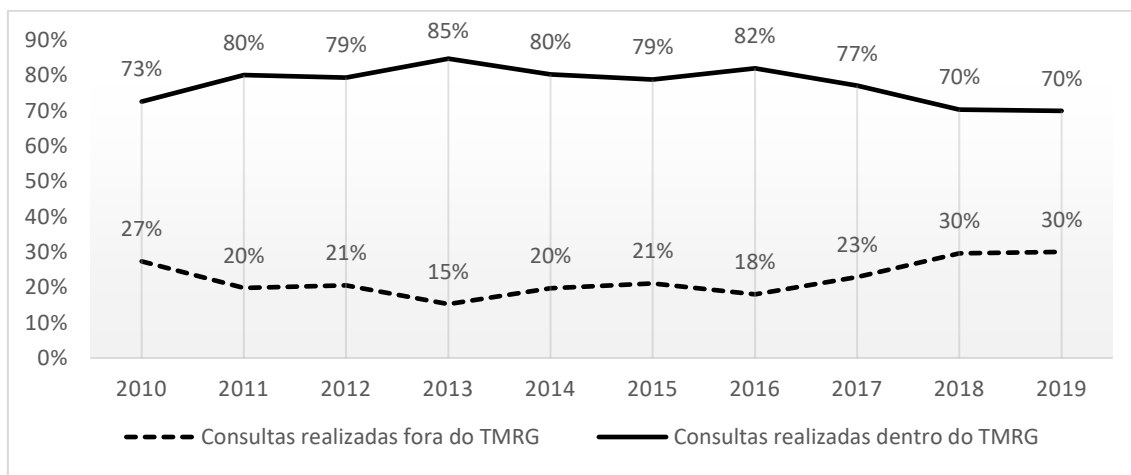
Fonte: Ministério das Saúde, 2020

Avaliando o acesso nas primeiras consultas hospitalares e o tempo médio de resposta das entidades de saúde nos chamados Tempos Máximos de Resposta Garantidos (TMRG) para as consultas efetivamente realizadas, verificamos que a nível nacional o tempo médio de resposta a uma consulta de especialidade é de 100 dias (Tribunal de Contas, 2020).

Neste sentido, surge a pergunta de investigação deste trabalho: “Quais os fatores que mais influenciaram o incumprimento dos Tempos Máximos de Resposta Garantidos em primeiras consultas de especialidade, entre 2010 e 2019, no Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental?”. Considerado um dos Centros Hospitalares da região de Lisboa, verificou-se que o tempo médio de resposta a consultas de primeira vez de especialidade é de 146

dias, com uma média de consultas realizadas dentro dos tempos de 73% do total de pedidos rececionados - ver Figura 2 (SNS.gov, 2021 e Ministério da Saúde, 2020).

Figura 2. Evolução do Cumprimento dos TMRG, no CHLO



Fonte: ADW-Alert, site transparência SNS.

Centrado na necessidade de avaliar a utilização dos recursos no CHLO e o seu modelo de gestão organizacional, este estudo procurou identificar a eficiência na utilização dos recursos e serviços disponíveis na resposta assistencial prestada aos cidadãos/utentes.

Tendo como estudo de caso o número de consultas de 30 especialidades do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, cujo objetivo principal é identificar os fatores que influenciaram o incumprimento dos TMRG em primeiras consultas de especialidade entre 2010 e 2019 foram definidos os seguintes objetivos específicos:

- Analisar se a evolução do número de médicos afetos a cada especialidade tem influência no número de dias que o CHLO demora a dar resposta a um pedido de consulta:
- Analisar se a evolução do número de vagas disponíveis por especialidade é responsável pelo número de dias que o CHLO demora a dar resposta a um pedido de consulta.

- Avaliar se a demora de um pedido de consulta no processo de triagem tem influência no número de dias que o CHLO demora a dar resposta a um pedido de consulta.
- Identificar se as desmarcações de consulta classificadas pela sua natureza em aumentar ou diminuir os dias em que a resposta é dada a um pedido, influencia positivamente ou negativamente o cumprimento do TMRG.

O presente documento encontra-se estruturado em seis partes: na primeira parte é realizada uma revisão de literatura em que são abordadas as reformas da Administração Pública no setor da saúde, segundo os paradigmas do NPM. É feita igualmente uma abordagem sucinta à origem dos sistemas de saúde em Portugal e de que forma é feita a gestão ao seu acesso, sob os modelos de diversas instituições nacionais e internacionais.

Na segunda parte são abordadas as diversas medidas implementadas, em vários países, na gestão de lista de espera e os diferentes critérios aplicados e utilizados na priorização no acesso aos cuidados de saúde a nível nacional e internacional.

Na terceira parte é realizada uma retrospectiva recente aos TMRG em Portugal e no CHLO.

Na quarta parte são apresentados os resultados de uma análise econométrica aos fatores de incumprimento do TMRG no CHLO, assim como as opções metodológicas selecionadas as variáveis, as fontes de dados, a população alvo, a amostra definida e o modelo de análise.

Na quinta parte procede-se à apresentação e discussão dos resultados obtidos. E por último na sexta parte são desenvolvidas as principais conclusões em resposta aos objetivos e hipóteses definidas.

## 2. A Administração Pública e o Acesso à Saúde

### 2.1. A Reforma da Administração Pública e o Setor da Saúde

A introdução de conceitos como a racionalidade e a gestão eficiente dos recursos existentes surgem na Administração Pública, e em particular no setor da saúde, em múltiplas iniciativas de reformas de políticas existentes (Nunes & Harfouche, 2015). Orientadas para uma consciencialização de melhores práticas administrativas e na necessidade de qualificar o setor público, o Estado assume um papel regulador na orientação e controlo da sua atividade, que até então encontrava-se associado a um excesso de burocracia (Bilhim, 2014).

A ineficiência do aparelho administrativo, antes dos anos 80, caracterizava os princípios do poder político como um entrave ao desenvolvimento económico interno e externo (Madureira, 2020). Perante tal necessidade surgem mecanismos de mudança na adoção de instrumentos de gestão, praticados no sector privado, de forma a colmatar tais défices, orientados para os resultados de melhores serviços a custos inferiores (Rodrigues, 2009, Pollitt, Thiel & Homburg, 2007).

Assistiu-se, aos princípios do NPM implementados na AP, a influenciar os instrumentos de gestão no setor da saúde, obedecendo a regras de gestão empresarial e supervisão orientados para resultados, não abandonando a responsabilidade social (Escoval, 2010).

Com a introdução das novas reformas no seio da administração pública no setor da saúde, através de princípios de uma nova gestão pública influenciou o desenvolvimento na prestação de serviços de qualidade e simultaneamente o controlo dos custos, deixamos de ser um estado produtor para um estado regulador, com o objetivo de regular a atividade de uma produção eficiente. (Carvalho, 2008 e Rodrigues, 2009)

## 2.2. A Aplicação dos Princípios do *New Public Management* ao Setor da Saúde

A intervenção política em Portugal sob os princípios do NPM, nos diversos setores dos sistemas de saúde, embora tenha sido adotada na década de 80, intensificou-se consideravelmente a partir do ano 2002 (Silva, 2012 e Bernardino, 2017).

A implementação de reformas de regulação social e económica nas diversas estruturas do sistema, tendo como suporte teórico esses princípios, foram adotados mecanismos de controlo para obtenção de resultados mais eficientes até então burocrático o que impossibilitava a aferição do cumprimento da sua missão assistencial (Nunes & Harfouche, 2015 e Bernardino, 2017).

À luz desses princípios interligados à definição de políticas de saúde em Portugal, assistimos à evolução de um conjunto de fatores que influenciaram diretamente a definição de conceitos e objetivos de acesso a cuidados de saúde (Silva, 2012 e Correia 2011). (Quadro 2)

Quadro 2. O *New Public Management* e o Acesso à Saúde

<b>NPM</b>	<b>Princípios</b>	<b>Políticas de Saúde</b>
Eficiência e Eficácia	Promoção da Sustentabilidade e redução da despesa	Promoção de mecanismos mais eficientes na implementação de ferramentas mais eficácia na gestão do acesso.
Autonomia de Decisão	Flexibilização na tomada de decisão	Autonomia dos utentes na tomada de decisão baseada em escolhas de mais e melhor informação
Estado Regulador	Diminuição do estado enquanto fornecedor e assume papel de regulador	Criação da Entidade Reguladora da Saúde
<i>Accountability</i>	Prestação de contas através de um processo transparente	Acesso a informação em processos de monitorização e controlo de forma transparente
Desburocratização e procura da qualidade	Satisfação das necessidades dos clientes	Apresentações periódicas, transparentes e fidedignas de resultados
Introdução de Tecnologias de Informação	Maior transparência e criação de novos canais de acesso	Criação e desenvolvimento de sistemas de informação no processo de simplificação do acesso ao sistema de saúde.

Silva, 2012; Nunes (2016)

Para Silva (2012), com a implementação de novas políticas surge a importância de definir parâmetros de avaliação aos sistemas de saúde. Para isso, e de acordo com o Quadro 3 foram definidas 3 grandes finalidades:

- a) Sustentabilidade e eficiência;
- b) Equidade no acesso; e
- c) Qualidade dos cuidados e estado das populações.

Quadro 3. Parâmetros de Avaliação aos Sistemas de Saúde

Políticas de saúde	Objetivos
Garantir a sustentabilidade do sistema decorrente do crescimento continuado da despesa	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Controlar o aumento de Custos pelo crescimento da procura</li> <li>• Avaliar o peso crescente das tecnologias no Custo/benefício</li> <li>• Controlo na composição da despesa associadas à com a evolução demográfica:               <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Aumento da esperança média de vida</li> <li>b) Prevalência da doença crónica,</li> </ol> </li> </ul>
Universalidade e Equidade no Acesso (Valores consagrados no art.º 64 da Constituição da República Portuguesa)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Garantir a universalidade do sistema em que todos devem ter acesso</li> <li>• Garantir a igualdade perante o tratamento independentemente da condição financeira.</li> </ul>
Qualidade dos cuidados e o estado de saúde das populações (Polo agregador de 3 objetivos)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• O sistema só tem qualidade se tiver garantido a sustentabilidade e a equidade</li> <li>• Só pode ser equitativo se for sustentável e tiver a mesma qualidade para todos</li> <li>• Só pode ser sustentável se tiver qualidade distribuída de forma equitativa.</li> </ul>

Fonte: Correia, 2011; Silva, 2012

### 2.3. Origem e Desenvolvimento dos Sistemas de Saúde em Portugal

O desenvolvimento dos sistemas de saúde, das políticas e reformas realizadas, nos países que integram a OCDE, tiveram na sua origem dois modelos fundamentais, designados por: modelo Bismarck, criado por Otto von Bismarck, inaugurou em 1883, na Alemanha e modelo de Beveridge idealizado pelo inglês William Beveridge resultou na

criação do Serviço Nacional de Saúde Britânico em 1948. (Van Der Zee & Kroneman, 2007).

A Organização Mundial de Saúde (2011) tendo por base os exemplos da Alemanha e do Reino Unido, caracteriza os sistemas de saúde de acordo com o modelo base predominante:

Quadro 4. Modelos Base dos Sistemas de Saúde

Modelo	Características Principais	Países
<b>Bismark</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• "Seguro de Social"</li> <li>• Apelidado de "Fundo de Doença" este seguro era administrado e financiado por patrões e trabalhadores</li> <li>• Sendo financiador, o trabalhador beneficia do direito à Saúde</li> <li>• Manter trabalhadores saudáveis era sinónimo de maior produtividade</li> </ul>	Alemanha Áustria França Holanda Bélgica
<b>Beveridge</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• "Serviço Nacional de Saúde"</li> <li>• Financiado pelos impostos dos contribuintes</li> <li>• O direito à saúde a todos os cidadãos com cobertura legal e constitucional</li> <li>• Impõem-se valores como a universalidade, a solidariedade e a coesão social</li> </ul>	Portugal Espanha Reino Unido Noruega Suécia

Fonte: WHO (2011)

Segundo Van Der Zee & Kroneman, (2007) embora os dois modelos se baseiem na universalidade, solidariedade e equidade em termos comparativos, a diferença reside, sobretudo na forma como os serviços são financiados. No entanto, ao longo do tempo a evolução dos sistemas levou a uma convergência dos dois, formando modelos mistos, agregando características de ambos (Simões, 2009).

Em Portugal, o sistema de saúde pública caracteriza-se como um sistema misto remetendo-nos para a coexistência de prestadores públicos e privados. Com o prestador público e através do Serviço Nacional de Saúde, estão asseguradas as coberturas universais e tendencialmente gratuitas, uma vez que existe um copagamento associado à utilização dos serviços (Braun e Centeno, 2018). Os prestadores privados dão a possibilidade voluntária aos cidadãos em contratar proteção adicional através de seguros de saúde (Escoval, 2010 e Braun e Centeno, 2018).

## 2.4. O Serviço Nacional de Saúde

Caracterizado pelo acesso por parte dos cidadãos em troca de um copagamento, designado de taxa de moderadora a universalidade e a e gratuitidade tendencial (Nunes e Ferreira, 2019), a criação do Serviço Nacional de Saúde, vai de encontro aos valores éticos intrínsecos no artigo 64º da CRP que se traduz como “... todos têm direito à proteção da saúde” de forma “...universal e geral, e tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuita;” (CRP, art.º. 64).

Com o diploma de 1979 – A Lei n.º 56/79, de 15 de setembro, pelo qual foi criado o Serviço Nacional de Saúde, no âmbito do Ministério dos Assuntos Sociais, enquanto instrumento do Estado para assegurar o direito à proteção da saúde, nos termos da Constituição, o acesso é garantido a todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica e social sendo considerado o expoente máximo da prestação de cuidados de saúde em Portugal.

Baseados nestes princípios constitucionais, o SNS assegura a todos os cidadãos, prestações de cuidados de saúde, “...desde as atividades de prevenção, promoção da saúde na atenção primária, aos cuidados hospitalares e aos cuidados pós-hospitalares de recuperação, reabilitação e manutenção do estado de saúde...” (Nunes, 2018, pp.17).

As reformas administrativas no SNS, desde a sua criação, são visíveis através da qualidade e eficiência nos cuidados prestados, pela evolução tecnológica avançada, investimento na qualificação de recursos humanos, sempre com objetivos de mais e melhores políticas de saúde na prestação de cuidados mais adequados (Nunes & Ferreira, 2019 e Ministério da Saúde, 2017).

## 2.5. A Gestão do Acesso a Cuidados de Saúde: em Portugal e na OCDE

Definir acesso à saúde e desenvolver um modelo que permita medi-lo são processos complexos e têm sido objeto de alguns estudos nacionais, como os relatórios Anuais de Acesso a Cuidados de Saúde publicados anualmente pelo Ministério da Saúde e internacionais como *Health at a Glance* da OCDE com publicação bianual, pelo envolvimento que têm no planeamento e na sustentabilidade do sistema de saúde. De facto, o planeamento em saúde requer, em primeiro lugar, a análise de variáveis que influenciem o acesso e a utilização dos serviços de saúde, nos contextos social e económico, bem como as relações que se estabelecem entre estas (Santana, 1993).

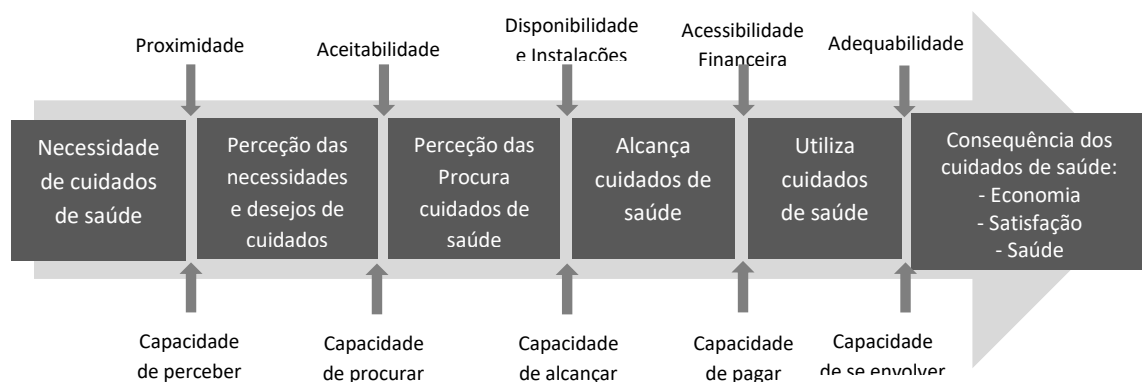
Segundo Furtado e Pereira (2010) quando se fala em modelos de análise no acesso a cuidados de saúde, importa referir cinco variáveis que o possam influenciar, como:

- “A disponibilidade – relaciona-se com a existência de uma oferta adequada de serviços que possibilite a oportunidade de utilizar os cuidados de saúde;
- A proximidade – reflete a acessibilidade física ou geográfica dos cuidados e está associada à dimensão anterior;
- Os custos – Esta dimensão refere-se aos custos incorridos no consumo de serviços de saúde os quais podem incluir os encargos diretos de aquisição dos cuidados, como a parte não comparticipada de um medicamento, mas também os custos dos transportes para aceder aos cuidados de saúde;
- A qualidade – esta característica dos cuidados está relacionada não só com a qualidade dos serviços prestados, mas também com a organização dos mesmos, em termos de horários de funcionamento, marcação de consultas;
- A aceitação – esta dimensão avalia se a prestação de cuidados de saúde corresponde às necessidades e expectativas dos utentes. Os serviços devem estar adequados às características dos diferentes grupos populacionais os quais podem percecionar de modo diferente os

benefícios que podem adquirir da obtenção de cuidados de saúde” (Furtado e Pereira, 2010, p.7).

Para o Observatório Português dos Serviços de Saúde (OPSS) através do estudo “Acesso aos cuidados de Saúde: Um direito em risco”, publicado em 2015, são consideradas cinco dimensões do lado da oferta associadas a cinco competências do lado da procura: a proximidade com a capacidade de perceber, a acessibilidade com a capacidade de procurar, a disponibilidade e instalações com a capacidade de alcançar, a capacidade financeira com a capacidade de pagar e por último a adequabilidade com a capacidade de se envolver. (Ver Figura 3)

Figura 3. Dimensões do conceito de acesso aos cuidados de saúde



Fonte: OPSS, 2015

Apesar de esta conceptualização conferir um sentido diferente de acesso, tornando-o um conceito complexo e difícil de medir, uma vez que resulta da interação entre diferentes atores e combina variáveis de diferentes naturezas, configura-se, segundo o OPSS (2015) “como a mais adequada, pois enquanto dá sentido à responsabilidade de cada cidadão na construção do seu projeto de saúde” (OPSS, 2015, pp.23), e reforça o sentido ao previsto no n.º1 do artigo 64º da CRP em que “todos têm direito à proteção da saúde e o dever de a defender e promover”.

Para a OCDE, de acordo com o relatório ‘*Health at a Glance*’ publicado em 2016, o acesso e utilização dos cuidados de saúde são analisados pelo lado da procura, ou seja, pelas

necessidades não satisfeitas dos cidadãos e são feitas em três dimensões: distância geográfica, condições financeira e tempo de espera.

As iniciativas governamentais com vista à igualdade de acesso aos cuidados de saúde têm vindo a ser delineadas pela OCDE através de planos de ação em que as três dimensões são avaliadas e até que ponto constituem barreiras significativas no acesso (OCDE/EU 2016).

Já a Organização Mundial de Saúde (OMS) define um conjunto de objetivos específicos e de garantias, que orientam políticas de saúde estruturadas a partir de eixos fundamentais (OMS, 2015), adotadas em Portugal através da Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 49/90, de 24 de agosto revogada pela Lei n.º 95/2019 de 4 de setembro). (Ver Quadro 5)

Quadro 5. Objetivos e Garantias em Políticas de Saúde da Organização Mundial de Saúde Adotadas em Portugal

<b>Princípios OMS</b>	<b>Medidas implementadas em Portugal</b>
Equidade no acesso	Igualdade no Acesso Equidade na utilização dos serviços públicos
Qualidade na Relação dos diferentes Serviços, técnicas e procedimentos	Prevenção da Doença Reforço das ações de investigação
Prestação de cuidados de saúde	Proteção dos grupos mais vulneráveis (crianças, adolescentes, idosos e grávidas)
Maximização dos cuidados ao mais baixo custo (eficiência técnica), sem por em causa as questões da qualidade, da segurança do utente	Promoção de segurança e bem-estar social Equidade na distribuição dos recursos
Sustentabilidade na aplicação de estratégias adequadas que acautelem a eficiência económica na alocação de recursos	Apoio no incentivo à participação e desenvolvimento dos indivíduos e da sociedade na sua conceção e na educação para a sua saúde

Fonte: OMS, 2015; Lei de Bases da Saúde, 1990<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Revogada pela Lei n.º 95/2019 de 4 de setembro.

