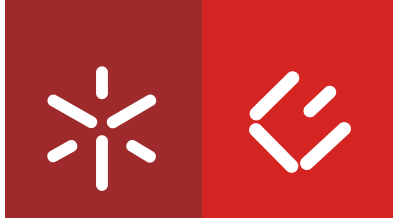


Universidade do Minho
Escola de Economia e Gestão

Ana Micaela Bento do Couto

**O IMPACTO DA CONSULTA A TEMPO E HORAS
NA GESTÃO DAS LISTAS DE ESPERA NO
CENTRO HOSPITALAR DO TÂMEGA E SOUSA,
EPE**



Universidade do Minho
Escola de Economia e Gestão

Ana Micaela Bento do Couto

**O IMPACTO DA CONSULTA A TEMPO E HORAS
NA GESTÃO DAS LISTAS DE ESPERA NO
CENTRO HOSPITALAR DO TÂMEGA E SOUSA,
EPE**

Projeto de Mestrado
Mestrado de Gestão em Unidades de Saúde

Trabalho efetuado sob a orientação da
Professora Doutora Nazaré Rego

DIREITOS DE AUTOR E CONDIÇÕES DE UTILIZAÇÃO DO TRABALHO POR TERCEIROS

Este é um trabalho académico que pode ser utilizado por terceiros desde que respeitadas as regras e boas práticas internacionalmente aceites, no que concerne aos direitos de autor e direitos conexos.

Assim, o presente trabalho pode ser utilizado nos termos previstos na licença abaixo indicada.

Caso o utilizador necessite de permissão para poder fazer um uso do trabalho em condições não previstas no licenciamento indicado, deverá contactar o autor, através do RepositóriUM da Universidade do Minho.

Licença concedida aos utilizadores deste trabalho



**Atribuição
CC BY**

<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>

AGRADECIMENTOS

Quando, em setembro de 2019, iniciei este desafio não conseguia, por mais que me esforçasse, imaginar as mudanças que a minha vida iria sofrer até à data de hoje.

Tenho muito que agradecer aos meus quatro amigos dos “bancos de escola”, que a frequência do Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde me trouxe, e que sei que ficarão para a vida, são uns verdadeiros companheiros, sempre disponíveis para uma opinião e sobretudo para “dar a mão”.

Um agradecimento muito especial ao Professor Doutor António Crispim, que, em março de 2020, quando tudo me pareceu impossível e as forças me faltaram, mais que não me deixar desistir, obrigou-me a continuar, amparando-me e motivando-me.

À Professora Doutora Nazaré Rego, uma verdadeira orientadora, muito obrigada pela dedicação, pela disponibilidade, pelo espírito crítico e por ter funcionado como uma verdadeira locomotiva deste trabalho.

Ao Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE, o meu agradecimento por autorizar a realização deste estudo e, em particular à Dr.^a Ana Cristina Silva e ao Daniel Teixeira, obrigada pela disponibilidade demonstrada.

À minha querida e estimada amiga Joana Vales, obrigada por tudo.

À minha eterna companheira de vida, Andreia Ribeiro, pela sua amizade, disponibilidade e incondicional apoio, que fez com que esta caminhada fosse bem mais fácil de concretizar.

Aos meus queridos pais, que sempre me apoiaram, incentivaram, o meu profundo agradecimento por isso e por me substituírem em tantas tarefas e funções para que me pudesse dedicar a este projeto.

Às minhas maravilhosas filhas, obrigada pela paciência que sempre tiveram e pelo esforço que fizeram para entender os meus momentos de ausência para dedicação a este trabalho.

Ao Nuno, por apoiar e partilhar estas minhas aventuras e pelo seu esforço para assegurar a normalidade durante os meus períodos de ausência.

A todos os que contribuíram para que hoje este trabalho fosse uma realidade, muito obrigada.

DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE

Declaro ter atuado com integridade na elaboração do presente trabalho académico e confirmo que não recorri à prática de plágio nem a qualquer forma de utilização indevida ou falsificação de informações ou resultados em nenhuma das etapas conducente à sua elaboração.

Mais declaro que conheço e que respeitei o Código de Conduta Ética da Universidade do Minho.

O IMPACTO DA CONSULTA A TEMPO E HORAS NA GESTÃO DAS LISTAS DE ESPERA NO CENTRO HOSPITALAR DO TÂMEGA E SOUSA, EPE

RESUMO

Enquadramento: Em 2008, materializou-se a criação de um sistema integrado de referenciação e gestão do acesso à primeira consulta de especialidade hospitalar nas instituições do Serviço Nacional de Saúde (SNS) – Consulta a Tempo e Horas (CTH). O presente trabalho tem como objetivo identificar as principais vantagens e constrangimentos associados à implementação do CTH no Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE e analisar o comportamento da lista de espera face à sua implementação.

Metodologia: Para a concretização dos objetivos propostos foi realizado um estudo observacional descritivo com recolha de informação retrospectiva sobre os pedidos de primeira consulta referenciados para o CHTS, via sistema CTH, referentes aos anos de 2017 a 2019.