Em termos globais, as políticas públicas implementadas pelos diferentes governos tiveram como principais referenciais a sustentabilidade do sistema, o incremento da sua eficiência e a melhoria global da qualidade dos serviços (OCDE, 2015a).

Na base da implementação das políticas públicas de saúde em Portugal, ao longo dos últimos anos, esteve sempre presente a preocupação de uma coordenação, tão eficaz quanto possível, entre os diferentes níveis de cuidados de saúde - hospitalares, primários e continuados integrados, sempre com um objetivo comum: adoção de medidas que permitam uma melhoria da experiência e satisfação dos utentes com o sistema de saúde – Ver Quadro 6, (OCDE, 2015a).

Quadro 6. Medidas Políticas que Promoveram o Acesso aos Cuidados de Saúde

<b>Medidas/Iniciativas</b>	<b>Legislação</b>
Carta dos Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos utentes do Serviço Nacional de Saúde	Lei n.º 41/2007, de 24 de agosto
“Aprova o Regulamento do Sistema Integrado de Referenciação e de Gestão do Acesso à Primeira Consulta de Especialidade Hospitalar nas Instituições do Serviço Nacional de Saúde (SNS), Designado por Consulta a Tempo e Horas (CTH)”	Portaria n.º 615/2008 - Diário da República n.º 133/2008, Série I de 2008-07-11 (Revogada)
“Aprova o Regulamento do Sistema Integrado de Referenciação e de Gestão do Acesso à Primeira Consulta de Especialidade Hospitalar nas instituições do Serviço Nacional de Saúde” e revoga a Portaria n.º 615/2008, de 11 de julho	Portaria n.º 95/2013 de 4 de março, Diário da República n.º 44/2013, Série I de 2013-03-04
Lei consolidando a legislação em matéria de direitos e deveres do utente dos serviços de saúde	Lei n.º 15/2014 de 21 de março, Diário da República n.º 57/2014, Série I de 2014-03-21 (Revogada)
“O sistema Livre Acesso e Circulação de Utentes no SNS (LAC) permite ao utente, em conjunto com o médico de família responsável pela referenciação, optar por qualquer uma das unidades hospitalares do SNS onde exista a consulta de especialidade de que necessita” (Ministério da Saúde, 2017, pp. 182)	Despacho n.º 5911-B/2016, Diário da República n.º 85. Série, II, Data da Publicação, 03/05/2016
“Altera o Sistema Integrado de Gestão do Acesso dos utentes dos serviços de saúde”	Decreto-Lei n.º 44/2017 de 20 de abril, Diário da República n.º 78/2017, Série I de 2017-04-20
“Define os Tempos Máximos de Resposta Garantidos (TMRG) no Serviço Nacional de Saúde para todo o tipo de prestações de saúde sem carácter de urgência e aprova e publica a Carta de Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos Utentes do SNS”	Portaria n.º 153/2017 de 4 de maio, Diário da República n.º 86/2017, Série I de 2017-05-04

Fonte: Ministério da Saúde

Constituídas por elementos que se relacionam dinamicamente, interagindo para a obtenção de objetivo, as organizações de saúde são sistemas abertos apesar da existência de barreiras ao seu acesso. Sendo o tempo que um utente espera para ter acesso aos serviços de saúde uma barreira (OPSS, 2017), esta pode funcionar como um obstáculo ou como forma de racionar o acesso a recursos disponíveis limitados (Sousa, 2009).

Caracterizado como um fenómeno dinâmico são vários os fatores do lado da procura e do lado da oferta que afetam os tempos de espera, uma vez que, os tempos de espera aumentam se os pedidos excedem a oferta, e reduzem se a oferta é superior aos pedidos. Tanto a procura como a oferta são suscetíveis de crescer ao longo do tempo (OCDE, 2020).

### 3. Medidas de Gestão de Listas de Espera

A tendência de crescimento dos pedidos de acesso a cuidados de saúde aumenta, por um lado devido ao envelhecimento da população, uma vez que aumenta as necessidades, e por outro pelo crescente desenvolvimento tecnológico, através do aumento das patologias de condições tratáveis (OPSS, 2019).

Este elemento dinâmico implica que períodos de aumento da oferta podem ser associados ao aumento do tempo de espera ou à existência de listas de espera caracterizados ou identificados como uma forma de racionamento da procura de cuidados de saúde, em alternativa ao preço (Barros, 2009).

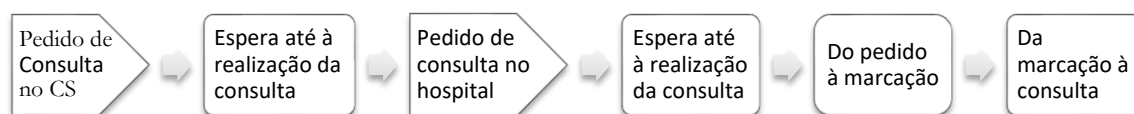
#### 3.1. Os Critérios de Priorização no Acesso

Em sistemas públicos de saúde, onde o preço é praticamente nulo no momento de consumo dos cuidados (Barros, 2009), a adoção de listas de espera e garantias de tempos máximos de espera, como instrumento de racionamento, é considerado mais equitativo do que o racionamento baseado no preço monetário, uma vez que não é

pretensão restringir o acesso com base em características socioeconómicas (Bago, D’uva, 2010).

Para Barros (2008) as listas de espera representam vários pontos de análise do tempo em que o doente aguarda por uma consulta de especialidade (Figura 4).

Figura 4. Diferentes pontos do tempo de espera do doente



Fonte: Barros (2008)

Para além dos assinalados, Barros (2008), salienta que há pontos de análise que não se encontram ilustrados, mas que contribuem igualmente para o tempo de espera do doente, como é o caso de, em cada fase do circuito, existir uma decisão médica em avançar para o ponto seguinte ou propor um tratamento alternativo. Assim, considera que o “tempo de espera total no percurso de um doente é, pois, dado pela soma de vários tempos parcelares”. Barros (2008, p.2).

Para uma melhor alocação dos recursos disponíveis na procura de cuidados de saúde especializados, o SNS, procura moderar a procura excessiva através de mecanismos de ‘obrigatoriedade’ de um registo prévio nos cuidados primários para que o encaminhamento dos utentes seja feito para os cuidados secundários, que com a atual estrutura organizacional fazem parte os Hospitais Regionais e Unidades de Saúde Local, ou para os cuidados terciários constituídos pelos Centros Hospitalares (OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, 2019b).

No entanto, a efetividade desses mecanismos é reduzida, uma vez que, e segundo um relatório da OCDE de 2015, 42% dos atendimentos nas urgências, caracterizado por ser um canal de acesso a cuidados especializados ou consultas de especialidades, poderiam ter sido realizados em unidades de cuidados de saúde primários (OCDE, 2015).

A redução da procura e a consequente redução da utilização associado aos tempos de espera nos cuidados de saúde, não são sinónimos de perda de utilidade nem de aumento de custos para os indivíduos, mas sim uma adequada gestão das listas de espera de forma a reduzir os tempos de espera, com o objetivo último de aumentar o bem-estar dos utentes e melhorar a performance das instituições de saúde (McIntyre e Chow, 2020).

Contudo, não se pretende que o tempo de espera seja nulo, uma vez que aumentando a importância do tempo de espera dos doentes poder-se-á também aumentar os períodos de inatividade dos serviços. Assim, para um equilíbrio no sistema de procura e oferta, não se pretende reduzir a zero o tempo de espera, pois o tempo clinicamente aceitável faz parte do processo de gestão de recursos (Barros, 2009), sendo o tempo de espera ótimo caracterizado pela ordenação dos utentes, em listas de espera, de uma forma ótima (McIntyre e Chow 2020) e de acordo com as suas reais necessidades.

A definição de critérios de priorização no acesso a cuidados de saúde não emergentes, associados à definição de tempos de espera que espelhem as reais necessidades dos utentes, tendo em conta o estado clínico, são caracterizados por uma equidade denominada como vertical - diferentes necessidades devem gerar uma diferente utilização (Bago d’Uva, 2010).

A classificação da priorização baseada na condição clínica do utente, são, segundo Siciliani e Verzulli (2009), sistemas pouco formais por utilizarem apenas três níveis de prioridade, ao contrário dos sistemas mais formais que atribuem uma pontuação, com vários itens de avaliação, tendo em conta a necessidade de cada utente – maior pontuação é equivalente a um menor tempo de espera.

Para Barros (2009) a definição de tempos médios de espera e o estabelecimento de prioridades, com base na condição clínica dos utentes, tendo em conta a gravidade e a urgência dos casos, equilibra a procura e a oferta no benefício esperado e a equidade no acesso.

Contudo, apesar destas formas de controlo do acesso aos serviços de saúde, muitos sistemas de saúde públicos apresentam elevados tempos de espera para acessos

eletivos, quer para cirurgia quer para consultas de especialidade (Siciliani e Verzulli, 2009).

### 3.2. Experiência Internacional

As políticas públicas defendidas para um acesso equitativo aos cuidados de saúde têm sido uma realidade em países da OCDE. Essas políticas, tendo como objetivo a redução dos tempos de espera, são caracterizadas pela atribuição de uma garantia máxima de tempo de espera, assegurando que nenhum paciente que necessite de cuidados de saúde deve aguardar mais do que um tempo pré-determinado (Siciliani, Borowitz e Moran, 2013).

As políticas para reduzir os tempos de espera para consultas de especialidade nos países da OCDE diferem de país para país. Enquanto alguns países especificam tempos de espera máximos apenas para tratamentos específicos, outros aplicam para todos os procedimentos que envolva o acesso de utentes a cuidados de saúde.

Outro critério que também difere é a forma como o utente é categorizado no acesso. A maioria dos países atribui um tempo de espera máximo para o acesso a consultas de especialidade mediante uma avaliação especializada, geralmente associadas à condição e gravidade do estado clínica, enquanto outros, a categorização é feita única e exclusivamente a partir do encaminhamento dos cuidados primários.

Outro dos critérios que distingue os países da OCDE no estabelecimento de tempos máximos garantidos para consulta de especialidade, é a forma como estes máximos são utilizados. Segundo a OCDE (2020), a descrição das políticas destes países dividem-se em 5 categorias:

Quadro 7. Políticas para Reduzir os Tempos de Espera para Consultas de Especialidade nos Países da OCDE

Políticas de gestão dos TMRG	Países
Tempos máximos de espera para os prestadores.	Finlândia e Inglaterra
Máximas garantias de tempo de espera permitindo uma maior escolha de prestadores.	Dinamarca e Portugal
Aumento da oferta para atingir os objetivos de tempo de espera máximo.	Holanda, Irlanda, Austrália, Canadá, Hungria, Estónia, Polónia e Eslovénia
Melhor gestão da procura, dando prioridade aos doentes da lista.	Nova Zelândia, Noruega Austrália
Melhorar a coordenação entre os cuidados primários e secundários para reduzir os tempos de espera para consultas de especialidade	Polónia, Finlândia, Itália, Eslovénia e Costa Rica

Fonte: OCDE, 2020

- **Os tempos máximos de espera para os prestadores** - Em países como Inglaterra e Finlândia a adoção de sanções ou penalizações para o incumprimento dessas garantias máximas de tempo de espera é uma consequência para os prestadores de cuidados de saúde. Com uma elevada supervisão regulamentar os fornecedores veem-se obrigados a atingir os objetivos impostos, caso contrário a aplicação de sanções ou coimas é uma realidade. A introdução destas políticas tem sido bem-sucedidas na redução significativa dos tempos de espera a partir dos níveis mais elevados em ambos os países.
- **Máximas garantias de tempo de espera permitindo uma maior escolha de prestadores** - Dois países, Dinamarca e Portugal, associaram o tempo máximo de espera para uma consulta de especialidade com as políticas de escolha do paciente e algum envolvimento do setor privado quando os tempos de espera atingem determinados níveis. Na Dinamarca a escolha dos utentes por outra instituição de saúde, pública ou privada é uma realidade desde o ano de 2002, em Portugal apenas foi implementada uma medida semelhante a partir do ano de 2016 limitando a escolha a instituições públicas. Estas políticas contribuíram para a redução nos tempos de espera na Dinamarca que se mantiveram ao longo do tempo, enquanto as reduções nos tempos de espera foram conseguidas

inicialmente em Portugal, mas provaram ser mais difíceis de sustentar nos últimos anos.

- **Aumento da oferta para atingir os objetivos de tempo de espera máximo** - Países como Holanda, Irlanda, Austrália, Canadá, Hungria, Estónia, Polónia e Eslovénia adotaram políticas de redução dos tempos de espera com o aumento da oferta de serviços através da produção adicional. Caracterizada por um financiamento suplementar a profissionais de saúde para a realização de sessões extraordinárias e em horários pós-laboral, a produção adicional, apesar de ser dispendiosa, levará à redução na espera se o aumento da oferta compensar o aumento da procura.
- **Melhor gestão da procura, dando prioridade aos doentes da lista de espera** - Definir prioridade no acesso a cuidados de saúde com a implementação de novas políticas, requer uma intervenção do lado da procura e reveste-se de duas formas:
  - a) Primeiro, países como a Nova Zelândia introduziram políticas que gerem a procura dando prioridade a pacientes com necessidades clínicas diferentes, com o objetivo de evitar acrescentar pacientes à lista quando os benefícios esperados do tratamento são pequenos ou quase nulos.
  - b) Em segundo lugar, a Noruega, Austrália e a Nova Zelândia (em complementaridade à primeira medida) estabeleceram que a priorização da lista de espera passaria por um lado, na redistribuição dos tempos de espera por nível de gravidade e por outro assegurar que os utentes com condições mais graves esperem menos tempo pelo acesso aos cuidados de saúde.
- **Melhorar a coordenação entre os cuidados primários e secundários para reduzir os tempos de Espera para consultas de especialidade** - Vários países têm enfatizado a necessidade de uma melhor coordenação entre os cuidados primários e secundários, para garantir que os encaminhamentos dos cuidados primários sejam apropriados e tratados de forma atempada. Na Polónia, o plano é reforçar o papel dos médicos de família de forma a reduzir a necessidade de cuidados especializados.

Em países como a Finlândia, Polónia, Eslovénia e Costa Rica reforçou-se o papel da figura do médico de medicina familiar de forma a reduzir a necessidade de cuidados especializados e dotar os cuidados primários de consultas especializadas para reduzir o encaminhamento desnecessário para cuidados hospitalares ou realizar uma melhor avaliação e acompanhamento da necessidade ou não desse encaminhamento (OCDE, 2020).

Em Itália, foi introduzido um sistema de classificação através de critérios base uniformizados, criado por especialistas e médicos de medicina familiar, onde é avaliada a necessidade e urgência dos pedidos de consulta especializada ao mesmo tempo que lhes é atribuído um tempo máximo de espera (OCDE, 2020).

Em muitos casos as garantias de tempo de espera podem não ter força de lei, e mesmo que tenham, pode ser difícil para os utentes exercerem os seus direitos, são, por outras palavras, menos garantia e mais aspiração. As diferentes definições de garantia de tempo de espera tornam difícil comparar a duração do tempo de espera sob as garantias entre países, a questão crítica é como a garantia é aplicada, isto é, quer através de processos administrativos ativos, quer permitindo ativamente que os pacientes escolham prestadores alternativos, incluindo o setor privado (Siciliani, Borowitz e Moran, 2013).

### 3.3. O Caso Português

Em Portugal, iniciativas no âmbito da melhoria do acesso aos cuidados de saúde incluem a redução da lista de espera através da atribuição de prioridades baseada na condição clínica. (Siciliani, Borowitz e Moran, 2013).

O acesso aos cuidados de saúde nomeadamente a primeiras consultas de especialidade, foram definidos TMRG, tendo em conta o nível de acesso e o tipo de cuidado (Portaria n.º 1529/2008, de 26 de dezembro e a Portaria n.º 615/2008, de 11 de julho) – Consulta a Tempo e Horas (CTH) – que pretende que o acesso aos cuidados de saúde sejam mais céleres os seus procedimentos mais transparentes e eficazes, garantindo tempos

máximos de resposta, tendo em conta a prioridade clínica. Assim se o pedido for considerado muito prioritário a consulta deverá realizar-se em 30 dias, se for considerado prioritária a realização da consulta deverá ser realizada num prazo máximo de 60 dias e 150 dias, se a realização da consulta for considerada como prioridade normal. No entanto, com a Portaria n.º 153/2017, de 4 de maio, foram reajustados os TMRG na prioridade ‘Normal’ em que o limite máximo passa para 120 dias em detrimento dos 150 anteriormente estabelecidos.

Desde 2016, através do Despacho n.º 5911-B/2016, de 3 de maio, foi aprovado o ‘Livre Acesso e Circulação’ (LAC) para consultas de especialidade caracterizado pela possibilidade de os utentes escolherem outro hospital no SNS para além daquele que são regularmente encaminhados, tendo em conta os tempos de espera publicados no site oficial do SNS, correspondente a cada unidade hospitalar.

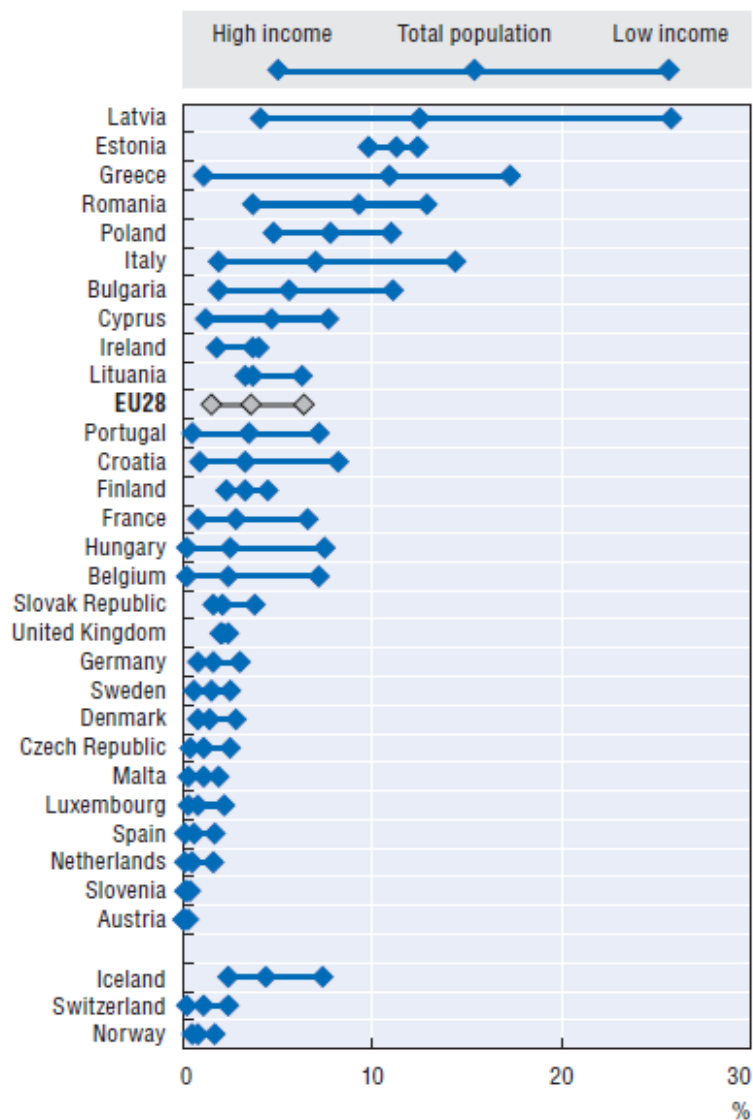
#### 4. Uma Retrospectiva Recente aos TMRG em Portugal e no CHLO

As características de um acesso correto estão inevitavelmente relacionadas com conceitos como a universalidade, a equidade, a liberdade de escolha de recursos e a facilidade em adquirir serviços de saúde (Furtado e Pereira, 2010). Contudo, o crescimento acentuado na procura de cuidados de saúde, verificado ao longo da última década pelo envelhecimento da população, pelo aumento da esperança média de vida, pelo aumento de doenças crónicas e pelos hábitos associados ao novo estilo de vida da população (Ministério da Saúde, 2018) em que, para além de necessidades clínicas, evidenciam a existência de iniquidades que se traduzem no favorecimento de uns grupos de doentes em detrimento de outros (Braun e Centeno, 2018).