Resultados: No triénio em análise, o CHTS aumentou, de forma sustentada, o número de primeiras consultas realizadas (o total de primeiras consultas aumentou 9,2% e o número de primeiras consultas via CTH 5,3%). A procura diminuiu no ano de 2018, mas, no triénio, registou um crescimento de 5,8%. Apesar do crescimento verificado na procura, o número de utentes em lista de espera decresceu, no triénio, 24,1%, existindo, a 31 de dezembro de 2019, 17.935 utentes a aguardar realização de consulta no CHTS. Quanto ao tempo médio de espera, verificamos, no triénio, uma redução de 40 dias, fruto da abordagem assumida pelo CHTS para gestão da lista de espera, através da implementação de um plano de recuperação. As principais vantagens identificadas estão relacionadas com a desmaterialização do processo de referenciação e o aumento da sua transparência, enquanto que os constrangimentos se relacionam com a falta de interoperabilidade de sistemas e o facto de o sistema CTH se aplicar apenas a pedidos referenciados pelos Cuidados de Saúde Primários (CSP).

Conclusões: O sistema CTH veio alterar o paradigma da referenciação para primeira consulta hospitalar e, consequentemente, da gestão do acesso. Apesar dos constrangimentos associados, o sistema CTH constitui uma mais valia para a gestão do acesso a primeiras consultas no CHTS, uma vez que, por um lado, simplificou e desmaterializou o processo e, por outro lado, introduziu mais transparência e controlo. É agora necessário desenvolver o sistema de forma a colmatar os constrangimentos identificados.

Palavras Chave: Acesso, Consulta a Tempo e Horas, Lista de Espera.

THE IMPACT OF THE *CONSULTA A TEMPO E HORAS* SYSTEM ON THE MANAGEMENT OF WAITING LISTS AT THE CENTRO HOSPITALAR DO TÂMEGA E SOUSA, EPE

ABSTRACT

Background: In 2008, an integrated referencing and management system for first specialty consultations in hospitals of the National Health System was created – *Consulta a Tempo e Horas* (CTH) (that could be translated as Timely Consultation). The objective of this work was to identify the main advantages and difficulties associated with the implementation of CTH at Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE (a hospital system composed by two hospitals in the north of Portugal) and analyze the behavior of the first consultation waiting list relatively to the implementation of this system.

Methodology: To attain the stated objectives, a descriptive observational study that involved the collection of retrospective information on first consultations prescribed and referred to CHTS via CTH concerning 2017-2019 was conducted.

Results: In the three years analyzed, CHTS consistently increased the number first of outpatient consultations (the total number of first consultations increased 9,2% and the number of first consultations via CTH increased 5,3%). In 2018, there was a decrease in demand; but in the three years, demand for first consultations in CHT increased 5,8%. Despite this increase, the number of patients in the waiting list decreased 24,1% from 2017 to 2019, and, in 31st December 2019, there were 17.935 patients in the system waiting for a consultation. Concerning the average waiting time, in the three years under analysis there was a reduction of 40 days due to the management of CHTS that involved the implementation of a recovery plan. The main advantages of CTH identified were relate with the digitalization of the referencing process and an increase of transparency. On the other hand, the difficulties concerned lack of lack of interoperationality of Information Technology systems and the fact that CTH is only applicable to patients referred through primary health care.

Conclusions: CTH system changed the paradigm of referencing to first outpatient specialty consultation and, consequently, the management of access to first consultation. Despite its difficulties, CTH has improved the access to first outpatient specialty consultation in CHTS, since it simplified and digitalized the whole process and introduced a higher degree of transparency and control. For the future, the system should be improved in order to overcome the difficulties identified.

Keywords: Access, Timely Consultation, Waiting List.

ÍNDICE

1	INTRODUÇÃO	1
1.1	Enquadramento	1
1.2	Problema	3
1.3	Objetivos.....	3
1.4	Estrutura.....	4
2	ENQUADRAMENTO TEÓRICO	5
2.1	Listas de Espera e Equidade no Acesso	5
2.2	Listas de Espera e Liberdade de Escolha	7
2.3	Tempo de Espera e o Acesso	9
2.4	Realidade Internacional	10
2.5	As Listas de Espera para Consulta de Especialidade em Portugal.....	12
2.5.1	Enquadramento Jurídico	12
2.5.2	A Operacionalização da Medida	13
3	METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO	17
3.1	Desenho do estudo	17
3.2	Recolha e Análises de Dados.....	17
3.3	Variáveis	18
4	CARATERIZAÇÃO DA ORGANIZAÇÃO E DO SERVIÇO ESTUDADO	19
4.1	O Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE	19
4.2	O Serviço de Consulta Externa do Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa	21
5	O SISTEMA CONSULTA A TEMPO E HORAS NO CHTS.....	25
5.1	O processo de implementação do Sistema CTH no CHTS.	25
5.2	O processo de referenciação para primeira consulta no CHTS	26
5.2.1	Pedidos realizados através dos Cuidados de Saúde Primários	28
5.2.2	Pedidos realizados por outras especialidades ou outros serviços do CHTS, designados por pedidos internos	29
5.2.3	Pedidos realizados por outros Hospitais e/ou Clínicas Privadas	30
6	RESULTADOS	31
6.1	Evolução das variáveis analisadas no período em estudo: perspetiva agregada.....	31
6.2	Principais vantagens associadas à implementação do CTH no CHTS;	32
6.3	Principais constrangimentos associados à implementação da CTH no CHTS.....	34

6.4	Comportamento da lista de espera para primeira consulta no CHTS, EPE 2017-2019.....	35
6.4.1	Comportamento da Procura.....	35
6.4.2	Comportamento da Oferta	36
6.4.3	Comportamento da lista de espera para primeira consulta no CHTS, EPE 2017-2019	39
7	CONCLUSÃO	44
7.1	Principais conclusões.....	44
7.2	Limitações do Estudo.....	46
7.3	Sugestões para a organização	47
7.4	Trabalho futuro	48
8	BIBLIOGRAFIA	50

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Fluxo de pedido de marcação de 1ª consulta de especialidade, baseado em Bedo (2017)...	14
Figura 2 – Etapas da referenciação hospitalar.....	27
Figura 3 – Crescimento do número de pedidos de primeira consulta via CTH – 2019/2018	32
Figura 4 – Tempos médios de resposta por especialidade - 2019.....	37
Figura 5 – Primeiras Consultas Realizadas 2017-2019	38
Figura 6 – Evolução da oferta e da procura 2017-2019.....	39
Figura 7 - Evolução do número de pedidos a aguardar consulta no CHTS via CTH 2017-2019.....	40
Figura 8 – Evolução dos pedidos a aguardar consulta nas principais especialidades 2017-2019.....	42
Figura 9 - Evolução do número de médicos por especialidade abrangida pelo plano de recuperação ...	43

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Recursos Disponíveis no CHTS - 2019.	20
Tabela 2 - Evolução da Atividade Assistencial no CHTS 2017-2019.	21
Tabela 3 - Especialidades disponíveis no CHTS.	22
Tabela 4 - Evolução da Atividade Assistencial realizada pelo Serviço 2017-2019.	23
Tabela 5 - Descrição dos Indicadores do Contrato-Programa.	24
Tabela 6 – Indicadores do Contrato-Programa 2017-2019.	24
Tabela 7 – Evolução das Variáveis no triênio 2017-2019.	31
Tabela 8 – Evolução do número de pedidos de 1ª Consulta 2017-2019.	36
Tabela 9 - Evolução das Primeiras Consultas realizadas 2017-2019.	36
Tabela 10 – Evolução das consultas realizadas fora dos TMRG 2017-2019.	38
Tabela 11 - Evolução do número de pedidos de primeiras consultas via CTH a aguardar realização de consulta 2017-2019.	40

LISTA DE ABREVIATURAS

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

ARS – Administração Regional de Saúde

ARSN – Administração Regional de Saúde do Norte

CHTS – Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE

CSP – Cuidados de Saúde Primários

CTH – Consulta a Tempo e Horas

EPE – Entidade Pública Empresarial

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SIGA SNS – Sistema Integrado de Gestão de Acesso

TMRG – Tempos Máximos de Resposta Garantidos

UGA – Unidade de Gestão de Acesso

ULGA – Unidades Locais de Gestão do Acesso

URGA – Unidades Regionais de Gestão do Acesso

1 INTRODUÇÃO

1.1 Enquadramento

As listas e os tempos de espera para consulta em Portugal constituem uma barreira de acesso aos cuidados de saúde e podem ser, em certo ponto, reflexo da ineficiência do sistema traduzida pela incapacidade de resposta à elevada procura. Este é, portanto, um tema que está constantemente em cima da mesa do debate político e que tem um peso significativo na opinião pública, já que afeta diretamente as pessoas e a própria sociedade. É também um tema que está diretamente ligado à questão da equidade de acesso (Johar, Jones, Keane, Savage, & Stavrunova, 2013) e à qualidade dos cuidados prestados.

Nos sistemas de saúde do tipo Beveridgiano, as listas e os tempos de espera são expectáveis já que este tipo de sistema é financiado por impostos, o que origina um aumento da procura (Gutacker et al., 2009; Kaarboe & Carlsen, 2014). Assim, as listas de espera são a única forma de moderar o consumo e garantir que os recursos chegam a todos os que necessitam.

Em Portugal, o direito à Saúde encontra-se previsto na Constituição da República Portuguesa que estabelece que *“todos têm o direito à proteção da saúde”* (Assembleia da República, 1976) e que este direito é realizado *“através de um serviço nacional de saúde universal e geral e, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito”* (Assembleia da República, 1976).

O Sistema de Saúde em Portugal é constituído pelo SNS, por seguros de saúde voluntários e privados e pelos subsistemas de saúde, sendo estes esquemas de seguro de saúde geralmente associados à atividade profissional (Paulo, 2010). Estes três sistemas articulam-se entre si, com vista a responder adequadamente às necessidades da população.

O SNS disponibiliza aos cidadãos a prestação de cuidados com vista à prevenção da doença, diagnóstico e tratamento, garantindo os valores do acesso, da equidade e da solidariedade social. Para o efeito, encontra-se organizado em Cuidados de Saúde Primários, Rede Hospitalar e Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.

Desta forma, nos sistemas de saúde onde os indivíduos têm o direito ao acesso aos cuidados de saúde e aos tratamentos de que necessitam, como é o caso do SNS, existirá um excesso de procura que, inevitavelmente, se traduzirá em listas e tempos de espera. Este é o resultado inevitável decorrente de uma procura aleatória e variável e da necessidade de gerir a capacidade de forma a

evitar o desperdício de recursos (Barros, Cristovão, & Gomes, 2013; Brouwer, Van Exel, Hermans, & Stoop, 2003; Siciliani, Borowitz, & Moran, 2013).