Estes fatores são corroborados por um estudo apresentado pelo relatório *Health at a Glance* publicado pela OCDE em 2016, em que compara as necessidades não satisfeitas para consultas médicas dos 28 países da União Europeia focalizado em três condições: razões financeiras (por ser demasiado caro) percorrer longas distâncias e tempos de espera muito elevados. Na análise destas três condições, a maioria da população não

relatou necessidades não satisfeitas de cuidados relacionados com o financiamento na prestação de cuidados de saúde (OCDE/EU, 2016).

Figura 5. Necessidades Não Satisfeitas nos Países da União Europeia



Source: Eurostat Database, based on EU-SILC.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933429732>

Fonte: OCDE/EU, 2016

No entanto, em alguns países como Letónia, Estónia e Grécia, mais de 10 % da população referiu uma necessidade não satisfeita por pelo menos um destas razões, sendo notório

no grupo de baixos rendimentos. Em Portugal cerca de 3,5% da população em geral reportou a existência de necessidades não satisfeitas para consultas médicas. Esta percentagem sobe para os 7,2% em grupos com baixo rendimentos. Na União Europeia dos 28, o valor referente a toda a população com necessidades não satisfeitas é de 3,6%. Em grupos de baixo rendimento, quatro vezes mais pessoas relataram necessidades médicas não satisfeitas por razões financeiras, geográficas ou de tempo de espera registando um de 6,4%. (OCDE/EU, 2016).

Se relacionarmos a sustentabilidade dos sistemas com a equidade tanto no âmbito da procura como no da oferta (Simões, Augusto e Fronteira, 2017), e influenciado pela perspectiva do NPM, na última década, as opções de planeamento e escolha de políticas de governação e promoção da saúde, no acesso a cuidados de qualidade e em tempo adequado, constituíram uma das áreas mais sensíveis quando se analisa a evolução dos sistemas de saúde. (Nunes e Ferreira, 2019).

Apesar do compromisso político com o Estado Social, e os esforços para a implementação de modelos organizacionais como a criação de centros hospitalares (junção de um ou mais hospitais) e unidades locais de saúde (resultantes da fusão de hospitais e centros de cuidados primários) as reformas estruturais, segundo Harfouche (2016) não geraram os resultados desejados.

Esta situação aliada à instabilidade económica global levou a um défice orçamental elevado do país que culminou na crise económica e financeira entre 2011 e 2015 com uma intervenção externa do Fundo Monetário Internacional (FMI), da Comissão Europeia e do Banco Central Europeu (BCE) através da assinatura de um memorando de entendimento (Barros, 2012), emergindo, assim, a necessidade de aperfeiçoar a articulação e interligação entre instituições de saúde de cuidados primários e instituições hospitalares, numa capacidade de resposta equitativa sem por em causa a sustentabilidade dos sistemas de saúde (Ministério da Saúde, 2016).

Para garantir a equidade no acesso a cuidados de saúde, privilegiaram-se critérios de priorização no acesso em que, baseado na necessidade ou urgência clínica mais urgente, devam ter um acesso mais célere e um tempo de espera inferior designada por equidade vertical. Em contrapartida a equidade horizontal é caracterizada pela igualdade de

tempo de espera por indivíduos que tenham a mesma necessidade, sem existir qualquer critério de priorização (Bago d’Uva, 2010).

A condição clínica do indivíduo é então considerado um fator de necessidade, que influencia legitimamente o acesso e a utilização dos cuidados de saúde, podendo ser verificadas desigualdade por existirem diferentes necessidade clínicas (Loureiro, 2020).

## 5. Uma Análise Econométrica aos Fatores de Incumprimento dos TMRG no CHLO

Sustentadas por um estudo de Proença et al. (2003) em que são caracterizadas por um desequilíbrio complexo e multifatorial, as listas de espera são uma consequência entre a procura excessiva e a oferta diminuta. Do lado da procura encontram-se todos os utentes que a pedido do médico de medicina familiar, são referenciados para uma consulta de especialidade hospitalar, acumulando com os pedidos oriundos da urgência hospitalar e os pedidos provenientes dos serviços internos (Proença et al, 2003).

Segundo os mesmos autores, a oferta é representada pelo número de consultas que é possível realizar em determinado espaço de tempo, ou sejam as vagas disponíveis para marcação, o que, por um lado, é condicionado principalmente pela:

- Dimensão dos quadros hospitalares,
- Pela disponibilidade de horários de pessoal médico, de enfermagem e administrativo

e por outro, pelos aspetos de natureza organizativa e de eficiência hospitalar, como as sucessivas desmarcações de consultas por motivos de (Proença et al, 2003):

- Férias,
- Congressos formações
- Escalas de urgência,
- Disponibilidade de instalações,
- Falta ou Desistência

- Greves, e outros.

Caracterizado pela convergência de múltiplos processos e reformas de políticas públicas, o sistema de saúde português, evoluiu para um sistema de informação (Harfouche, 2016), que permite gerir, a nível nacional, as inscrições e movimentações dos utentes nas listas de espera, que por um lado disponibiliza mecanismos de monitorização - Sistema Integrado para Gestão do Acesso à Primeira Consulta de Especialidade Hospitalar (Portaria n.º 95/2013, de 4 de março) e por outro, vem potenciar “...melhores práticas na organização da prestação de cuidados e na resposta do SNS, com ganhos de eficácia e eficiência, mais equidade no acesso a cuidados e maior responsabilização” (Ministério da Saúde, 2018, pp.155). Adicionalmente, reforça a transparência da informação para as partes envolvidas: utentes, profissionais, instituições prestadoras de cuidados, entidades pagadoras e cidadãos em geral (Matos e Nunes, 2018).

Um desses mecanismos foi a criação do SIGA SNS – Sistema Integrado de Gestão de Acesso, ao abrigo da alínea e) do artigo 27º da Lei 15/2014, de 21 de março, que, na sua redação atual, destaca-se por ser um sistema de acompanhamento, controlo e disponibilização de informação integrada. Permite assim, um conhecimento transversal e global no acesso à rede de cuidados de saúde no SNS, possibilitando de uma resposta equitativa, atempada e contínua do acesso na prestação de cuidados de saúde, advém de sistemas de informação transversais no conhecimento e de uma informação globalizada.

No seguimento da criação do SIGA SNS, surge o acesso eletrónico à primeira consulta de especialidade hospitalar no SNS, criado com a Portaria n.º 1529/2008, de 26 de Dezembro e intitulado como “Sistema integrado e regulamentado, o Sistema Integrado de Referência e de Gestão do Acesso à Primeira Consulta de Especialidade Hospitalar nas Instituições do SNS, designado por Consulta a Tempo e Horas (CTH)”, vem preencher lacunas identificadas no processo de referência de utentes encaminhados pelos cuidados de saúde primários às consultas de especialidade hospitalar.

Este sistema de informação possibilita a identificação de necessidades na adoção de medidas de gestão em matéria de regulação, controlo e monitorização eficazes e assenta em 4 princípios:

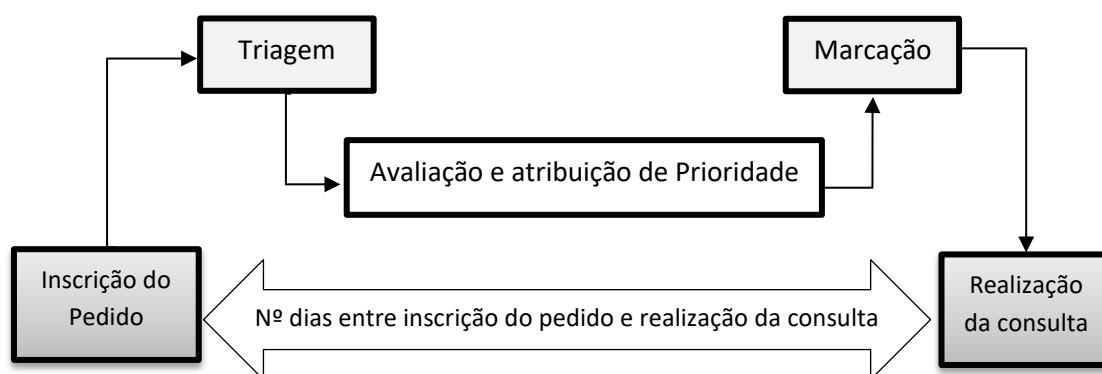
Quadro 8. Princípios do Sistema Integrado de Referência e de Gestão do Acesso à Primeira Consulta de Especialidade Hospitalar

Transparência e uniformização	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Assegurar a eficácia e a eficiência de referência assegurando a transparência e uniformização do processo.</li> <li>• Responsabilização das instituições e o envolvimento dos utentes no processo de marcação da primeira consulta de especialidade hospitalar.</li> </ul>
Tempos de acesso	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar a celeridade no acesso a primeira consulta de especialidade hospitalar.</li> <li>• Assegurar a eficácia e a eficiência do cumprimento dos tempos no processo de referência.</li> </ul>
Gestão da informação	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Definir o nível de urgência e a prioridade clínica de atendimento atribuída pelo profissional responsável pela triagem dos pedidos e marcação de primeira consulta.</li> </ul>
Monitorização	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adotar um sistema informático centralizado e integrado que estabelece a interligação e responsabilização entre os profissionais emissor e os recetores dos pedidos.</li> <li>• Monitorizar o processo, desde a data da sua solicitação até à data da sua realização ou à data de conclusão do pedido.</li> </ul>

Fonte: Portaria 95/2013, de 4 de março

O sistema de CTH é baseado em critérios, tanto de prioridade clínica como pela antiguidade do pedido de consulta registado no sistema de CTH, permitindo gerir a nível nacional, as inscrições e movimentação dos utentes nas listas de espera, desde a inscrição do pedido pelo médico de família até à realização da consulta ou conclusão do pedido.

Figura 6. Circuito de Gestão no Acesso à Primeira Consulta de Especialidade Hospitalar



Fonte: Portaria 95/2013, de 4 de março

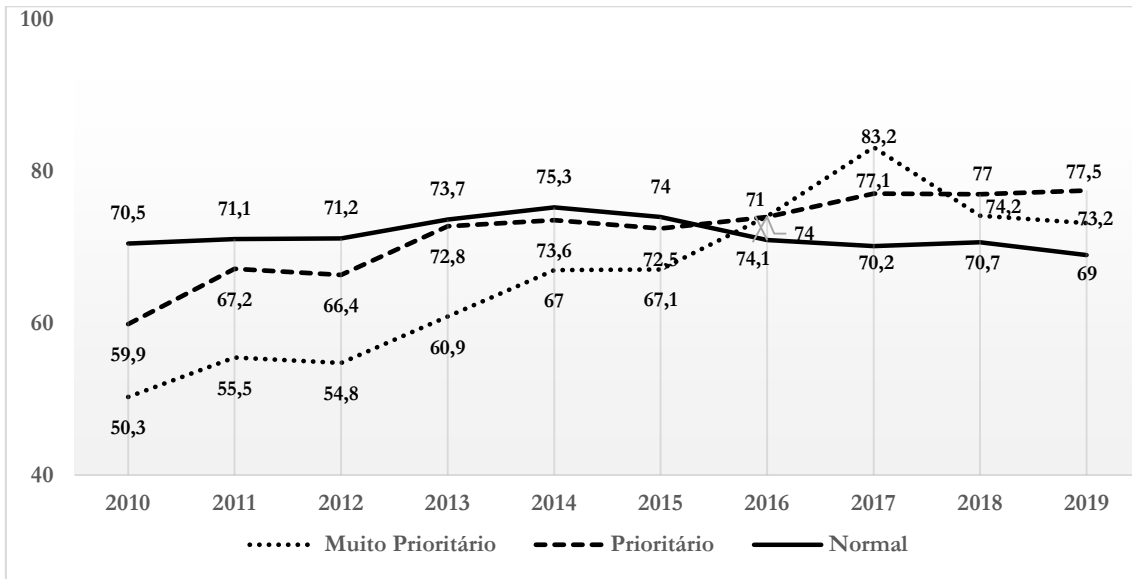
O acesso a consultas de especialidade hospitalar depende exclusivamente da identificação da necessidade da consulta de especialidade e/ou do especialista pelo médico assistente, do processo de triagem e do agendamento da própria consulta (Rocha, Braga, Silva, Martins e Faria, 2019).

A adoção de metodologias de referenciação que permite a produção de dados e indicadores, comuns e uniformes de contagem dos fatores que influenciam o acesso, é o tempo de espera imposto pela avaliação clínica efetuada a cada pedido (processo de triagem), os recursos existentes na instituição, como o número de vagas disponíveis, número de gabinetes, número de clínicos, as desmarcações de consulta (Rocha, Braga, Silva, Martins e Faria, 2019).

Segundo Rocha, Braga, Silva, Martins e Faria (2019) a avaliação do acesso a cuidados de saúde, em particular às primeiras consultas hospitalares, medida pelo grau de cumprimento dos chamados Tempos Máximos de Resposta Garantidos (TMRG) ...”para as consultas efetivamente realizadas, requer uma análise abrangente e integrada, que relacione os tempos de resposta aos pedidos que estão em espera, com a gestão que as instituições efetuam da sua lista de inscritos” (Ministério da Saúde, 2018, pp.240).

Em Portugal, conforme Figura 7, entre 2010 a 2019 verificou-se um cumprimento médio do TMRG de aproximadamente 70%, em que são as consultas triadas como prioritárias as mais cumpridoras com 71,8%, com uma variação de 4,8%, sendo no ano de 2019 o maior cumprimento.

Figura 7. Evolução do Cumprimento dos TMRG, por Nível de Prioridade (%)

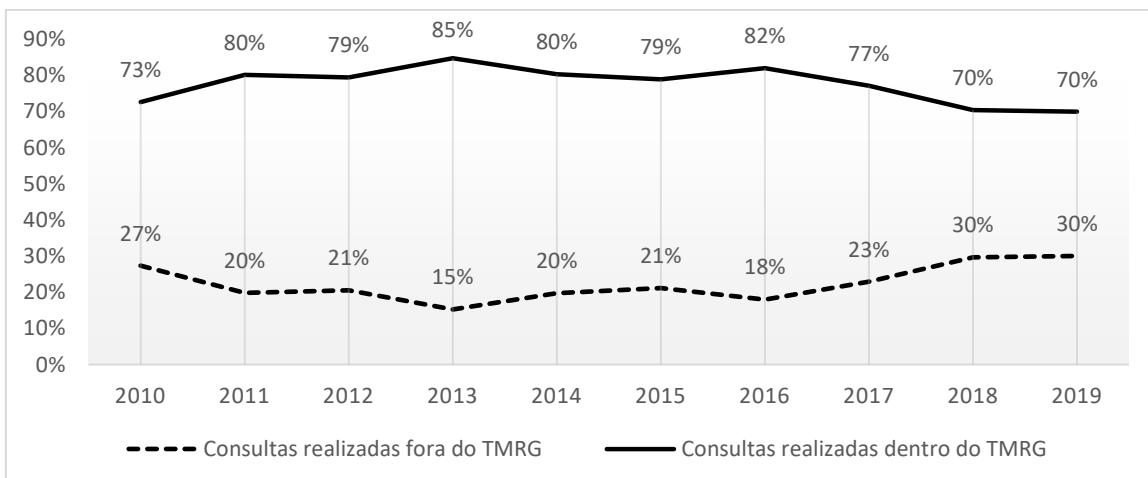


Fonte: Ministério da Saúde, 2020

As consultas triadas com prioridade normal apesar de apresentarem 71,7% de cumprimento registaram uma variação negativa de -2% ao longo do período em análise. As consultas muito prioritárias registaram 66% e 5% de variação de cumprimento sendo o ano de 2017 o que se cumpriu o TMRG (Ministério da Saúde, 2020).

No CHLO, entre 2010 e 2019 uma consulta de especialidade hospitalar tem um tempo médio de resposta, desde a emissão até à realização, de cerca de 146 dias.

Figura 8. Evolução do cumprimento dos TMRG, no CHLO



Fonte: ADW-CTH, SONHO-V2

Com uma percentagem de consultas realizadas dentro do tempo, entre 2010 e 2019, é em média de 73% sendo as especialidades de Oncologia Médica, Obstetrícia e Medicina Física e Reabilitação que mais rápido dão resposta aos pedidos com uma resposta, média inferior a 30 dias. Nos anexos I, II e III, estão representados graficamente a evolução do número de dias de resposta aos pedidos de acordo com a prioridade atribuída em triagem por especialidade, no CHLO.

### 5.1. Metodologia de Investigação

A execução desta análise quantitativa, pretende que através “...da análise de factos e fenómenos observáveis e na medição/avaliação em variáveis passíveis de serem medidas, comparadas e/ou relacionada no decurso do processo empírico” (Coutinho, 2018, p.28), e cujo principal objetivo é avaliar os fatores que mais contribuíram para o incumprimento dos TMRG no CHLO entre 2010 e 2019 e em que medida são responsáveis por tais incumprimentos.

A pesquisa assenta num estudo de caso que, segundo Yin (2002), se define como uma estratégia de pesquisa que procura responder às perguntas ‘como?’ e ‘porquê?’. Assim, através dos dados recolhidos, da pesquisa documental e do levantamento das estratégias implementadas no CHLO, pretende-se responder à pergunta de investigação definida para este estudo “Quais os fatores que mais influenciaram o incumprimento dos Tempos Máximos de Resposta Garantidos em primeiras consultas de especialidade, entre 2010 e 2019, no Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental?”.

Foram consideradas as primeiras consultas de especialidade registadas e realizadas entre 1 de janeiro de 2010 e 31 de dezembro de 2019, de 30 especialidades, o que perfaz um total de, aproximadamente, 925 684 episódios de primeiras consultas.

A extração de dados foi realizada através de plataformas disponibilizadas pelo Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental: plataforma SONHO V2 – Sistema Integrado de Informação Hospitalar, ADW-CTH – *Alert Data Warehouse* de CTH e na plataforma de Indicadores de Gestão.

Foi utilizada a análise por regressão de dados em painel no STATA - *Data Analysis and Statistical Software* através de dados exportados em Excel.