Neste sentido, Portugal adotou um sistema de controlo do acesso que inclui a existência de um *gatekeeper*, neste caso o médico de família, evitando o acesso direto a consultas de especialidade (Paulo, 2010). Assim, os doentes têm que recorrer aos cuidados de saúde primários para uma primeira avaliação pelo médico de família que, caso seja esse o seu entendimento, os referenciará para uma consulta de especialidade hospitalar.

Efetivamente, este é um tema que tem merecido a atenção de sucessivos governos, tendo-se traduzido na implementação de diversas políticas de saúde (Barros et al., 2013), como é o caso do sistema “Consulta a Tempo e Horas” (CTH), implementado em 2008.

Importa referir que o desenvolvimento científico, tecnológico, social e económico, verificado nas últimas décadas, resolveu muitos problemas de saúde existentes no passado, mas contribuiu para que, hoje, sejamos confrontados com problemas novos e mais complexos, motivados pelo aumento da esperança de vida, envelhecimento da população, crescimento da doença crónica, que originam novos desafios para os sistemas de saúde. De facto, o aumento da esperança de vida, o envelhecimento da população, o crescimento da doença crónica, a capacidade crítica e o nível de exigência dos utentes obrigam a que se adotem novas formas de gestão da relação entre a oferta e a procura com vista a aumentar os níveis de eficiência e garantir o acesso, a equidade e a qualidade dos serviços prestados.

Não obstante, e ainda que o tempo ótimo de espera em termos de eficiência económica nunca seja zero (Pita Barros, 2008), considera-se fundamental analisar a capacidade e projetá-la de forma a ir de encontro à satisfação das necessidades sem que se excedam os tempos de espera clinicamente aceitáveis.

O SNS deverá definir uma estratégia assente num planeamento estratégico, com base num mapeamento real da procura, que permita responder às necessidades dos seus utentes, melhorando a eficiência dos seus procedimentos e processos. É neste contexto que surge, entre outros, o Sistema CTH, que se apresenta como uma ferramenta capaz de auxiliar na gestão das listas de espera, contribuindo para a melhoria dos cuidados de saúde prestados ao utente, melhorando a eficiência e eficácia dos processos e contribuindo para a sustentabilidades do SNS.

Assim, o presente trabalho tem como objetivo analisar o contributo da introdução do sistema CTH na gestão da lista de espera no Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, E.P.E.

1.2 Problema

O Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE (CHTS) é um hospital médico-cirúrgico que responde às necessidades de cuidados de saúde de aproximadamente meio milhão de habitantes (INE, 2018), não tendo, portanto, os recursos humanos e técnicos de um hospital central.

Também nesta instituição, e à semelhança do que se verifica a nível nacional, tem-se assistido a um aumento da procura que nem sempre é acompanhada, em tempo oportuno, pela resposta adequada da oferta.

O CHTS tem desenvolvido, ao longo dos anos, um conjunto de medidas e atividades com o intuito de melhorar o acesso aos cuidados de saúde por parte dos seus utentes.

Em alinhamento com as medidas desenvolvidas pelo Ministério da Saúde, o CHTS implementou, a partir de 2008, o Sistema Integrado de Referenciação e de Gestão do Acesso à Primeira Consulta de Especialidade Hospitalar – sistema CTH e, paralelamente, reforçou a articulação com os CSP e adotou, internamente, mecanismos de monitorização e gestão das listas de espera. Este sistema, que veio desmaterializar todo o processo associado à referenciação para primeira consulta hospitalar, trouxe também a esperança de mudança de paradigma no processo de monitorização e gestão das listas de espera.

Atendendo à dimensão da área de influência deste hospital e aos constrangimentos próprios de um hospital com um financiamento inferior a um hospital central, considerou-se que este poderia constituir um bom objeto de estudo quanto ao impacto da implementação do CTH na redução das listas de espera. Neste sentido, colocam-se algumas questões, desde logo: terá este sistema respondido positivamente às legítimas expectativas dos utilizadores? Haverá ainda margem para uma melhor utilização das suas potencialidades?

Os objetivos a que este trabalho se propõe procurar gerar contributos para que o CHTS consiga potenciar as vantagens associadas a este processo e minimizar, e eventualmente ultrapassar, os constrangimentos com que se depara.

1.3 Objetivos

Em termos gerais, o objetivo deste estudo é perceber qual o impacto que a implementação da CTH provocou na lista de espera para primeira consulta de especialidade no CHTS.

Considerando a importância da garantia do acesso a cuidados de saúde adequados e oportunos, a par da pressão sentida por parte da procura, afigura-se interessante avaliar o impacto direto do CTH

numa unidade de saúde, no sentido de perceber se este sistema tem potencialidade para auxiliar os hospitais neste que é um dos grandes desafios da sua gestão.

Assim, foram definidos os seguintes objetivos específicos:

1. Identificar os principais constrangimentos associados à implementação do CTH no CHTS;
2. Identificar as principais vantagens associadas à implementação do CTH no CHTS;
3. Analisar o comportamento da lista de espera para primeira consulta no CHTS, EPE, face à implementação do CTH.