De acordo com o Quadro 9 foram definidas as seguintes variáveis de estudo:

Quadro 9. Caracterização das Variáveis

Variáveis	Definição
M = Clínicos ao serviço	Corresponde ao número total de médicos afetos à especialidade anualmente.
V = Vagas disponíveis	Número total de vagas de consultas de primeira vez disponíveis por especialidade.
T = Triagem	Corresponde o número de dias que o pedido de consulta está sob avaliação pelo médico triador.
X <sub>mp</sub> = Pedidos de consulta triados como 'muito prioritários'	Número total de pedidos de primeiras consultas de CTH triados como 'muito prioritário'.
X <sub>p</sub> = Pedidos de consulta triados como 'prioritários'	Número total de pedidos de primeiras consultas de CTH triados como 'prioritário'.
X <sub>n</sub> = Pedidos de consulta triados como 'normal'	Número total de pedidos de primeiras consultas de CTH triados como 'normal'.
A <sub>mp</sub> = Dias de resposta ao pedido em consultas muito prioritárias (<= a 30 dias) <sup>2</sup>	Número de dias que medeiam entre o processo entre o momento em que é registada no CTH a referência pelo médico de medicina familiar para marcação de uma primeira consulta de especialidade e a sua realização como 'Muito Prioritário'.
A <sub>p</sub> = Dias de resposta ao pedido em consultas prioritárias (<=60 dias) <sup>3</sup>	Número de dias que medeiam o processo entre o momento em que é registada no CTH a referência pelo médico de medicina familiar para marcação de uma primeira consulta de especialidade e a sua realização como 'Prioritário'.
A <sub>n</sub> = Dias de resposta ao pedido em consultas normais (<=120 dias) <sup>4</sup>	Número de dias que medeiam o processo entre o momento em que é registada no CTH a referência pelo médico de medicina familiar para marcação de uma primeira consulta de especialidade e a sua realização com prioridade 'Normal'
D0 = Desmarcações de consultas que aumentam o TMRG	Número de desmarcações de primeiras consultas de CTH que aumentam o número de dias de resposta <sup>5</sup>
D1 = Desmarcações de consultas que diminuem o TMRG	Número de desmarcações de primeiras consultas CTH que diminuem o número de dias de resposta. <sup>6</sup>

<sup>2</sup>Inclui 30 especialidades com exceção da consulta de Oncologia <=7 dias, e a partir de 2017 a consulta de Cardiologia - imediato

<sup>3</sup>Inclui 30 especialidades com exceção da consulta de Oncologia <=15 dias, e a partir de 2017 a consulta de Cardiologia <=15 dias

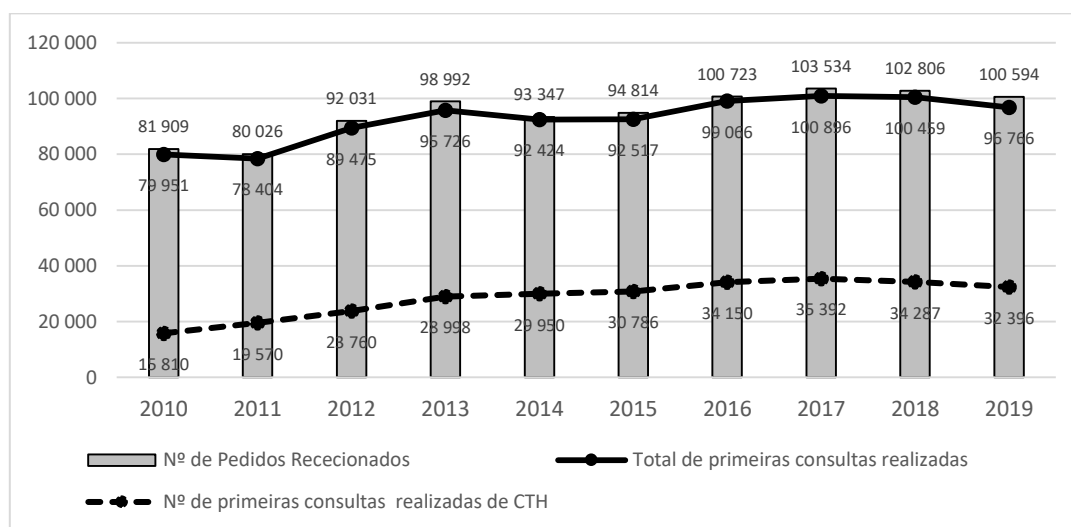
<sup>4</sup>A partir de 2017 TMRG <=120 dias com exceção da consulta de Oncologia <=30 dias e a consulta de Cardiologia <=30 dias.

<sup>5</sup>Incluiu desmarcações por motivo de: Falecimento do Doente, Internamento do doente, Desistência do Doente e Não comparência do Doente

<sup>6</sup>Inclui desmarcações por motivo de: Alteração do Estado do Doente, Engano Administrativo, Alteração do posto de consulta, Não observação do doente, Alteração de Agenda, Comissões de Serviço/Congressos/Atividades

A apresentação dos resultados é consequência da produção assistencial de primeiras consultas com proveniência do CTH, em que segundo os dados oficiais da instituição indicam a seguinte evolução dos principais indicadores de acesso à primeira consulta de especialidade no CHLO entre 2010 e 2019. (Ver Figura 9).

Figura 9. Evolução do Número de Pedidos Rececionados, Número Total de Primeiras Consultas e Número de Consultas de CTH Realizadas no CHLO



Fonte: ADW-CTH, SONHO-V2

Entre os anos de 2010 e 2019, o CHLO aumentou, anualmente, o número de pedidos rececionados para primeira consulta de especialidade, o que representa uma variação de 23%, o que representa anualmente, em média, 92 568 consultas realizadas, sendo 28 510 provenientes do sistema de CTH, representando uma variação de 69% entre o período em análise. (Nos anexos IV, V e VI está representada a evolução do número de pedidos rececionados no CHLO por prioridade e especialidade).

Das consultas de CTH realizadas, a atribuição de prioridade é um dos indicadores de análise. Com um tempo médio de resposta ao pedido, desde a emissão até à realização

---

Académicas/Formação, Falta Médica, Férias Médicas, Licenças Médica, Reunião/Representação de Serviço/Peritagem, Saída de Banco, Serviço de Urgência, Greve, Tolerância de Ponto.

da consulta, de 146 dias, a percentagem, em média, de consultas realizadas dentro do tempo, entre 2010 e 2019, é de 73% no acesso a primeiras consultas de especialidade hospitalar.

Quadro 10. Número de Consultas realizadas por prioridade

	Nível do Acesso	TMRG	Nº de Consultas realizadas									
			2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Primeiras consultas	Muito Prioritário	30 dias	283	411	418	574	496	611	940	873	938	784
	Prioritário	60 dias	1 282	2 190	2 371	2 527	2 507	2 477	2 905	3 283	3 149	2 679
	Normal	150/120 dias	9 599	12 930	16 071	8 420	21 044	21 191	24 152	23 126	19 956	18 920
	Consultas realizadas fora do tempo		4 207	3 848	4 884	2 073	5 903	6 507	6 149	8 107	10 130	9 607
	% de consultas realizadas fora do tempo		27%	20%	21%	15%	20%	21%	18%	23%	30%	30%

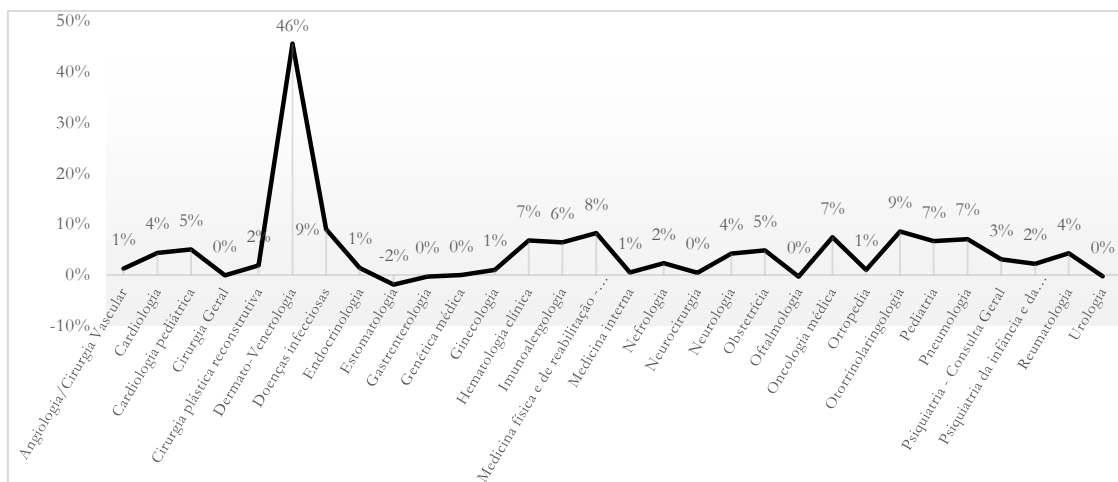
Fonte: ADW-CTH, SONHO-V2

O CHLO registou, entre 2010 e 2019, um incumprimento nos TMRG, em média, de 22%, o que equivale a cerca de 6 142 consultas anuais de CTH realizadas para além do limite de dias imposto pela prioridade atribuída no processo de triagem.

Do total de consultas de CTH realizadas é na prioridade ‘normal’ que se regista a maior execução de consultas com um total anual de 17 541, seguido das consultas triadas como ‘prioritárias’ com 2 537 consultas realizadas e ‘muito prioritárias’ com 633 consultas realizadas anualmente. Numa análise individualizada por especialidades consideradas na amostra são apresentados nos anexos VII, VIII e IX, os dados referentes às consultas realizadas por prioridade atribuída no processo de triagem nos anos entre 2010 e 2019, no CHLO.

Das variáveis em análise a evolução do número de médicos é um dos fatores que influência a produção assistencial do CHLO.

Figura 10. Evolução média do número de médicos nas especialidades em análise entre 2010 e 2019 no CHLO



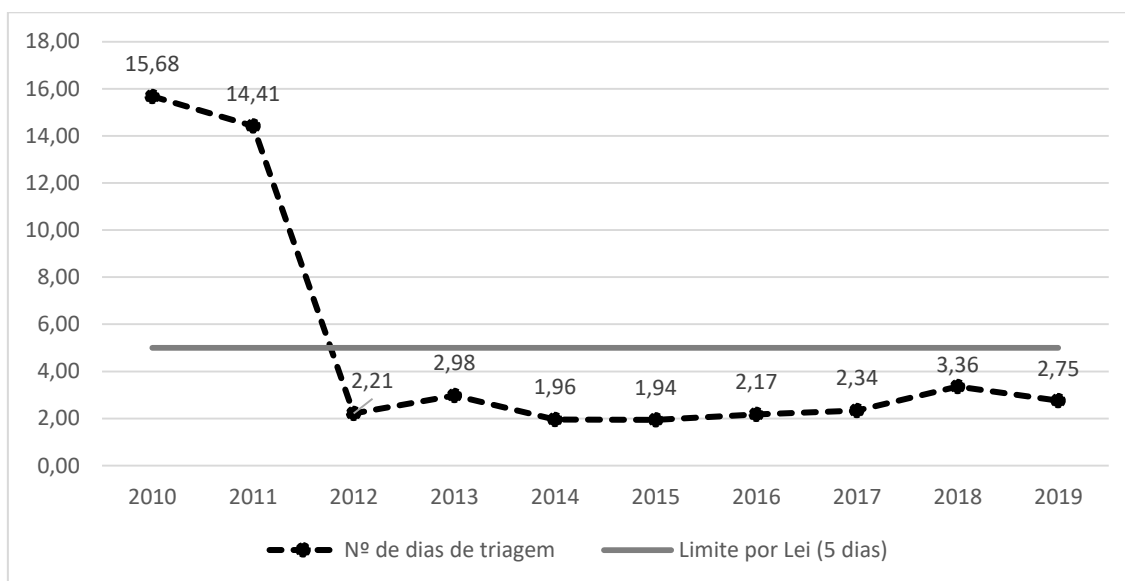
Fonte: ADW-CTH, SONHO-V2

Analisada a evolução de clínicos afetos às especialidades em análise neste estudo conclui-se que é nas especialidades de Dermatologia<sup>7</sup>, Infeciologia Medicina Física e Reabilitação, Oncologia médica e Pneumologia que registaram uma evolução positiva no número de médicos. Ao contrário das especialidades de Estomatologia, Gastroenterologia, Oftalmologia e Cirurgia Geral que registaram uma diminuição enquanto a Genética Médica, Medicina Interna e Neurocirurgia em média mantiveram o número de médicos. (Ver Anexo X).

Integrante do processo de referenciação de pedidos de consulta de primeira vez de especialidade hospitalar, de acordo com a Portaria 95/2013, de 4 de março a triagem dos pedidos de CTH deve ser feita até 5 dias. É considerado tempo de triagem, o número de dias em que um pedido de consulta de CTH demora a ser avaliado pelo médico triador.

<sup>7</sup> Em 2012 o corpo clínico do Centro de Dermatologia Médico-Cirúrgica de Lisboa passou a fazer parte integrante do serviço de Dermatologia do CHLO.

Figura 11. Evolução do Tempo Médio de Triagem em Dias no CHLO



Fonte: ADW-CTH, SONHO-V2

No CHLO, de acordo com a Figura 11, verificou-se que é nos anos de 2010 e 2011 que se registaram o maior número de dias em que os pedidos de consulta estiveram em avaliação pelo médico triador, ultrapassando, em média os 14 dias e 2,5 dias a partir do ano de 2012, mantendo-se dentro do estipulado por lei. (No anexo XI é apresentada a avaliação individualizada na evolução do número de dias, por especialidade).

Quadro 11. Proveniência dos Pedidos de Primeira Consulta no CHLO

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Total	% Total
<b>Proveniência Externa</b>	<b>22 890</b>	<b>26 460</b>	<b>30 479</b>	<b>35 812</b>	<b>36 335</b>	<b>35 574</b>	<b>57 767</b>	<b>59 153</b>	<b>57 729</b>	<b>57 421</b>	<b>419 620</b>	<b>44%</b>
ARS/CS/SAP-SP (via CTH)	718	994	880	1 113	1 402	1 888	34 240	35 906	34 694	32 841	144 676	15%
Clinicas Privadas	1	2	0	0	0	0	43	230	144	6	426	0%
Saude 24	2	4	13	1	0	1	0	0	0	0	21	0%
Exterior	15 403	18 490	22 588	27 194	27 567	28 004	23 097	20 546	20 528	22 030	225 447	24%
Bloco	0	0	0	0	0	0	3	42	41	28	114	0%
CHLO Funcionário	6 042	6 330	6 427	7 011	6 953	5 340	0	0	0	2	38 105	4%
Inem	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	3	0%
Outro Hospital	714	610	554	471	404	325	383	2 429	2 320	2 513	10 723	1%
Via Verde AVC	10	30	17	22	9	16	0	0	1	0	105	0%
<b>Proveniência Interna</b>	<b>59 019</b>	<b>53 566</b>	<b>61 552</b>	<b>63 180</b>	<b>57 012</b>	<b>59 240</b>	<b>42 692</b>	<b>44 381</b>	<b>45 077</b>	<b>43 171</b>	<b>528 890</b>	<b>56%</b>
Enfermagem	0	22	0	0	0	0	0	0	0	0	22	0%
Hospital de Dia	17 074	13 276	18 447	16 155	16 245	20 096	20 201	196	190	258	122 138	13%
Consulta Externa	3 570	3 997	5 359	6 191	4 619	4 331	4 524	30 147	30 486	28 478	121 702	13%
Internamento	154	227	154	167	207	235	687	5 529	5 523	5 652	18 535	2%
Urgência	38 221	36 044	37 592	40 667	35 941	34 578	17 280	8 364	8 878	8 783	266 348	28%
Outras	0	0	0	0	0	0	0	145	0	0	145	0%
<b>Total</b>	<b>81 909</b>	<b>80 026</b>	<b>92 031</b>	<b>98 992</b>	<b>93 347</b>	<b>94 814</b>	<b>100 459</b>	<b>103 534</b>	<b>102 806</b>	<b>100 592</b>	<b>948 510</b>	<b>100%</b>

Fonte: SONHO-V2, ADW-CTH e Portal de Indicadores de Gestão do CHLO

Analisada a proveniência dos pedidos verificou-se que entre 2010 e 2019 o maior número de pedidos de consulta rececionados pelo CHLO tem origem interna (56% do total de pedidos), em que, é do serviço de urgência que são provenientes a maior parte dos pedidos representando 28% do total dos pedidos, seguidos dos enviados pela consulta externas e do hospital de dia representando 13% cada. De origem externa (44% do total de pedidos) a proveniência dos pedidos estão distribuídos pelo encaminhamento do exterior (inclui encaminhamentos por entidades externas públicos ou privados) com 24% do total dos pedidos e com 15% encontramos os pedidos com proveniência via CTH.

Considerando as desmarcações como um fator potenciador de influência nos TMRG, esta variável, devido à sua natureza, foi dividida em dois grupos, conforme o Quadro 12.

Quadro 12. Diferente Natureza das Desmarcações que Influenciam os TMRG

	Eventos	Definição
Aumentam o TMRG	Alteração do estado do doente	Desmarcação de consulta solicitados pelo ou pelo seu responsável, para uma data posterior.
	Ausência do médico	Desmarcações de consulta por motivos de ‘congresso’, ‘formação’, ‘falta’, ‘representação de serviço’, ‘escalas de urgência’, ‘saídas de banco’.
	Procedimentos administrativos	Desmarcações de consulta efetuadas por engano e alteração do posto de consulta.
	Fatores externos	Desmarcações de consulta efetuadas devido a ‘tolerâncias de ponto’ e motivo de ‘greve’.
Diminuem o TMRG	Não Comparência/desistência do utente	Desmarcação de consultas agendada a pedido do doente
	Falecimento do Doente	Desmarcações de consultas pelo falecimento do doente
	Internamento do Doente	Desmarcações pelo internamento do doente

No cômputo geral o CHLO registou uma média anual de 32.019 desmarcações de consultas, representando em média 37% do total de primeiras consultas realizadas anualmente. Do total das desmarcações efetuadas cerca de 19.535 correspondem ao grupo que aumentam o TMRG e 5.313 que o diminuem. (Nos anexos XII e XIII é apresentada a evolução das desmarcações que diminuem e que aumentam os TMRG, por especialidade no CHLO).

## 5.2. O Modelo de Análise

Foram estimadas em STATA regressões com dados de painel, também conhecidos como dados longitudinais, na variante de “efeitos fixos” (FE, ou *fixed effects*) com equações do tipo:

$$y_{i,t} = \mu + X'_{i,t}\beta + u_{i,t} \quad i = 1, \dots, N; \quad t = 1, \dots, T \quad (1)$$

em que  $y$  é a variável dependente referente ao tipo  $i$  (especialidades, no contexto deste artigo) no período de tempo  $t$  (Asteriou & Hall, 2011; Rodrigues 2019). A constante ao

longo do tempo é  $\mu$  e  $\beta$  é um vetor de K por 1 coeficientes. O regressor referente ao tipo  $i$  no momento  $t$  é  $X_{i,t}$  para cada uma das K variáveis independentes. O erro da equação tem a estrutura seguinte:  $u_{i,t} = \mu_i + v_{i,t}$ , onde  $\mu_i$  é o efeito específico ao tipo  $i$  que não é observável e  $v_{i,t}$  é o remanescente da perturbação. Na variante de efeitos fixos (FE), os  $\mu_i$  são considerados parâmetros fixos a serem estimados. Esta classe de modelos econométricos permite controlar para a heterogeneidade individual que, a existir, se negligenciada na especificação a estimar, levará a um enviesamento nos coeficientes estimados (Durlauf & Blume, 2010).

Assim, nas equações que a seguir apresentamos, a constante específica e cada tipo  $i$  é obtida somando  $\mu_i$  a  $\mu$ .

Considerando uma desagregação por triagem em três níveis de prioridade – muito prioritário (mp), prioritário (p) e normal (n) – e para cada especialidade ( $i = 1 \dots 30$ ), para  $t = 2010 \dots 2019$ , procurou-se explicar o atraso entre a inscrição do pedido e a realização da primeira consulta CTH, medido em dias, em função do número de médicos (M), do tempo na triagem (T), do número de pedidos de marcação de uma primeira consulta em CTH ainda por realizar e triados como muito prioritários, prioritários, ou normais ( $X_{mp}, X_p$  e  $X_n$ ), do número de desmarcações que ora fazem aumentar, ora fazem diminuir TMRG (D0 e D1, respetivamente), e finalmente em função do número de vagas (V) abertas, específicas a cada especialidade.