1.4 Estrutura

De forma a atingir os objetivos, o presente trabalho é composto por oito capítulos, sendo um deles a presente introdução. No segundo capítulo, é apresentada a revisão da literatura, que permitirá enquadrar o tema. A metodologia de investigação consta no capítulo 3. No capítulo 4 é feita uma caracterização da organização e do serviço estudado e no capítulo 5 é apresentado o sistema CTH e o processo de implementação no CHTS. No capítulo 6 são apresentados os resultados da análise empírica e no capítulo 7 as principais conclusões. Por último, no capítulo 8, são mencionadas as referências bibliográficas que serviram de suporte à redação do presente trabalho.

2 ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Neste capítulo, e com o objetivo de promover uma compreensão mais profunda do problema estudado, será desenvolvido um enquadramento teórico do tema, abordando as temáticas da relação entre as listas de espera e a equidade no acesso, da relação entre as mesmas e a liberdade de escolha, dos tempos de espera no acesso a consultas médicas e da Consulta a Tempo e Horas.

2.1 Listas de Espera e Equidade no Acesso

A equidade no acesso a cuidados de saúde é um tema central nos sistemas de saúde universais (Johar et al., 2013), estando constantemente na ordem do dia da implementação de políticas de saúde.

O conceito de equidade está diretamente ligado com distribuição e justiça (Pereira & Furtado, 2015), no sentido de que é esperado que todos tenham as mesmas oportunidades de atingir o seu potencial máximo de saúde, independentemente da sua condição social ou económica (Whitehead & Dahlgren, 2007). Para que este princípio se cumpra é esperado que pessoas com a mesma patologia, mas com características sociais e económicas distintas sejam tratadas da mesma forma (Marmot, Friel, Bell, Houweling, & Taylor, 2008).

Desta forma, seria expectável que a severidade dos doentes fosse o único fator relevante para explicar os tempos de espera. Contudo, verifica-se que existem outros fatores que influenciam o acesso e que se refletem nos tempos de espera, como é o caso do género, a idade, o rendimento, a localização geográfica (Cookson, Laudicella, & Donni, 2013; Cooper, McGuire, Jones, & Le Grand, 2009).

Vários estudos têm abordado este tema, tendo-se concluído, por exemplo, que grupos com maior capacidade económica tendem a utilizar cuidados especializados com mais frequência (van Doorslaer & Koolman, 2004).

Também o nível educacional parece influenciar o acesso a cuidados especializados, sendo que a níveis educacionais superiores está associada uma maior utilização de cuidados de saúde, quando comparado com doentes com um nível de escolaridade inferior (Reibling & Wendt, 2013). Este fenómeno poderá estar relacionado com o facto destes utentes terem uma maior capacidade de entender a informação disponível, nomeadamente tempos de resposta e a qualidade dos prestadores de saúde, e de utilizá-la em seu benefício.

Também o género é apontado como um fator de iniquidade no acesso, sendo que alguns estudos mostram que as mulheres são tratadas de uma forma diferente e com um nível de qualidade inferior (Alspach, 2012; Lyszcza, 2017).

Importa salientar que em países cujos cuidados de saúde são suportados por imposto ou com copagamentos limitados, as listas de espera funcionam como uma forma de moderar o acesso. Assim, para que seja possível existir uma moderação do consumo de cuidados de saúde, a mesma tem que se aplicar pelo tempo de espera e não pelo preço, rompendo com a ligação entre acesso e capacidade de pagamento (Manning et al., 1987). Quer isto dizer que o utente terá acesso aos cuidados que necessita, independentemente da sua capacidade para pagar, do sexo, da raça, da sua localização geográfica, ou outras características que possam influenciar a possibilidade de pagar. Desta forma, o preço a pagar para ter acesso a cuidados de saúde, que neste caso é o tempo para a primeira consulta de especialidade, é compartilhado entre os doentes com iguais necessidades, existindo assim uma maior equidade.

Podemos concluir que as listas de espera funcionam como garantia de acesso igual aos cuidados de saúde. No entanto, tal só será válido se os doentes com maior poder de compra não esperarem menos pelos serviços públicos do que os doentes mais pobres. Caso isto não se verifique, então as listas de espera não estão a contribuir para um acesso equitativo aos cuidados de saúde.

O Serviço Nacional de Saúde Português tem, desde a sua criação, a equidade como uma garantia básica, defendendo que o acesso à saúde é um direito de todos, seja qual for a sua situação socioeconómica, étnica ou de género. Assim, os utentes devem ter acesso aos cuidados de que necessitam em tempo útil e de forma não discriminatória, garantindo o acesso independentemente da sua localização geográfica (Ministério da Saúde, 1990).

Ainda assim, em Portugal assistimos a desigualdades que constituem uma barreira no acesso e uma lacuna na implementação de políticas de saúde (World Health Organization, 2010). A Organização Mundial de Saúde, no seu relatório sobre desigualdades em saúde, referiu a necessidade de Portugal adotar medidas que promovam ganhos em saúde e que permitam diminuir as desigualdades (WHO and Alto Comissariado da Saúde, 2011).