As especificações estimadas para cada nível de prioridade foram então:

$$A_{mp,i,t} = const_{mp,i} + \beta_1 M_{i,t} + \beta_2 T_{i,t} + \beta_3 X_{mp,i,t} + \beta_4 X_{p,i,t} + \beta_5 X_{n,i,t} + \beta_6 D0_{i,t} + \beta_7 D1_{i,t} + \beta_8 V_{i,t} + \epsilon_{mp,i,t} \quad (2)$$

$$A_{p,i,t} = const_{p,i} + \gamma_1 M_{i,t} + \gamma_2 T_{i,t} + \gamma_3 X_{mp,i,t} + \gamma_4 X_{p,i,t} + \gamma_5 X_{n,i,t} + \gamma_6 D0_{i,t} + \gamma_7 D1_{i,t} + \gamma_8 V_{i,t} + \epsilon_{p,i,t} \quad (3)$$

$$A_{n,i,t} = const_{n,i} + \alpha_1 M_{i,t} + \alpha_2 T_{i,t} + \alpha_3 X_{mp,i,t} + \alpha_4 X_{p,i,t} + \alpha_5 X_{n,i,t} + \alpha_6 D0_{i,t} + \alpha_7 D1_{i,t} + \alpha_8 V_{i,t} + \epsilon_{n,i,t} \quad (4)$$

Os dados em análise requerem uma atenção particular que foi tida em conta quando se realizou o cruzamento e análise dos dados apresentados, como:

- Não se abrem vagas por prioridade, mas apenas por especialidade, sendo que a prioridade só é determinada após a triagem; (No anexo XIV está representada a evolução das vagas disponíveis para marcação por especialidade no CHLO)
- Os médicos são afetos a cada especialidade de consulta e não a prioridades atribuídas;

Após a definição do modelo a utilizar para a análise das variáveis definidas, importa igualmente definir as hipóteses a utilizar, uma vez que vão associar a forma como uma ou mais variáveis se relacionam, são as chamadas hipóteses correlacionais (Sampieri, Collado & Lucio, 2006), assim:

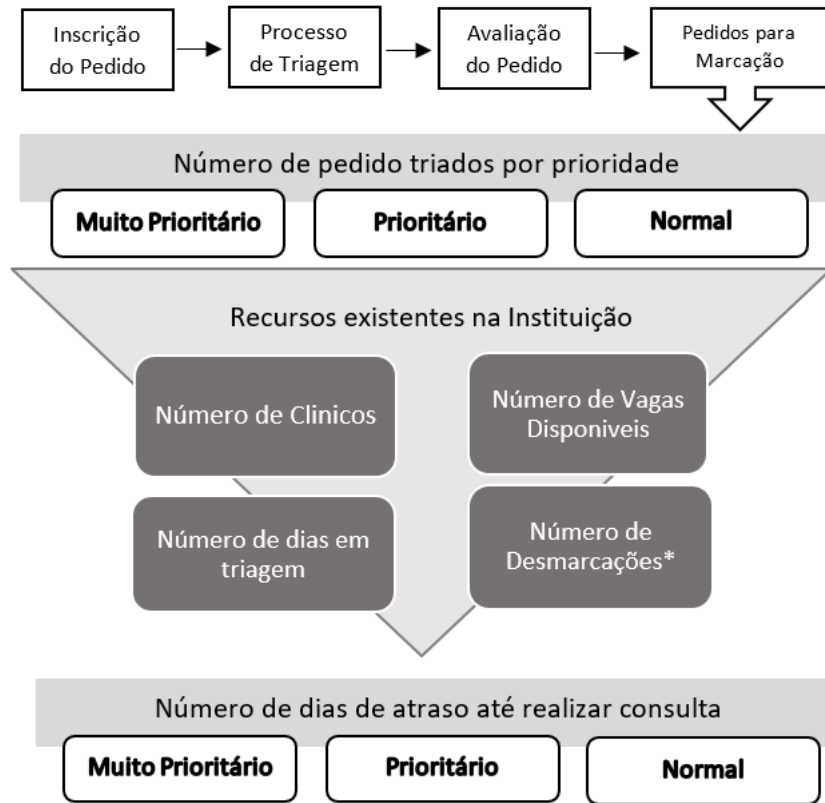
H1: Com a possibilidade de um aumento dos TMRG é provável um aumento de pedidos nos três níveis de prioridade.

H2: É no atraso do número de dias em que os pedidos permanecem no processo de triagem/avaliação que influencia o aumento dos TMRG nos três níveis de prioridade.

H3: Quanto maior o aumento de desmarcações que aumentam e/ou diminuem o atraso maior ou menor será a possibilidade na alteração dos TMRG nos três níveis de prioridade.

A figura 12 representa o modelo de análise utilizado no presente estudo.

Figura 12. Representação gráfica do modelo de análise



\*Inclui as desmarcações que aumentam e diminuem os dias de atraso

## 6. Os Resultados e a Discussão

As consultas triadas como ‘muito prioritárias’ representadas pelos pedidos de consulta que, quando enviados para triagem, são avaliados e atribuída uma prioridade, a consulta deverá realizar-se no prazo máximo de 30 dias, salvo a especialidade de Oncologia Médica com um prazo máximo de 7 dias e a especialidade de Cardiologia que, desde o ano de 2017, deve realizar a consulta de imediato.

Quadro 13. TMRG das Consultas Triadas como ‘Muito Prioritárias’

	Coeficiente	Erro padrão robusto	t	P>t	[Intervalo de confiança a 95%]	
N.º de clínicos ao serviço (M)	-1,118	1,608	-0,700	0,488	-4,284	2,049
Tempo médio de triagem para a primeira consulta CTH (T)	0,508	0,351	1,450	0,149	-0,183	1,200
Nº de pedidos de consulta triados como ‘muito prioritárias’ (x <sub>mp</sub> )	-0,008	0,041	-0,200	0,841	-0,089	0,072
Nº de pedidos de consulta triados como ‘prioritárias’ (x <sub>p</sub> )	0,011	0,026	0,430	0,665	-0,040	0,063
Nº de pedidos de consulta triados como ‘normal’ (x <sub>n</sub> )	0,002	0,003	0,560	0,574	-0,004	0,008
Número de desmarcações de consultas que aumentam o TMRG (D0)	<b>-0.0318**</b>	<b>0,012</b>	<b>-2.730</b>	<b>0,007</b>	<b>-0,055</b>	<b>-0,009</b>
Número de desmarcações de consultas que diminuem o TMRG (D1)	-0,054	0,035	-1,560	0,119	-0,122	0,014
Vagas (V)	0,000	0,001	-0,250	0,800	-0,002	0,002
<b>Efeito fixo (desvio em relação à Cirurgia Vascolar) da especialidade de:</b>						
Cardiologia	113,698	97,934	1,160	0,247	-79,139	306,536
Cardiologia Pediátrica	-10,227	17,820	-0,570	0,567	-45,315	24,861
Cirurgia Geral	72,544	78,336	0,930	0,355	-81,704	226,792
Cirurgia Plástica e Reconstructiva	0,680	23,067	0,030	0,977	-44,741	46,101
Dermatologia	49,294	44,427	1,110	0,268	-38,185	136,774
Doenças Infeciosas	-16,450	14,933	-1,100	0,272	-45,854	12,953
Endocrinologia	5,214	16,158	0,320	0,747	-26,601	37,029
Estomatologia	-12,297	17,736	-0,690	0,489	-47,221	22,627
Gastroenterologia	20,249	18,294	1,110	0,269	-15,772	56,270
Genética	<b>-45.644**</b>	<b>17,620</b>	<b>-2.590</b>	<b>0,010</b>	<b>-80,338</b>	<b>-10,950</b>
Ginecologia	24,713	19,867	1,240	0,215	-14,407	63,833
Hematologia Clínica	-14,321	15,574	-0,920	0,359	-44,988	16,346
Imunoalergologia	-10,004	13,431	-0,740	0,457	-36,451	16,443
Medicina Física e Reabilitação	-11,497	13,254	-0,870	0,386	-37,594	14,600
Medicina Interna	34,323	57,660	0,600	0,552	-79,213	147,860

Nefrologia	19,192	33,530	0,570	0,568	-46,831	85,215
Neurocirurgia	42,099	22,617	1,860	0,064	-2,436	86,634
Neurologia	13,320	27,170	0,490	0,624	-40,179	66,820
Obstetrícia	20,487	29,186	0,700	0,483	-36,982	77,957
Oftalmologia	<b>144.627**</b>	<b>50,027</b>	<b>2.890</b>	<b>0,004</b>	<b>46,122</b>	<b>243,132</b>
Oncologia Médica	-21,750	22,307	-0,980	0,330	-65,674	22,175
Ortopedia	<b>52.334*</b>	<b>24,086</b>	<b>2.170</b>	<b>0,031</b>	<b>4,908</b>	<b>99,760</b>
Otorrinolaringologia	41,964	26,777	1,570	0,118	-10,761	94,689
Pediatria	11,415	22,532	0,510	0,613	-32,952	55,782
Pneumologia	14,175	21,674	0,650	0,514	-28,502	56,853
Psiquiatria	23,949	36,356	0,660	0,511	-47,638	95,535
Psiquiatria da Infância e Adolescência	-27,246	17,736	-1,540	0,126	-62,170	7,677
Reumatologia	33,217	19,147	1,730	0,084	-4,483	70,918
Urologia	41,905	31,867	1,310	0,190	-20,844	104,654
<b>Efeito fixo da Cirurgia Vascular (constante)</b>	<b>53.036**</b>	<b>17,610</b>	<b>3.010</b>	<b>0,003</b>	<b>18,360</b>	<b>87,711</b>

Nota: \* estatisticamente significativo a 5%; \*\* estatisticamente significativo a 1%.

Number of obs = 300

F(37, 262) = 2.98

Prob > F = 0.0000

R-squared = 0.3716

Root MSE = 36.575

xi: reg a\_mp m t x\_mp x\_p x\_n d0 d1 v i.id, vce(robust)

Fonte: Cálculos do autor

Por cada consulta desmarcada que aumenta o TMRG, há uma recuperação em 0.032 dias no atraso dos TMRG nos pedidos triados como muito prioritários. Isto corresponde a uma recuperação de cerca de 11,4', assumindo 6 horas de consultas por dia (e 7.7' se for 4 horas de consultas por dia).

Mesmo com as desmarcações que pela sua natureza fazem aumentar o número de dias de resposta aos pedidos muito prioritários, esta análise estatística sugere que há um ganho de eficiência, o que poderá ser explicado pela remarcação antes do tempo previsto ou através de sobreposição em datas anteriores às inicialmente agendadas. As especialidades em que a influência das desmarcações que aumentam o número de pedidos triados como muito prioritários é mais notório é na Angio/Cirurgia Vascular, Estomatologia, Genética Médica, Imunoalergologia, Medicina Física e de Reabilitação e Oncologia Médica. (Ver Anexo XV).

Das especialidades em análise e com um intervalo de confiança de 95% verificamos que, em média, é a consulta de Genética Médica com 7,392 dias, que mais cumpre o TMRG na resposta aos pedidos de consultas muito prioritárias. Das consultas incumpridoras,

encontramos a Oftalmologia com o maior número de dias de resposta aos pedidos, em média, de 197,663 dias seguida da Ortopedia com 105,370 dias, seguido especialidade de Cirurgia Vascular (representada pela constante) que, em média responde aos pedidos muitos prioritários em 53,036 dias.

As consultas triadas como ‘prioritárias’ representadas pelos pedidos de consulta que, quando enviados para triagem, são avaliados e atribuída uma prioridade, a consulta deverá realizar-se no prazo máximo de 60 dias, salvo a especialidade de Oncologia Médica e, desde o ano de 2017, Cardiologia que devem realizar a consulta num prazo máximo de 15 dias.

Quadro 14. TMRG das Consultas Triadas como ‘Prioritárias’

	Coeficiente	Erro padrão robusto	t	P>t	[Intervalo de confiança a 95%]	
N.º de clínicos ao serviço (M)	-0,468	0,643	-0,730	0,467	-1,735	0,798
Tempo médio de triagem para a primeira consulta CTH (T)	0,314	0,229	1,370	0,171	-0,137	0,765
Nº de pedidos de consulta triados como ‘muito prioritárias’ (x <sub>mp</sub> )	<b>0,058*</b>	<b>0,023</b>	<b>2,510</b>	<b>0,013</b>	<b>0,012</b>	<b>0,103</b>
Nº de pedidos de consulta triados como ‘prioritárias’ (x <sub>p</sub> )	0,020	0,021	0,980	0,327	-0,020	0,061
Nº de pedidos de consulta triados como ‘normal’ (x <sub>n</sub> )	-0,003	0,002	-1,490	0,138	-0,008	0,001
Número de desmarcações de consultas que aumentam o TMRG (D0)	-0,011	0,007	-1,490	0,136	-0,025	0,003
Número de desmarcações de consultas que diminuem o TMRG (D1)	<b>-0,076**</b>	<b>0,027</b>	<b>-2,860</b>	<b>0,005</b>	<b>-0,128</b>	<b>-0,024</b>
Vagas (V)	-0,001	0,001	-0,930	0,355	-0,002	0,001
<b>Efeito fixo (desvio em relação à Cirurgia Vascular) da especialidade de:</b>						
Cardiologia	45,509	33,479	1,360	0,175	-20,413	111,431
Cardiologia Pediátrica	-13,897	16,994	-0,820	0,414	-47,360	19,566
Cirurgia Geral	19,875	32,035	0,620	0,536	-43,204	82,954
Cirurgia Plástica e Reconstructiva	-2,312	15,193	-0,150	0,879	-32,227	27,603
Dermatologia	<b>78.863*</b>	<b>36,197</b>	<b>2,180</b>	<b>0,030</b>	<b>7,590</b>	<b>150,137</b>
Doenças Infeciosas	<b>-36.268*</b>	<b>14,404</b>	<b>-2,520</b>	<b>0,012</b>	<b>-64,630</b>	<b>-7,907</b>
Endocrinologia	-13,577	13,745	-0,990	0,324	-40,643	13,488
Estomatologia	-6,037	19,906	-0,300	0,762	-45,233	33,159
Gastroenterologia	14,421	15,313	0,940	0,347	-15,732	44,573
Genética	<b>-48.140*</b>	<b>22,538</b>	<b>-2,140</b>	<b>0,034</b>	<b>-92,518</b>	<b>-3,761</b>

Ginecologia	7,673	14,158	0,540	0,588	-20,205	35,551
Hematologia Clínica	<b>-36.260*</b>	<b>14,450</b>	<b>-2,510</b>	<b>0,013</b>	<b>-64,714</b>	<b>-7,806</b>
Imunoalergologia	40,994	35,181	1,170	0,245	-28,280	110,268
Medicina Física e Reabilitação	<b>-28.001*</b>	<b>13,733</b>	<b>-2,040</b>	<b>0,042</b>	<b>-55,042</b>	<b>-0,961</b>
Medicina Interna	-4,206	24,796	-0,170	0,865	-53,030	44,618
Nefrologia	-10,815	17,088	-0,630	0,527	-44,462	22,832
Neurocirurgia	12,516	15,035	0,830	0,406	-17,089	42,120
Neurologia	7,212	21,759	0,330	0,741	-35,632	50,057
Obstetrícia	<b>-34.997*</b>	<b>13,649</b>	<b>-2,560</b>	<b>0,011</b>	<b>-61,873</b>	<b>-8,121</b>
Oftalmologia	<b>100.238**</b>	<b>29,390</b>	<b>3,410</b>	<b>0,001</b>	<b>42,367</b>	<b>158,109</b>
Oncologia Médica	<b>-49.120**</b>	<b>15,238</b>	<b>-3,220</b>	<b>0,001</b>	<b>-79,124</b>	<b>-19,116</b>
Ortopedia	37,055	19,688	1,880	0,061	-1,711	75,821
Otorrinolaringologia	13,780	16,055	0,860	0,392	-17,833	45,393
Pediatria	-2,661	14,543	-0,180	0,855	-31,298	25,976
Pneumologia	13,825	18,855	0,730	0,464	-23,301	50,951
Psiquiatria	8,374	21,210	0,390	0,693	-33,389	50,138
Psiquiatria da Infância e Adolescência	5,991	17,230	0,350	0,728	-27,935	39,918
Reumatologia	10,615	15,609	0,680	0,497	-20,120	41,350
Urologia	26,010	29,990	0,870	0,387	-33,043	85,062
<b>Efeito fixo da Cirurgia Vascular (constante)</b>	<b>71.055**</b>	<b>15,753</b>	<b>4,510</b>	<b>0,000</b>	<b>40,037</b>	<b>102,072</b>

Nota: \* estatisticamente significativo a 5%; \*\* estatisticamente significativo a 1%.

Number of obs = 300

F(37, 262) = 18.22

Prob > F = 0.0000

R-squared = 0.3931

Root MSE = 34.64

xi: reg a\_p m t x\_mp x\_p x\_n d0 d1 v i.id, vce(robust)

Fonte: Cálculos do autor

Das variáveis em estudo verificou-se que mais um pedido de primeira consulta CTH triada como 'muito prioritária' aumenta o atraso as consultas 'prioritárias' em 0.058 dias correspondendo a cerca de 20,88', assumindo 6 horas de consultas por dia (e 13,92' se for 4 horas de consultas por dia).

Se considerarmos o efeito positivo do número de dias de resposta a pedidos 'muito prioritários' sobre o número de pedidos 'prioritários' as especialidades que se destacam são: Angio/Cirurgia Vascular, Cirurgia Geral, Cirurgia Plástica e Reconstructiva, Doenças Infeciosas, Ginecologia, Hepatologia Clínica, Imunoalergologia, Nefrologia, Oncologia Médica, Ortopedia, Otorrinolaringologia e Psiquiatria- Consulta Geral. (Ver Anexo XVI).

Basta uma desmarcação que diminui o TMRG para reduzir o atraso nos TMRG em consultas prioritárias em 0,076 dias.

Se considerarmos 6 horas de consulta por dia, perfaz uma redução em -27,36' num intervalo de confiança de 95% entre os -46,087' e os 59,859'. Se considerarmos o efeito negativo das desmarcações que diminuem o TMRG sobre os pedidos triados como prioritários é mais notório nas especialidades de Cardiologia, Cirurgia Plástica Reconstrutiva, Dermatologia, Doenças Infeciosas, Gastrenterologia, Hematologia Clínica, Medicina Interna, Neurocirurgia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Pediatria, Pneumologia, Psiquiatria – Consulta geral, Psiquiatria da infância e adolescência e Urologia. (Ver Anexo XVII).

Das especialidades em análise verificamos que a especialidade de Oncologia Médica tem um cumprimento do TMRG de resposta a pedidos de consulta de -49,120 dias em que, num intervalo de confiança de 95% e assumindo 6 horas de consultas diárias a resposta é de -17683,20'. dentro das especialidades mais cumpridoras também encontramos a consulta de Genética com uma resposta, em média de 48,140 dias, seguido da consulta de Doenças Infeciosas, Hematologia clinica, Obstetricia, e Medicina Física e Reabilitação com uma resposta, em média de -36,268, -36,260, -34,997 e -28,001 dias respetivamente.

Analisadas as consultas que registam um incumprimento do TMRG encontramos as consultas de Oftalmologia, Dermatologia e Angio/Cirurgia Vasculuar com 1000,238, 78,863 e 71,055 dias respetivamente. Assumindo 6 horas de consulta diária e num intervalo de confiança de 95% verifica-se um incumprimento de 36085,68', 28390,68' e 25579,80' respetivamente.

As consultas triadas com prioridade 'normal' representadas pelos pedidos de consulta que, quando enviados para triagem, são avaliados e atribuída uma prioridade, a consulta deverá realizar-se no prazo máximo de 150 dias e a partir do ano de 2017, no máximo de 120 dias. As especialidades de Oncologia Médica e, desde o ano de 2017, Cardiologia que devem realizar a consulta num prazo máximo de 30 dias.

Quadro 15. TMRG das Consultas Triadas como 'Normais'

	Coeficiente	Erro padrão robusto	t	P>t	[Intervalo de confiança a 95%]	
N.º de clínicos ao serviço (M)	-1.889*	0,770	-2,450	0,015	-3,405	-0,373
Tempo médio de triagem para a primeira consulta CTH (T)	1.446**	0,140	10,340	0,000	1,171	1,721
Nº de pedidos de consulta triados como 'muito prioritárias' (x <sub>mp</sub> )	0,044	0,043	1,040	0,298	-0,039	0,128
Nº de pedidos de consulta triados como 'prioritárias' (x <sub>p</sub> )	0.151**	0,040	3,790	0,000	0,072	0,228
Nº de pedidos de consulta triados como 'normal' (x <sub>n</sub> )	0,008	0,005	1,610	0,110	-0,002	0,017
Número de desmarcações de consultas que aumentam o TMRG (D0)	0.029**	0,009	3,360	0,001	0,012	0,046
Número de desmarcações de consultas que diminuem o TMRG (D1)	-0,035	0,033	-1,060	0,290	-0,101	0,030
Vagas (V)	-0,001	0,001	-1,280	0,202	-0,002	0,000
<b>Efeito fixo (desvio em relação à Cirurgia Vascular) da especialidade de:</b>						
Cardiologia	-45,291	50,528	-0,900	0,371	-144,784	54,203
Cardiologia Pediátrica	-73,465	42,609	-1,720	0,086	-157,364	10,433
Cirurgia Geral	-80,671	53,284	-1,510	0,131	-185,590	24,248
<b>Cirurgia Plástica e Reconstrutiva</b>	<b>-93.349*</b>	<b>42,627</b>	<b>-2,190</b>	<b>0,029</b>	<b>-177,285</b>	<b>-9,414</b>
<b>Dermatologia</b>	<b>-139.971*</b>	<b>55,733</b>	<b>-2,510</b>	<b>0,013</b>	<b>-249,713</b>	<b>-30,230</b>
<b>Doenças Infecciosas</b>	<b>-130.703**</b>	<b>41,390</b>	<b>-3,160</b>	<b>0,002</b>	<b>-212,202</b>	<b>-49,204</b>
<b>Endocrinologia</b>	<b>-93.878*</b>	<b>42,128</b>	<b>-2,230</b>	<b>0,027</b>	<b>-176,831</b>	<b>-10,924</b>
<b>Estomatologia</b>	<b>-159.540**</b>	<b>44,892</b>	<b>-3,550</b>	<b>0,000</b>	<b>-247,935</b>	<b>-71,145</b>
<b>Gastroenterologia</b>	<b>-86.164*</b>	<b>42,888</b>	<b>-2,010</b>	<b>0,046</b>	<b>-170,614</b>	<b>-1,714</b>
<b>Genética</b>	<b>-136.036**</b>	<b>43,093</b>	<b>-3,160</b>	<b>0,002</b>	<b>-220,889</b>	<b>-51,183</b>
Ginecologia	-74,357	42,945	-1,730	0,085	-158,918	10,204
<b>Hematologia Clínica</b>	<b>-83.685*</b>	<b>41,739</b>	<b>-2,000</b>	<b>0,046</b>	<b>-165,872</b>	<b>-1,498</b>
Imunoalergologia	-35,902	57,483	-0,620	0,533	-149,091	77,286
<b>Medicina Física e Reabilitação</b>	<b>-128.129**</b>	<b>41,972</b>	<b>-3,050</b>	<b>0,003</b>	<b>-210,775</b>	<b>-45,483</b>
Medicina Interna	-61,976	47,885	-1,290	0,197	-156,264	32,312
Nefrologia	-75,885	43,070	-1,760	0,079	-160,692	8,922
<b>Neurocirurgia</b>	<b>-91.510*</b>	<b>44,980</b>	<b>-2,030</b>	<b>0,043</b>	<b>-180,077</b>	<b>-2,942</b>
Neurologia	-70,609	43,844	-1,610	0,109	-156,940	15,722
<b>Obstetrícia</b>	<b>-181.965**</b>	<b>42,273</b>	<b>-4,300</b>	<b>0,000</b>	<b>-265,203</b>	<b>-98,727</b>
Oftalmologia	-111,101	62,721	-1,770	0,078	-234,601	12,400
<b>Oncologia Médica</b>	<b>-114.051**</b>	<b>42,460</b>	<b>-2,690</b>	<b>0,008</b>	<b>-197,657</b>	<b>-30,445</b>
Ortopedia	20,393	52,529	0,390	0,698	-83,040	123,826
<b>Otorrinolaringologia</b>	<b>-142.650**</b>	<b>45,591</b>	<b>-3,130</b>	<b>0,002</b>	<b>-232,422</b>	<b>-52,878</b>
<b>Pediatria</b>	<b>-93.253*</b>	<b>42,265</b>	<b>-2,210</b>	<b>0,028</b>	<b>-176,474</b>	<b>-10,032</b>
Pneumologia	-49,794	42,623	-1,170	0,244	-133,721	34,132
Psiquiatria	-66,312	45,564	-1,460	0,147	-156,030	23,406

Psiquiatria da Infância e Adolescência	-83.754*	41,961	-2,000	0,047	-166,378	-1,130
Reumatologia	-89.447*	42,180	-2,120	0,035	-172,501	-6,393
Urologia	-85,561	45,268	-1,890	0,060	-174,696	3,574
Efeito fixo da Cirurgia Vascular (constante)	166.194**	41,707	3,980	0,000	84,070	248,317

Nota: \* estatisticamente significativo a 5%; \*\* estatisticamente significativo a 1%.

Number of obs = 300

F(37, 262) = 34.73

Prob > F = 0.0000

R-squared = 0.6626

Root MSE = 48.037

xi: reg a\_n m t x\_mp x\_p x\_n d0 d1 v i.id, vce(robust)

Fonte: Cálculos do autor.

Por cada clínico adicional a dar consultas com prioridade normal, reduz o TMRG em 1.889 dias (680' considerando 6 horas de consulta), com um intervalo de confiança a 95% que varia entre uma redução de 134.28' e os 1225.8', o que corresponde a 0.373 e 3.405 dias, respetivamente. O efeito negativo dos médicos no número de pedidos triados como normal é mais notório nas consultas de Cirurgia Geral, Cirurgia Plástica e Reconstrutiva, Doenças Infeciosas, Hematologia Clínica, Oncologia Médica, Ortopedia, Otorrinolaringologia, Psiquiatria-Consulta geral e Urologia. (Ver Anexo XVIII).

Por cada dia de atraso na triagem repercute-se num aumento de 1.446 dias (520') no TMRG em que, considerando 6 horas de consulta por dia, corresponde a um aumento de 421,56', em média, com um intervalo de confiança a 95% que varia entre os 421,56' e 619,56', traduzindo-se num incumprimento entre 1,171 a 1,721 dias.

O efeito positivo da triagem sobre o número de pedidos triados como normal é mais notório nas especialidades de Cardiologia, Cirurgia Geral, Cirurgia Plástica e Reconstrutiva, Doenças infecciosas, Estomatologia, Genética Médica, Ginecologia, Imunoalergologia, Medicina Física e Reabilitação, Nefrologia, Oncologia Médica, Ortopedia, Otorrinolaringologia, Pneumologia, Psiquiatria-Consulta geral, Psiquiatria da Infância e Adolescência e Urologia. (Ver Anexo XIX).

O aumento de mais um pedido de primeira consulta de CTH triada como 'prioritária' aumenta o atraso nas consultas 'normais' em 0,151 dias correspondendo a um aumento de cerca de 54,36', assumindo 6 horas de consultas por dia (e 36,24'se for 4 horas de consulta por dia). As especialidades em que este efeito positivo no aumento dos pedidos

de consultas triadas como 'prioritárias' é mais notório são: Angio/Cirurgia Vascular, Cardiologia, Cirurgia Geral, Cirurgia Plástica Reconstructiva, Dermatologia, Endocrinologia, Estomatologia, Hematologia Clínica, Imunoalergologia, Medicina Interna, Nefrologia, Neurocirurgia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Pneumologia, Psiquiatria da Infância e Adolescência e Reumatologia. (Ver Anexo XX).

Por cada desmarcação que aumenta o TMRG, aumenta o TMRG em cerca de 0.029 dias nos pedidos de consulta 'normais', variando o intervalo de confiança entre 0.012 e 0.046 dias. Assumindo 6 horas de consultas por dia, corresponde a um agravamento de 4.32', em média, com um intervalo de confiança a 95% que varia entre 4.32' e 16.56'.

As especialidades que o efeito positivo das desmarcações que aumentam o TMRG no número de pedidos de consultas triados como 'normais' são Angio/Cirurgia Vascular, Cardiologia Pediátrica, Cirurgia Geral, Gastroenterologia, Imunoalergologia, Medicina Física e de Reabilitação, Medicina Interna, Neurocirurgia, Neurologia, Obstetrícia, Oftalmologia, Ortopedia, Pediatria e Reumatologia. Das especialidades analisadas constatou-se que a consulta com maior resposta aos pedidos de prioridade normal é a Obstetrícia com -15,771 dias, seguido das consultas de Estomatologia que responde aos pedidos normais em 6,654 dias. (Ver Anexo XXI).

Estatisticamente relevante encontramos a especialidade de Cirurgia Vascular com um incumprimento de cerca de 166,194 dias na resposta a pedidos de consulta normal.

## 7. Conclusões

A equidade e o acesso a cuidados de saúde, estão profundamente relacionados com a capacidade, por um lado, de os que os sistemas de saúde se organizarem para fazer face às exigências das necessidades de uma sociedade cada vez mais envelhecida, pela prevalência da doença crónica ou por estilos de vida com dinâmicas comportamentais de risco e por outro, manter a sustentabilidade do mesmo sistema acompanhado de um incremento na eficiência e na melhoria global da qualidade dos serviços.

Com o aumento da procura por cuidados de saúde gerir o seu acesso assume uma relevância cada vez maior, uma vez que, o desequilíbrio entre a procura e oferta de serviços tem como consequência um aumento dos tempos de espera por esses mesmos cuidados.

Embora alguns tempos de espera possam melhorar a eficiência dos recursos reduzindo a capacidade inativa dos sistemas, estes ganhos de eficiência esgotam-se rapidamente e quando os tempos de espera se tornam muito longos (i.e., acima dos 3 ou 4 meses) a insatisfação dos pacientes aumenta.

Reflexo do funcionamento do sistema de saúde como um todo, os tempos de espera proporcionam aos decisores políticos uma oportunidade de desencadear mudanças para melhorar a adequação, a capacidade de resposta e a eficiência na prestação de cuidados de saúde de forma a tornar os sistemas de saúde mais centrados nas pessoas.

Com o objetivo de avaliar a resposta do sistema de gestão de consultas de primeira vez no Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental face à crescente procura por primeiras consultas de especialidade e para atingir os objetivos propostos neste estudo foram desenvolvidas quatro hipóteses de investigação.

Face à primeira hipótese de investigação: “Com a possibilidade de um aumento dos TMRG é provável um aumento de pedidos nos três níveis de prioridade.” Conclui-se que, sendo um processo dinâmico, o cumprimento dos TMRG nos pedidos ‘prioritários’ são influenciados pelo aumento dos pedidos ‘muito prioritários’. Basta o número de pedidos ‘muito prioritários’ aumentar, para a marcação dos pedidos ‘prioritários’ ficar

comprometido e basta o número de pedidos prioritários aumentar para comprometer o cumprimento dos pedidos 'normais'. Por outro lado, por cada clínico adicional a dar consulta, por cada especialidade, apenas beneficiaria as consultas com prioridade 'normal' possibilitando a redução de aproximadamente 2 dias no TMRG.

Na segunda hipótese de investigação: "É no atraso do número de dias em que os pedidos permanecem no processo de triagem/avaliação que influencia o aumento dos TMRG nos três níveis de prioridade." Verifica-se que o atraso no processo de triagem influencia no incumprimento do TMRG em todos os níveis de prioridade em todos os níveis de prioridade, com maior notoriedade nos pedidos com prioridade 'normal' que se repercute num aumento de cerca de 1,5 dias no cumprimento do TMRG.

Em resposta à terceira hipótese de investigação: "Quanto maior o aumento de desmarcações que aumentam e/ou diminuem o atraso maior ou menor será a possibilidade na alteração dos TMRG nos três níveis de prioridade." verificamos que existe um ganho de eficiência nas consultas 'muito prioritárias', quando existe desmarcações que aumentam os TMRG – devido ao esforço extra dos médicos em fazer 'overbooking' em vagas já marcadas, antecipação do dia de consulta, o que por sua vez faz ganhar dias ao inicialmente agendado. Por sua vez este cenário já não é significativo nos pedidos de 'consulta normal' em que se regista um aumento de dias de reposta. As desmarcações que diminuem os TMRG é mais significativa nos pedidos 'prioritários'

Face ao apresentado, enumeram-se algumas propostas de melhoria no processo organizacional:

- Que sejam redefinidos os mecanismos de monitorização e controlo para que os circuitos de agendamento de consultas médicas se tornem mais eficientes;
- Que se implementem políticas mais eficazes de "accountability"- prestação de contas, pela produção efetiva e que esta seja sujeita a incentivos ou sanções.
- Adoção de políticas de Benchmarking na avaliação da performance no contexto de melhoria na qualidade dos serviços prestados aos utentes, nomeadamente a nível do acesso e qualidade.

## 8. Bibliografia

- ACSS. (2021). *Administração Central dos Serviços em Saúde*. Obtido de Consulta a Tempo e Horas: <https://www2.acss.min-saude.pt/DepartamentoseUnidades/UnidadeAcessoeContratualiza%C3%A7%C3%A3o/ConsultaTempoeHoras/tabid/501/language/pt-PT/Default.aspx>
- Asteriou, D., & Hall, S. G. (2015). *Applied Econometrics*. Red Globe Press. *Red Globe Press*.
- Bago D'Uva, T. (2010). Equidade no setor da saúde em Portugal. Em J. Simões, *30 anos do Serviço Nacional de Saúde: Um percurso comentado* (pp. 83-112). Almedina.
- Barros, F. P., Lopes, J. d., Mendonça, A. V., & Sousa, M. F. (Jul-Set de 2016). Acesso e equidade nos serviços de saúde: uma revisão estruturada. *Saúde debate*, 40, pp. 264-271. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201611020>
- Barros, P. P. (2008). As Listas de Espera para Intervenção cirurgica em Portugal. *Iprisverbis*.
- Barros, P. P. (2009). *Economia da Saúde: conceitos e comportamentos*. (2 ed.). Coimbra: Almedina.
- Barros, P. P. (2012). Health policy reform in tough times: the case of Portugal. . *Health Policy*.(1), pp. 17-22. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2012.04.008>
- Bernardino, M. (2017). *Gestão em saúde. Organização interna dos Serviço*. Coimbra: Almedina.
- Bilhim, J. (2014). *Ciências da Administração*. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.
- Braun, G. T., & Centeno, L. G. (2018). *Sistemas de Saúde*. Publicação Ocasional do CFP.
- Carrapato, P., Correia, P., & Garcia, B. (2019). Governance na Saúde: os desafios da operacionalização. *Saúde e Sociedade*, 28(n.93), pp. 66-79. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902019190060>
- Carvalho, E. (2008). Reforma Administrativa sob o mote do New Public Management: os casos de Portugal, Espanha e Irlanda. *Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas*.
- Correia, T. (2011). New Public Management in the Portuguese health sector: a comprehensive reading. *Sociologia on line*(2), pp. 573-598.

- Coutinho, C. P. (2018). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: teoria e prática*. Coimbra: Almedina.
- Doetsch, J., Pilot, E., Santana, P., & Krafft, T. (2017). Potential barriers in healthcare access of the elderly population influenced by the economic crisis and the troika agreement: a qualitative case study in Lisbon, Portugal. *International Journal for Equity in Health*. <https://doi.org/10.1186/s12939-017-0679-7>
- Durlauf, S., & Blume, L. (2009). *Microeconometrics (The New Palgrave Economics Collection)*. Palgrave MacMillan.
- Escoval, A. (2010). O processo de contratualização na saúde em Portugal (1996-2005). *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 7-24.
- Fernandes, A. C., & Nunes, A. M. (Mar de 2016). Os hospitais e a Combinação Público-Privada no Sistema de Saúde Português. *Acta Med Port*, 29(3), pp. 217-223. <http://dx.doi.org/10.20344/amp.6712>
- Furtado, C., & Pereira, J. (2010). *Equidade e acesso aos cuidados de saúde*. Universidade de Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública. <http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdna-cdn.com/files/2010/08/EA1.pdf>
- Harfouche, A. P. (2016). *Harfouche, A.P. (2016). Políticas de Saúde: Fundamentação, prioridades, opções e Resultados*. (I. S. Politicas, Ed.) Lisboa: Coleção Estudos Políticos e Sociais.
- Loureiro, M. D. (2020). *Identifying problems in the appointment scheduling system of a major Portuguese public hospital – Is there room for improvement?* (Dissertação de Mestrado. Faculdade de Medicina do Porto).
- Madureira, C. (2020). A reforma da Administração pública e a evolução do estado-providência em Portugal: historia recente. *Ler História*(76), 179-202.
- Matos, A. A., & Nunes, A. M. (Janeiro-março de 2018). Matos, A. A., Nunes, A.M., (2018). Tecnologias da informação e comunicação no sistema de saúde português. *Journal of Health Informatics*, pp. 30-34. <http://www.jhi-sbis.saude.ws/ojs-jhi/index.php/jhi-sbis/article/viewFile/571/328>
- McIntyre, D., & Chow, C. (2020). Waiting Time as an Indicator for Health Services Under Strain: A Narrative Review. *Pub.Med.gov*. <https://doi.org/10.1177/0046958020910305>

- Ministério da Saude. (2016). *Acesso a cuidados de Saúde nos Estabelecimentos do SNS e Entidades Convencionadas*. [https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/07/Relat%C3%B3rio-Acesso-SNS\\_2016-vf.pdf](https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/07/Relat%C3%B3rio-Acesso-SNS_2016-vf.pdf)
- Ministério da Saúde. (2017). *Acesso a cuidados de Saúde nos Estabelecimentos do SNS e Entidades Convencionadas*. [https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/06/Relatorio\\_Acesso\\_SNS\\_2017\\_v.final\\_.pdf](https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/06/Relatorio_Acesso_SNS_2017_v.final_.pdf)
- Ministério da Saúde. (2018). *Retratos da Saúde*. Lisboa.
- Ministério da Saúde. (2019). *Acesso a cuidados de Saúde nos Estabelecimentos do SNS e Entidades Convencionadas*. [https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2020/09/Relatorio\\_Anual\\_Acesso\\_2019.pdf](https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2020/09/Relatorio_Anual_Acesso_2019.pdf)
- N. A. Kalimullah, K. M. (2012). New public management: Emergence and principles. *Bup Journal*, 1(1), 1-22.
- Nunes, A. M. (2016). *Reformas na gestão hospitalar: análise dos efeitos da empresarialização*. (Doctoral dissertation, Universidade de Lisboa).
- Nunes, A. M. (2018). A Recuperação Do Serviço Nacional De Saúde Português: Novas Perspetivas para a Política de Saúde. *Revista de Gestão de Saúde*, pp. 16-28. <http://dx.doi.org/10.5585/rgss.v7i1.311>
- Nunes, A. M., & Ferreira, D. C. (2019). The health care reform in Portugal: Outcomes from both the New Public Management and the economic crisis. *Journal Health Planning and Management*, pp. 196-215. doi:doi: 10.1002/hpm.2613. Epub 2018 Aug 15.
- Nunes, A. M., & Harfouche, A. P. (2015). A reforma da administração pública aplicadas ao setor da saúde: a experiencia portugues. *Revista de Gestão em Sistemas de Saúde*, 4(2), pp. 1-8.
- Nunes, A. M., & Raposeiro, R. (2019). Direito à Saúde em Portugal: Enquadramento Constitucional e o desenvolvimento do Serviço Nacional de Saúde. *Revista do Direito Público*, 14, pp. 35-48. <http://dx.doi.org/10.5433/1980-511X.2019v14n3p35>
- OCDE. (2015a). *OECD reviews of health care quality Portugal 2015 – Raising standards*. Paris: OECD Publishing.

- OCDE. (2020). *Waiting Times for Health Services: Next in Line*.  
<https://doi.org/10.1787/242e3c8c-en>
- OCDE/EU. (2016). *Health at a Glance: Europe 2016 – State of Health in the EU*.  
<https://doi.org/10.1787/23056088>
- OCDE/EU. (2018). *Health at a Glance: Europe 2018 – State of Health in the EU*.  
<https://doi.org/10.1787/23056088>
- OCDE/European Observatory on Health Systems and Policies. (2019b). *Portugal: Country Health Profile 2019, State of Health in the EU*. Paris: OECD Publishing.
- OPSS. (2015). *Acesso aos cuidados de saúde. Um direito em risco?. Relatório Primavera*.
- OPSS. (2017). *Viver em Tempos incertos - Sustentabilidade e Equidade na Saúde: relatório primavera*. Lisboa.
- OPSS. (2019). *Saúde, um direito humano: relatório primavera*. Lisboa: Observatório Português dos Sistemas de Saúde.
- Pollitt, C., Thiel, S. v., & Homburg, V. (2007). New Public Management in Europe. *Management Online Review*, pp. 1-7., pp. 1-7.
- Proença, G., Ferreira, D., Freitas, A., Madeira, F., Soares, A. O., & Ferreira, R. (2003). Programa Especial de Combate à Listade Espera para Consulta de Cardiologia: Relato de uma experiencia inovadora. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, pp. 1335-1342.
- Rocha, H., Braga, R., Silva, C., Martins, S., & Faria, S. (2019). Referenciação aos cuidados hospitalares através de um processo informatizado. Estudos Originais. *Revista Portuguesa Medicina Geral e Familiar.*, 35, pp. 285-298. doi:DOI: 10.32385/rpmgf.v35i4.12321.
- Rodrigues, M. Â. (s.d.). Modelos de Gestão Pública: Tipologias de Governação. *Interface Administração Pública*, pp. 34-38.
- Rodrigues, P. G. (2019). Uma Introdução aos Modelos de Dados Pannel: o que são e como se estimam em STATA. *Lusiada. Economia*(26), pp. 145-156.
- Sampieri, R. H., Collado, C. F., & Lucio, P. (2006). *Metodologia de Pesquisa*. (3ª ed.). MC Graw Hill.