Em 2017 Portugal encontrava-se mesmo num lugar de destaque entre os países com maiores desigualdades da União Europeia, traduzindo-se por um dos coeficientes de Gini mais elevados por rendimento familiar disponível (OECD, 2019). Os resultados não são muito diferentes quando analisamos o setor da saúde. Exemplo disso foi um estudo baseado em revisão da literatura que concluiu que Portugal apresenta fortes desigualdades socioeconómicas em saúde, sendo, inclusive,

das mais altas da Europa. Este estudo observou que tanto o sexo como o nível educacional são os fatores que revelam uma maior desigualdade no acesso à saúde, tendo impacto na obesidade, sintomas de saúde mental e autoavaliação da saúde. O estudo concluiu ainda que Portugal não tem uma estratégia para garantir uma maior equidade no acesso, centrada, por exemplo, nas patologias oncológicas e respiratórias. Os autores verificaram ainda que falta realizar uma análise mais abrangente dos fatores de desigualdade e populações vulneráveis como é o caso dos idosos (Campos-Matos, Russo, & Perelman, 2016).

O estudo mostra que Portugal revela iniquidades, no acesso a consultas de especialidade hospitalar, sobretudo nos grupos com maior poder de compra (Campos-Matos et al., 2016). A OCDE num estudo realizado em Portugal observou que o nosso país tem um dos índices de iniquidade mais elevados na probabilidade de ter uma consulta médica (Van Doorslaer & Masseria, 2004). De facto, Portugal, é dos países da OCDE com menor número de consultas médias. O relatório *Health at Glance* (2019), ao analisar as consultas realizadas no setor público, revelou que cada português teve, em média, 4,1 consultas por ano. Quando comparamos este valor com a Coreia, no topo da tabela, verificamos que os coreanos têm em média 16,6 consultas, um valor muito superior ao verificado em Portugal. Nos 33 países em análise, a média de consultas situa-se nos 6,8 (OECD, 2019).

Henriques (2012) no seu estudo sobre a influência das condições socioeconómicas no tempo de espera para consultas médicas, concluiu que o tempo de espera para consultas médicas é influenciado por variáveis como a ocupação e a região de residência do doente, existindo iniquidade no acesso a cuidados de saúde públicos eletivos em Portugal. A autora verificou que os estudantes e indivíduos com uma profissão apresentam um tempo médio de espera para consulta inferior face aos indivíduos sem ocupação. Também concluiu que os utentes da região do Centro do país e de Lisboa e Vale do Tejo beneficiaram de um menor tempo médio de espera (Henriques, 2012).

2.2 Listas de Espera e Liberdade de Escolha

Com vista a melhorar a capacidade de resposta dos serviços de saúde e a qualidade da prestação de cuidados têm surgido diferentes reformas e políticas de saúde. A introdução da liberdade de escolha foi vista como uma solução para o aumento da concorrência entre prestadores e com isso melhorar a qualidade e a resposta das Instituições.

A introdução da Liberdade de Escolha dá uma maior autonomia ao utente que, passa a poder escolher o seu prestador, com o apoio do seu médico de família, e através do acesso a informação

relativa sobre os tempos de espera para primeira consulta de especialidade, por exemplo. Ao médico de família cabe moderar de acesso aos hospitais, fazendo uma primeira triagem antes de encaminhar para a especialidade.

Simões e colega (2017) realizaram um estudo em Portugal entre 1 de junho de 2016 e 31 de maio de 2017, por forma a analisar o impacto da introdução da liberdade de escolha nos tempos médios de espera para primeira consulta e no número de consultas realizadas em cada hospital. Os autores concluíram que 10,6% dos doentes foram referenciados pelo médico de família para um hospital diferente do seu hospital de referência (Simões, Augusto, & Fronteira, 2017). As especialidades com mais referências fora da área de residência foram oftalmologia, ortopedia, dermatologia, otorrinolaringologia e cirurgia geral.

Os resultados mostraram que as cinco especialidades mais referenciadas tiveram um aumento geral dos tempos médios de espera. Assim, a liberdade de escolha acabou por ter um impacto negativo nos tempos de espera das especialidades mais escolhidas, piorando a capacidade de resposta (Simões et al., 2017).

Também um estudo realizado no Centro Hospitalar do São João, no Porto, concluiu que a liberdade de escolha veio aumentar a procura de algumas especialidades tendo como consequência o aumento do número de doentes em espera e dos tempos médios de resposta para primeira consulta. Tal, teve como consequência a diminuição em 13% do cumprimento dos Tempos Máximos de Resposta Garantidos (TMRG). Silva (2019) concluiu que após a introdução da Liberdade de Escolha assistiu-se a um aumento da procura em 10,4%, mas que a produção não acompanhou essa mesma procura, tendo sido de apenas mais 1,5%, levando a uma deterioração dos indicadores de acesso na consulta (Silva, 2019).

Podemos assim verificar que da deslocação da procura, possibilitada pela liberdade de escolha, podem surgir constrangimentos na gestão dos hospitais, uma vez que alguns serviços ficarão congestionados e outros excedentários, sendo fundamental uma reafecção de recursos. Contudo, esta reafecção é dificultada pela pouca flexibilidade do sistema em adaptar os recursos materiais e humanos às necessidades. Quer isto dizer que um hospital que esteja a dar resposta através da sua capacidade máxima e não tenha possibilidade para aumentar os recursos poderá ser prejudicada pelo aumento da escolha por parte dos doentes, traduzindo-se num aumento das listas de espera e dos tempos médios de resposta. Efetivamente, as listas de espera têm sido a barreira mais visível da incapacidade do sistema em garantir o acesso em tempo útil a cuidados especializados.