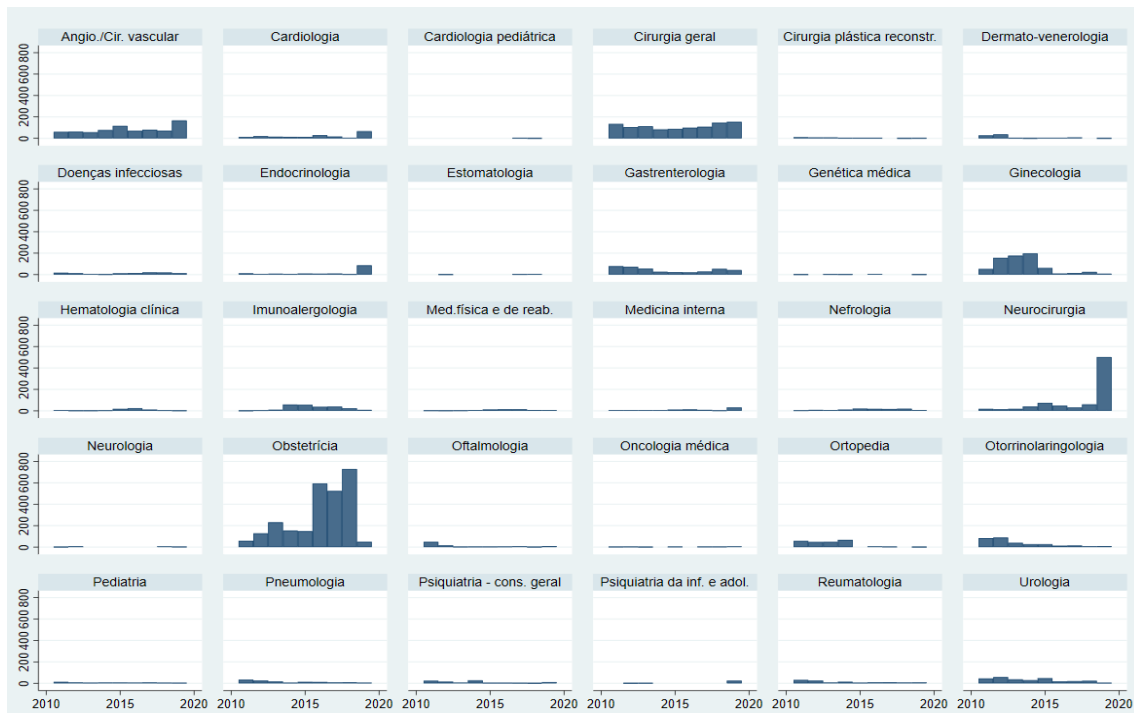
- Sampieri, R., Collado, C., & Lucio, P. (2006). *Metofologia de Pesquisa* (Vol. 3ª ed.). São Paulo: MC Graw Hill.
- Santana, A. (1993). *Acessibilidade e Utilização dos Serviços de Saúde: Ensaio Metodológico em Geografia da Saúde*. (Dissertação de Doutoramento. Universidade de Coimbra).
- Siciliani, L., & Verzulli, R. (2009). Waiting times and socioeconomic status among elderly Europeans: evidence from SHARE. *Health economics.*, 18(11), pp. 1295-1306.
- Siciliani, L., Borowitz, M., & Moran, V. (2013). Waiting Policies in the Health Sector: What Works? *OECD Health Policy Studies*. <https://doi.org/10.1787/2074319x>
- Siciliani, L., Moran, V., & Borowitz, M. (2014). Measuring and comparing health care waiting times in OECD countries. *Health Policy*, pp. 292–303.
- Silva, M. V. (2012). Políticas de saúde: Tendências recentes. *Sociologia, Problemas e Práticas*(69), pp. 121-128. <https://doi.org/10.7458/SPP201269790>
- Simões, J. (2009). Tendências internacionais nas políticas de saúde. *Janus 2009: Aliança de civilizações: um caminho possível?*.
- Simões, J., Augusto, G., & Fronteira, I. (December de 2017). Introduction of freedom of choice for hospital outpatient care in Portugal: Implications and results of the 2016 reform. *Health Policy*, 121(12), pp. 1203-1207. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2017.09.010>
- SNS.gov. (2021). *Transparência*. Obtido de Serviço Nacional de Saúde: <https://www.sns.gov.pt/transparencia/>
- Sousa, P. A. (2009). O sistema de saúde em Portugal: realizações e desafios. *Acta Paul Enferm*(22), pp. 884-894.
- Tribunal de Contas. (2020). *COVID-19: Impacto na Atividade e no acesso ao SNS*.
- Van Der Zee, J., & Kroneman, M. W. (2007). Bismarck or Beveridge: a beauty contest between dinosaurs. *BMC health services research*, 7(1), 1-11.
- WHO. (2011). Bismarck vs Beveridge: is there increasing convergence between health financing systems? *1st annual meeting of SBO network on health expenditure*. Paris: OCDE.

WHO. (2015). Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde.  
[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186468/WHO\\_FWC\\_ALC\\_15.01\\_porr.pdf?sequence=6](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186468/WHO_FWC_ALC_15.01_porr.pdf?sequence=6)

Yin, R. K. (2002). *Estudo de Caso: Planejamento e Métodos* (2ª ed.). São Paulo: Bookman.

## 9. Anexos

Anexo: I. (X<sub>mp</sub>) - Número de dias de resposta ao pedido em consultas como 'muito prioritários' por especialidade, no CHLO



Anexo: II. (X<sub>p</sub>) - Número de dias de resposta ao pedido em consultas como 'prioritários' por especialidade, no CHLO



Anexo: III. (X\_n) - Número de dias de resposta ao pedido em consultas com prioridade 'normal' por especialidade, no CHLO



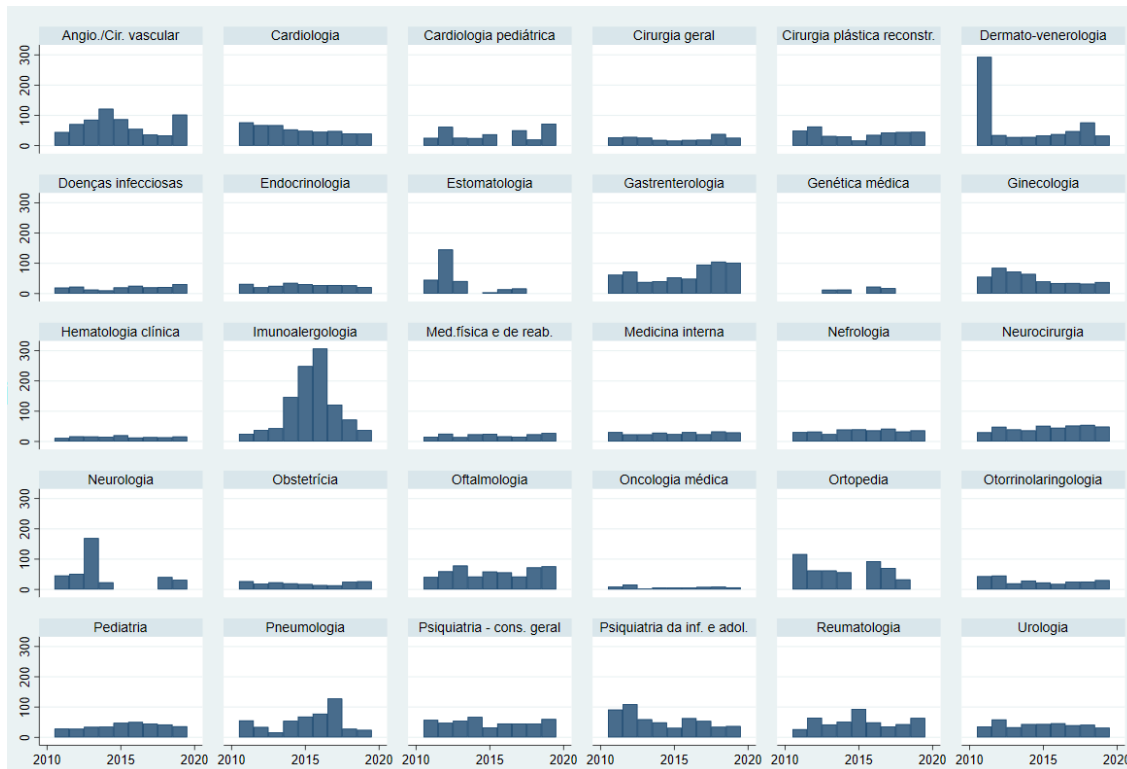
Anexo: IV. (A\_mp) – Evolução do número de pedidos de consulta de primeira vez com proveniência do CTH por especialidade, no CHLO



Anexo: V. (A\_p) – Evolução do número de pedidos de consulta de primeira vez de CTH triados como ‘prioritários’ por especialidade, no CHLO



Anexo: VI. (A\_n) - Evolução do número de pedidos de consulta de primeira vez de CTH triados com prioridade ‘normal, por especialidade, no CHLO



Anexo: VII. Total de consultas realizadas como 'Muito prioritárias' no CHLO

Especialidades	Consultas realizadas como 'Muito Prioritário'									
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Angiologia/Cirurgia Vascular	25	37	30	38	57	109	68	81	54	96
Cardiologia	11	8	19	15	12	13	26	16	2	30
Cardiologia Pediátrica	0	0	0	0	0	0	0	3	1	0
Cirurgia Geral	116	109	78	104	71	81	92	102	126	132
Cirurgia Plástica Reconstructiva	12	9	6	7	2	3	3	0	1	2
Dermatologia	24	2	14	3	1	5	5	8	0	3
Doenças Infeciosas	2	9	3	4	2	11	8	19	13	30
Endocrinologia	42	14	33	180	231	154	134	120	103	44
Estomatologia	0	0	1	0	0	0	0	3	4	0
Gastroenterologia	47	29	34	49	20	22	19	24	29	56
Genética médica	1	1	0	0	2	0	5	0	0	0
Ginecologia	26	44	125	142	168	61	5	13	20	11
Hematologia Clínica	22	6	2	2	1	18	25	10	4	1
Imunoalergologia	0	1	5	8	41	51	34	39	21	3
Medicina Física e de Reabilitação	0	2	1	3	6	10	12	14	7	1
Medicina Interna	4	6	6	5	5	10	13	9	3	5
Nefrologia	4	2	7	6	5	15	16	15	14	6
Neurocirurgia	5	13	9	16	31	71	46	30	44	35
Neurologia	0	1	4	0	0	0	0	0	4	4
Obstetrícia	20	56	117	214	132	146	586	518	686	485
Oftalmologia	3	38	3	2	3	3	4	7	1	1
Oncologia Médica	10	2	3	1	0	3	0	3	3	3
Ortopedia	33	44	42	40	60	0	6	3	0	1
Otorrinolaringologia	34	37	40	32	21	26	11	14	5	6
Pediatria	15	12	8	4	6	7	6	8	4	1
Pneumologia	34	22	13	16	4	13	12	8	9	4
Psiquiatria - Consulta Geral	12	21	13	3	17	4	4	3	0	2
Psiquiatria da infância e da adolescência	2	0	0	2	0	0	0	0	0	0
Reumatologia	16	22	17	7	12	7	9	10	2	9
Urologia	32	17	27	29	22	40	18	20	15	30
<b>Total Geral</b>	<b>552</b>	<b>564</b>	<b>660</b>	<b>932</b>	<b>932</b>	<b>883</b>	<b>1167</b>	<b>1100</b>	<b>1175</b>	<b>1001</b>

Anexo: VIII. Consultas realizadas como 'Prioritárias'

Especialidades	Consultas realizadas como 'Prioritário'									
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Angiologia/Cirurgia Vascular	191	257	347	334	389	306	299	402	522	240
Cardiologia	100	72	58	92	87	72	120	127	63	104
Cardiologia Pediátrica	3	2	2	5	3	4	0	14	7	7
Cirurgia Geral	124	181	165	221	202	159	170	192	239	220
Cirurgia Plástica Reconstructiva	19	23	23	31	30	28	17	18	4	15
Dermatologia	30	39	489	551	376	474	583	636	787	540
Doenças Infeciosas	24	23	24	15	17	19	25	15	22	13
Endocrinologia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Estomatologia	2	6	10	16	0	3	7	12	0	0
Gastroenterologia	203	262	189	163	181	85	59	46	111	141
Genética médica	9	0	0	2	14	0	4	9	0	0
Ginecologia	83	103	204	196	174	165	169	122	194	138
Hematologia Clínica	33	35	28	28	33	44	48	52	23	15
Imunoalergologia	0	23	46	57	63	7	6	113	98	107
Medicina Física e de Reabilitação	5	15	9	19	15	22	98	54	29	19
Medicina interna	19	10	15	22	20	27	19	18	26	31
Nefrologia	12	10	19	11	23	21	36	31	31	28
Neurocirurgia	42	61	83	223	291	121	343	492	472	362
Neurologia	10	20	17	11	5	0	0	6	21	18
Obstetrícia	147	392	242	207	182	91	145	78	291	296
Oftalmologia	37	174	131	31	8	10	28	93	113	211
Oncologia Médica	10	15	9	4	3	10	4	26	24	37
Ortopedia	27	73	118	85	109	0	5	13	1	0
Otorrinolaringologia	281	257	421	294	407	307	155	200	120	34
Pediatria	91	149	82	67	72	60	73	81	101	108
Pneumologia	38	30	16	15	10	21	14	16	6	6
Psiquiatria - Consulta Geral	34	93	162	74	73	25	21	18	24	27
Psiquiatria da infância e da adolescência	23	11	11	14	5	5	3	8	8	11
Reumatologia	85	107	143	203	215	244	257	371	356	386
Urologia	167	103	92	104	78	150	121	151	185	160
<b>Total Geral</b>	<b>1849</b>	<b>2546</b>	<b>3155</b>	<b>3095</b>	<b>3085</b>	<b>2480</b>	<b>2829</b>	<b>3414</b>	<b>3878</b>	<b>3274</b>

Anexo: IX. Consultas realizadas como 'Normal'

Especialidades	Consultas realizadas como 'Normal'									
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Angiologia/Cirurgia Vascular	398	652	421	382	551	67	28	27	255	728
Cardiologia	557	550	604	633	671	314	298	215	858	988
Cardiologia Pediátrica	42	23	40	49	58	27	24	41	115	145
Cirurgia Geral	1261	1514	1497	1643	1632	1246	1185	1165	1697	1815
Cirurgia Plástica Reconstructiva	365	397	489	502	577	564	590	611	826	959
Dermatologia	130	276	2817	4250	4744	867	445	380	2544	1111
Doenças Infeciosas	29	30	51	49	48	66	80	81	54	56
Endocrinologia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Estomatologia	858	871	1149	1838	1987	2213	2106	2651	2120	1840
Gastroenterologia	174	259	410	644	472	104	166	148	467	523
Genética médica	3	9	0	43	26	43	76	39	18	0
Ginecologia	562	1005	584	544	624	118	237	148	1076	862
Hematologia Clínica	190	258	321	351	289	98	102	96	592	351
Imunoalergologia	0	65	194	265	101	7	7	68	328	555
Medicina Física e de Reabilitação	47	41	50	60	90	74	114	130	74	133
Medicina interna	25	31	57	61	69	110	116	134	206	223
Nefrologia	116	132	208	227	241	151	193	142	324	371
Neurocirurgia	930	1362	1260	1439	1771	354	159	75	1846	1556
Neurologia	530	495	481	631	689	509	317	248	976	1072
Obstetrícia	806	487	559	820	1149	1445	1664	1896	1831	1744
Oftalmologia	2701	3310	3772	5068	4382	269	346	442	3860	3109
Oncologia Médica	11	2	11	23	25	19	39	31	25	21
Ortopedia	395	880	1162	822	920	134	36	64	1157	1345
Otorrinolaringologia	707	811	1174	1413	1606	1832	2622	3081	2892	2738
Pediatria	199	245	335	420	554	275	262	201	649	650
Pneumologia	168	177	190	244	258	110	187	93	510	623
Psiquiatria - Consulta Geral	88	364	253	281	305	275	222	223	319	350
Psiquiatria da infância e da adolescência	140	199	226	253	270	157	89	98	252	264
Reumatologia	274	342	285	481	414	66	101	83	741	564
Urologia	876	550	532	623	537	149	488	266	947	930
<b>Total Geral</b>	<b>12582</b>	<b>15337</b>	<b>19132</b>	<b>24059</b>	<b>25060</b>	<b>11663</b>	<b>12299</b>	<b>12877</b>	<b>27559</b>	<b>25626</b>

Anexo: X. (M) - Evolução do número de clínicos no CHLO



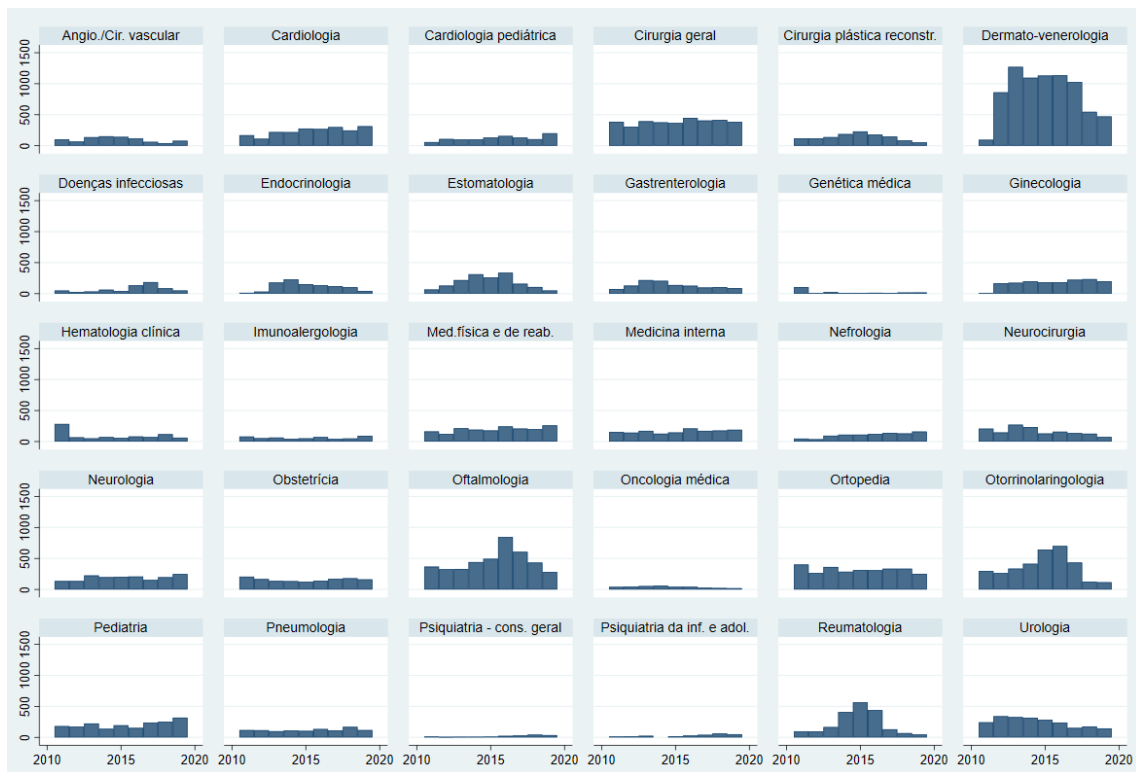
Anexo: XI. (T) – Tempo médio de triagem para primeira consulta de CTH, por especialidade, no CHLO (em dias)