2.3 Tempo de Espera e o Acesso

O acesso a consultas de especialidade poderá ditar não só o diagnóstico de uma patologia como o seu tratamento. Tratamento esse que pode, em determinados casos, passar pelo recurso a uma intervenção cirúrgica. Ora, se o doente espera mais do que o clinicamente razoável por uma consulta, todo o processo clínico irá ser comprometido. É por isso que a gestão das listas de espera por parte das Instituições de saúde é alvo do escrutínio público. O objetivo principal será sempre moderar a procura, sem com isso comprometer o acesso do doente a cuidados de saúde especializados.

Assim, sempre que os utentes tenham que esperar para aceder a uma consulta de especialidade e se essa espera for além do clinicamente aceitável, as listas de espera traduzem-se num problema, podendo mesmo representar consequências para a qualidade de vida dos doentes e custos para a própria sociedade (Nunes, Rui; Rego, 2002).

Importa por isso perceber o que se entende por tempo de espera. Um estudo realizado por Siciliani e Hurst (2003) definiu tempo de espera como *“a data entre o momento em que o doente foi adicionado à lista até à data em que a consulta/procedimento foi realizado”* (Siciliani, Luigi; Hurst, 2003). A análise do tempo de espera é tanto ou mais importante que o número de doentes em lista, uma vez que este tempo pode ter consequências negativas no diagnóstico e no tratamento, diminuindo a probabilidade de sucesso na resolução da sua condição de saúde (Globerman, Steven; Esmail, Naddem; Day, Brian; Henderson, 2013). Na verdade, o atraso no acesso a consultas de especialidade pode mesmo levar a um aumento das doenças crónicas, já que durante o período de espera, a situação clínica pode agudizar (Globerman, Steven; Esmail, Naddem; Day, Brian; Henderson, 2013).

É por isso que os governos, nas suas políticas de saúde, têm implementado medidas que atuem ao nível dos tempos de espera, uma vez que este constituem uma medida de interesse para a sociedade (Siciliani, Luigi; Hurst, 2003). As listas de espera acabam por ser um barómetro da satisfação dos doentes, bem como da eficiência e desempenho dos sistemas de saúde (Dixon, H; Siciliani, 2009; Nikolova, Silviya; Sinko, Arthur; Sutton, 2015).

Podemos assim concluir que os tempos de espera são o reflexo do desequilíbrio entre a oferta e a procura, resultante, por um lado, da falta de capacidade de resposta (recursos materiais e humanos) e da produção e financiamento (Siciliani, Luigi; Hurst, 2005). Por outro lado, o da procura, o envelhecimento da população, o aumento da tecnologia e a inovação são alguns dos motivos que levam ao aumento da lista de espera (Siciliani et al., 2013).

Na verdade, em qualquer mercado, o equilíbrio entre a oferta e a procura faz-se através do preço. Contudo, no setor da saúde o mercado é imperfeito e, como tal, desenvolve-se de forma distinta dos outros setores. Ou seja, do lado da procura a assimetria de informação, que se verifica entre os prestadores e os doentes, em que os utentes estão numa posição fragilizada por não possuírem os conhecimentos necessários relativos ao seu estado de saúde e às suas necessidades. O risco moral, que deriva do facto de o doente não ter noção do custo real dos atos clínicos e do facto do acesso a cuidados de saúde estarem cobertos pelo SNS, podendo levar a um consumo excessivo. E por último, o facto de existir um terceiro pagador, ou seja, o próprio sistema de proteção contra o risco de despesa elevada com cuidados de saúde levam ao crescimento da despesa (Barros, 2019).

Assim, como no SNS o preço não é aplicado como moderador do consumo, para que exista equilíbrio entre a oferta e a procura, a restrição na capacidade passa pelo tempo de espera (Siciliani, Luigi; Hurst, 2003).

Este equilíbrio exige a implementação de medidas eficazes, já que o tempo de espera tem impacto no percurso do doente, seja no diagnóstico, seja no tratamento, sendo, portanto, desejável uma gestão adequada das listas de espera, com vista a reduzir os tempos de espera, aumentando o bem-estar dos utentes e melhorando o desempenho das instituições de saúde (Henriques, 2012).

2.4 Realidade Internacional

Vários países têm vindo a implementar medidas com vista a diminuir as dificuldades de acesso e garantir que todos têm os cuidados de saúde que necessitam.

O combate às listas de espera tem passado pelo recurso ao setor privado com o objetivo de aumentar a capacidade de oferta e, com isso, diminuir o tempo de espera e o número de doentes em lista. Exemplo disso foram os incentivos criados pelo governo australiano e irlandês para que os utentes passassem a escolher os hospitais privados aliviando assim o setor público e respondendo em tempo útil (Siciliani, Luigi; Hurst, 2003).

Também Espanha viu-se obrigada a desenvolver medidas que potenciasssem o encaminhamento dos doentes do setor público para prestadores privados sempre que as listas e os tempos de espera se revelavam elevados e considerados inaceitáveis (García-Goñi, Manuel; Costa-Font, 2013).