Anexo: XII. (D0) - Desmarcações que aumentam o TMRG, por especialidade no CHLO



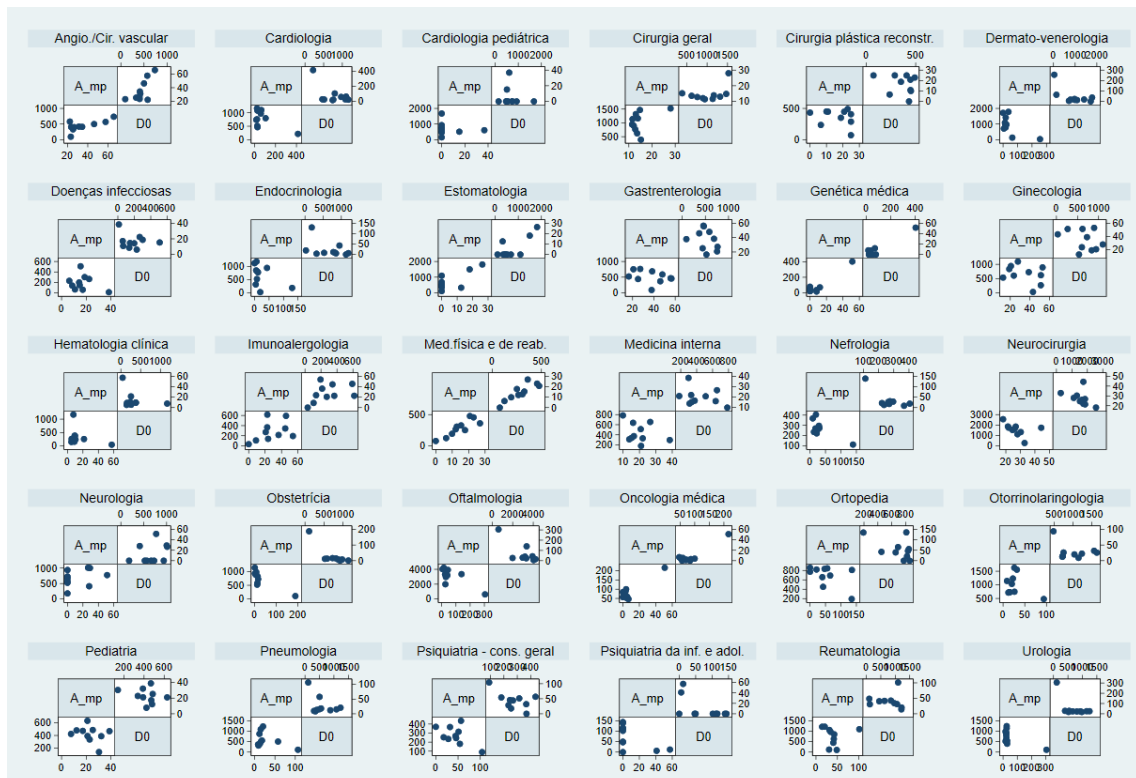
Anexo: XIII. (D1) - Desmarcações que diminuem o TMRG, por especialidade no CHLO



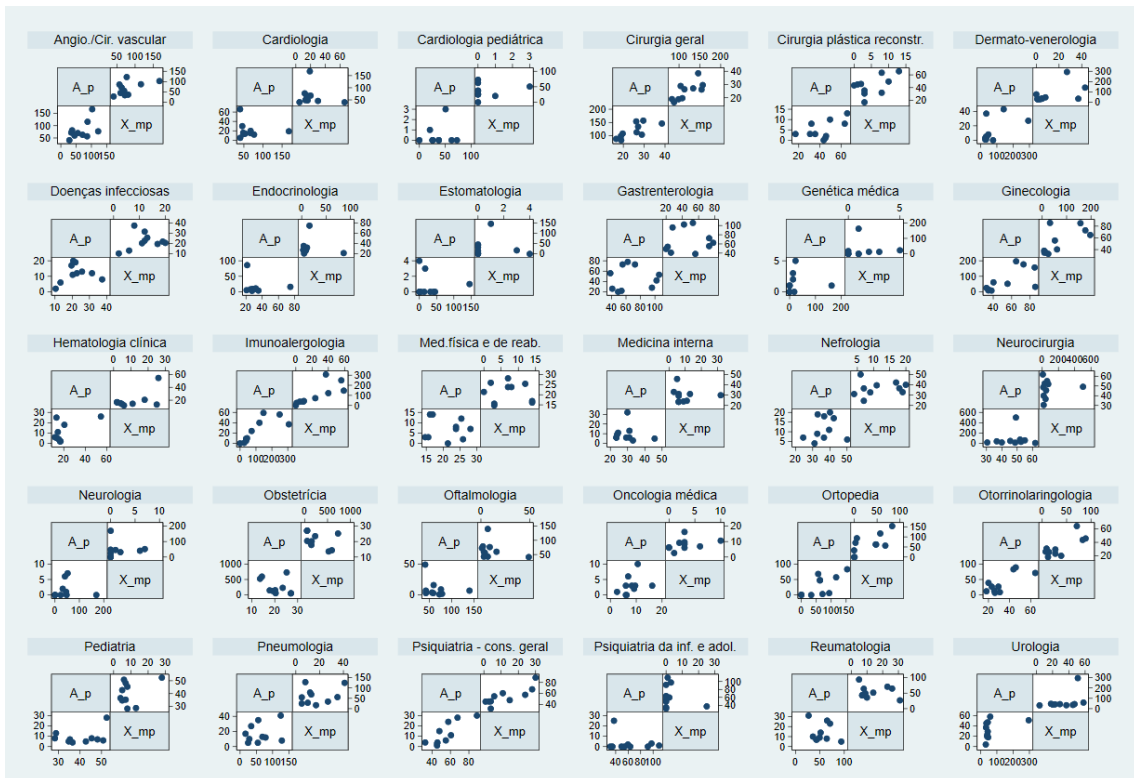
Anexo: XIV. (V) - Vagas disponíveis para marcação de consultas de primeira vez, por especialidade, no CHLO



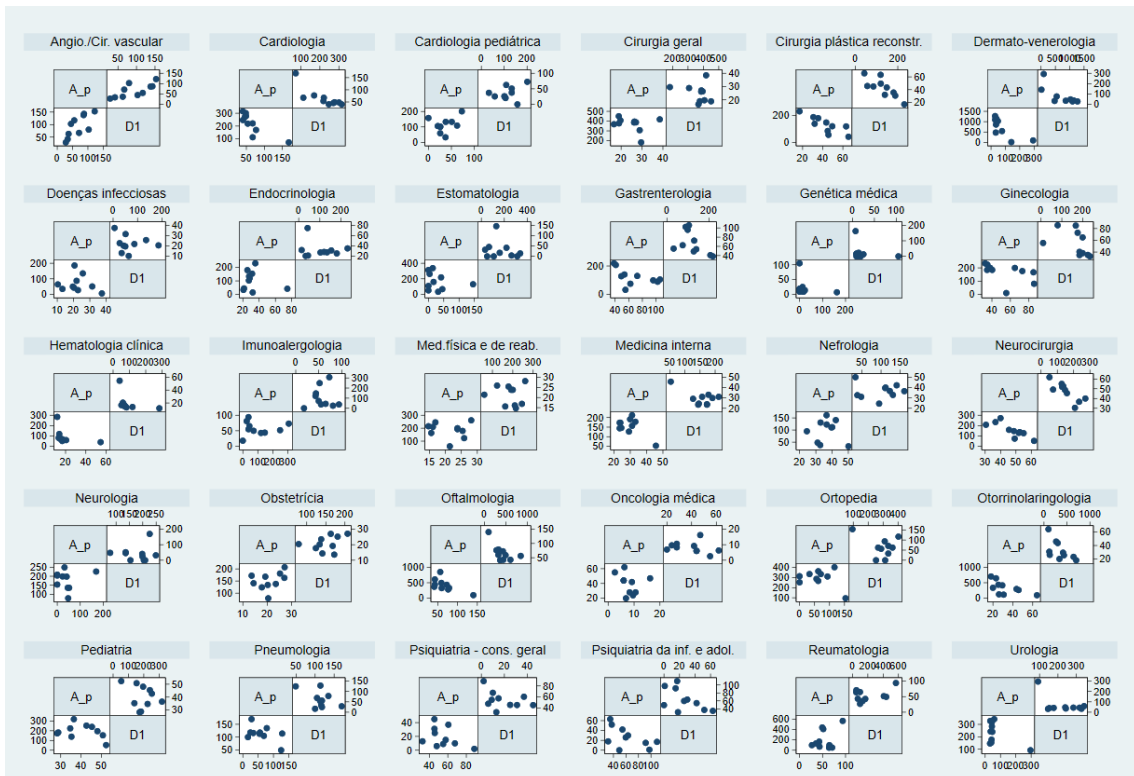
Anexo: XV. (a\_mp d0) Efeito das desmarcações que aumentam o TMRG sobre os pedidos 'muito prioritários' por especialidade, no CHLO.



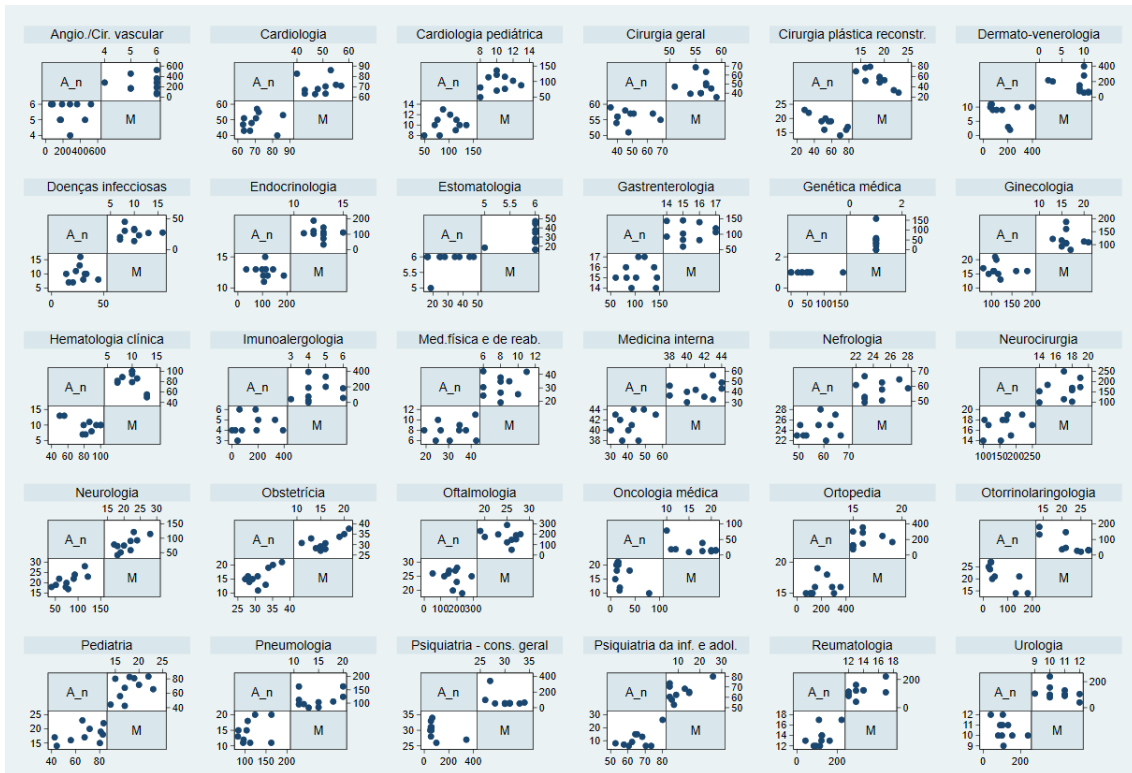
Anexo: XVI. (A\_p X\_mp) – Efeito do número de dias de resposta a pedidos ‘muito prioritários’ nos pedidos de consulta ‘prioritária’ por especialidade, no CHLO.



Anexo: XVII. (A\_p D1) Efeito das desmarcações que diminuem o TMRG nos pedidos ‘prioritários’ por especialidade, no CHLO.



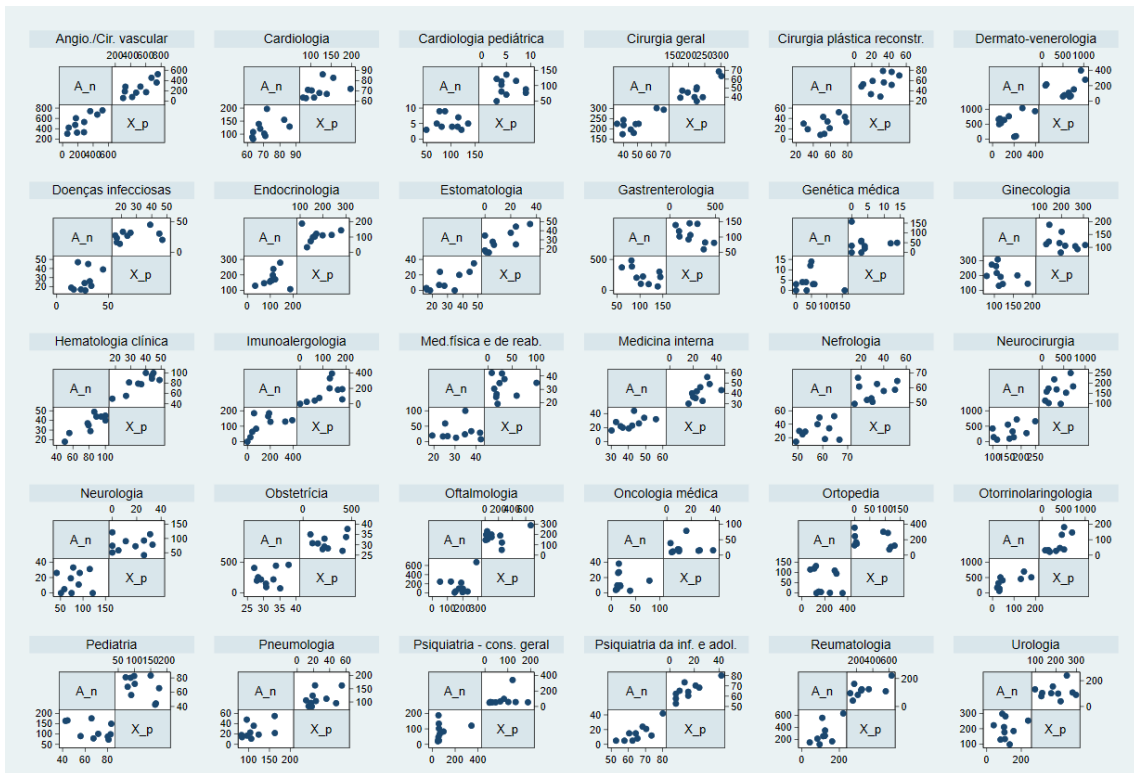
Anexo: XVIII. (A\_n M) Efeito do número de médicos nos pedidos ‘normais’, por especialidade, no CHLO.



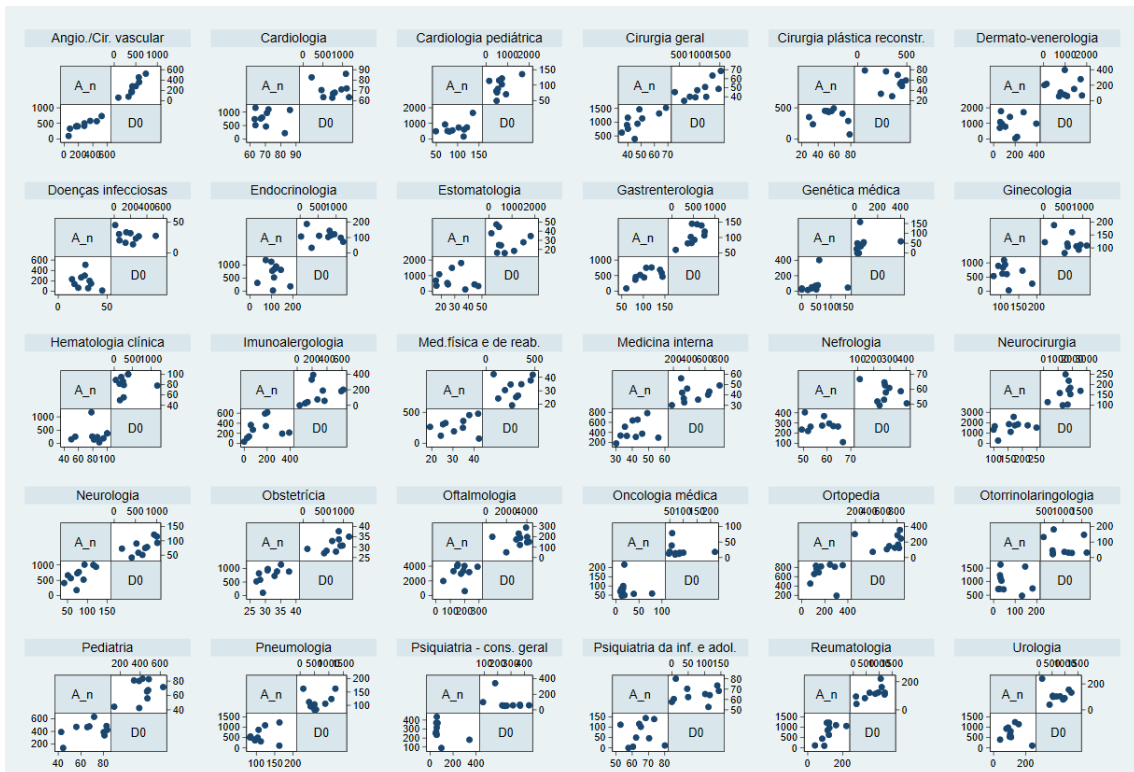
Anexo: XIX. (A\_n T) Efeito do tempo de triagem sobre os pedidos ‘normais’, por especialidade, no CHLO.



Anexo. XX. (A\_n X\_p) Efeito do número de dias de respos a pedidos ‘prioritários’ sobre pedidos ‘normais’, por prioridade, no CHLO.



Anexo XXI. (A\_n D0) Efeitos das desmarcações que aumentam o TMRG sobre pedidos ‘normais’ por prioridade, no CHLO.



## Anexo XXII. Autorização de Utilização de Dados da Produção Assistencial do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental

### Marta Mendes

---

**Assunto:** FW: Submissão de Projeto e Pedido de Autorização de Dados

**De:** Carlos Galamba  
**Enviada:** 14 de outubro de 2021 11:28  
**Para:** Marta Mendes <msgmendes@chlo.min-saude.pt>  
**Cc:** Etelvino Craveiro <ecraveiro@chlo.min-saude.pt>  
**Assunto:** RE: Submissão de Projeto e Pedido de Autorização de Dados

Autorizado.

Com os melhores cumprimentos,

Carlos Galamba de Oliveira  
Vogal Executivo do Conselho de Administração  
CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA OCIDENTAL, EPE

*Estrada do Forte do Alto do Duque  
1449-005 Lisboa, PORTUGAL*

TEL: +351 210 431 008 TELM: +351 966 921 082

[carlos.galamba@chlo.min-saude.pt](mailto:carlos.galamba@chlo.min-saude.pt)  
[www.chlo.min-saude.pt](http://www.chlo.min-saude.pt)



---

**De:** Marta Mendes  
**Enviada:** 23 de setembro de 2021 09:52  
**Para:** Carlos Galamba <[carlos.galamba@chlo.min-saude.pt](mailto:carlos.galamba@chlo.min-saude.pt)>  
**Cc:** Etelvino Craveiro <[ecraveiro@chlo.min-saude.pt](mailto:ecraveiro@chlo.min-saude.pt)>  
**Assunto:** Submissão de Projeto e Pedido de Autorização de Dados

Bom dia Exmo. Sr. Dr. Carlos Galamba,

O meu nome é Marta Mendes, Técnica de Auditoria do Serviço de Auditoria Interna no Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental e estou a concluir o curso de Mestrado em Administração Pública, na especialização de Administração em Saúde, no Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade de Lisboa.

Atualmente encontro-me a desenvolver o trabalho final de Mestrado (Dissertação), sob orientação do Professor Dr. Pedro Gomes Rodrigues, no âmbito do projeto com o título “Os Tempos Máximos de Resposta Garantidos: Uma Análise aos Fatores do Incumprimento no Acesso à Primeira Consulta”, conforme documento anexo.

O desenvolvimento deste estudo compreende a análise dos fatores que influênciam o acesso às consultas de especialidade hospitalar, o tempo de espera imposto pela avaliação clínica efetuada a cada pedido (processo de triagem) e os recursos existentes na instituição, como o número de vagas disponíveis, número de gabinetes, número de clínicos e as desmarcações de consulta.

Neste sentido, solicito a Vossa Excelência a autorização para a utilização de dados da produção assistencial que integram os indicadores de Gestão do CHLO respeitantes a episódios de consultas de primeira vez.

Agradeço antecipadamente o cuidado e a atenção relativamente a este pedido de colaboração,

Com os melhores cumprimentos,

**Marta Mendes**

Técnico Superior | Serviço de Auditoria Interna

☎ 210 431 756

☎ 967180577 / Ext. 70754

✉ [msgmendes@chlo.min-saude.pt](mailto:msgmendes@chlo.min-saude.pt)

CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA OCIDENTAL, EPE

*Estrada do Forte do Alto do Duque*

*1449-005 Lisboa, PORTUGAL*

[www.chlo.min-saude.pt](http://www.chlo.min-saude.pt)