Países como a Dinamarca, Suécia, Noruega e Inglaterra viram na liberdade de escolha a possibilidade de garantir que os doentes recebiam os cuidados que necessitavam no menor tempo de espera. Assim, o doente pode escolher o hospital onde o tempo de espera para consulta seja mais

baixo e como tal, ter acesso ao tratamento de forma mais justa. Tal foi operacionalizado através de plataformas *online* com informação relativa aos tempos de espera por especialidade, (Siciliani, Luigi; Hurst, 2003, 2005).

Alguns países sentiram ainda necessidade de definir tempos de resposta, tal como realizado em Portugal, com o objetivo de garantir o acesso a cuidados de saúde dentro do tempo considerado aceitável clinicamente. No entanto, nem todos os países definiram estes limites da mesma forma. Por exemplo, a Noruega e na Nova Zelândia definiram apenas tempos de resposta máximos para os doentes com maior severidade (Siciliani, Luigi; Hurst, 2005).

A Austrália, Espanha, Inglaterra e Irlanda viram na atribuição de incentivos financeiros uma oportunidade para aumentar o desempenho das instituições. Na Nova Zelândia, o Governo apostou na atribuição de incentivos não financeiros através do aumento de autonomia.

Efetivamente este é um problema transversal a diversos países, pelo que tem sido um tema alvo de interesse para diversos estudos.

A telemedicina tem vindo a ser apontada como uma solução para o aumento da capacidade de resposta e, consequentemente, para a diminuição das listas. Um estudo de revisão de literatura concluiu que o recurso à telemedicina tem diminuído o número de referências para consulta de especialidade hospitalar, sobretudo na dermatologia, oftalmologia e otorrinolaringologia. As taxas de redução relatadas foram de 38-88% na dermatologia, 16-48% na oftalmologia e 89% em otorrinolaringologia. Os autores concluíram assim que a telemedicina pode ser usada com eficácia na redução de listas de espera e melhorar a coordenação dos Serviços hospitalares (Caffery, Liam; Farjian, Mutaz; Smith, 2016).

Outro estudo verificou que ao enviar uma carta aos doentes que estão à espera de consulta há mais tempo do que o TMRG, dando-lhe a opção de (1) não comparecer na consulta se esta já não for necessária ou (2) ir ao médico de família para que este realize uma nova avaliação e um encaminhamento em modelo específico para o hospital. O estudo revelou que a implementação desta medida o tempo de espera para aceder a consultas de especialidade foi reduzido de oito para dois anos (Stainkey, Lesley; Seidl, Isaac; Johnson, Andrew; Tuulioch, Gladys; Pain, 2010).

Alguns estudos apontam os problemas de agendamento como a principal causa para os tempos de espera, surgindo as ferramentas de agendamento como a solução. Le et al. (2015) no seu estudo apontaram os métodos meta-heurísticos para melhorar o agendamento de consultas de quimioterapia num hospital do Canadá. Este método teve como objetivo maximizar o número de doentes agendados,

minimizar as horas extras e fornecer uma carga de trabalho mais equilibrada entre os enfermeiros (Le, Nhat Nguyen, Baril, Gascon, & Dinh, 2015).

2.5 As Listas de Espera para Consulta de Especialidade em Portugal

2.5.1 Enquadramento Jurídico

Em 2007, o Governo de Portugal aprovou a Lei n.º 47/2007, de 24 de agosto, que estabelece os termos a que deve obedecer a redação e publicação, pelo Ministério da Saúde, da Carta dos Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos utentes do SNS.

De acordo com a referida Lei, a Carta dos Direitos de Acesso visa garantir a prestação de *“cuidados de saúde pelo SNS em tempo considerado clinicamente aceitável para a condição de saúde de cada utente”*. Assim, foram definidos os Tempos Máximos de Resposta Garantidos e o direito dos utentes à informação sobre esses tempos. Determina ainda que, anualmente, seja publicada, pelo Ministério da Saúde, uma portaria que defina os TMRG para todo o tipo de prestações de cuidados de saúde sem caráter de urgência, nomeadamente consultas externas hospitalares.

Consciente das dificuldades e limitações dos sistemas de informação existentes, e que suportavam o processo de referenciação, o Governo de Portugal inscreveu nas Grandes Opções do Plano para 2008 a criação de um sistema integrado de referenciação e gestão do acesso a este tipo de consultas (sistema que fazia parte das medidas SIMPLEX desde 2006).

O novo paradigma da gestão do acesso que se começava a desenhar impunha um melhoramento dos sistemas de informação existentes. Assim, em 2008, com a publicação da portaria n.º 615/2008, de 11 de julho, é criado o Sistema Integrado de Referenciação e de Gestão do Acesso à Primeira Consulta de Especialidade Hospitalar nas Instituições do Serviço Nacional de Saúde, designado por Consulta a Tempo e Horas, e aprovado o seu regulamento. A ideia era que este sistema, baseado em princípios de transparência e de uniformidade de critérios, permitisse *“medir os tempos de acesso, harmonizar os formatos de gestão da informação e proceder à monitorização, ao longo do tempo, da dinâmica procura-resposta dos cuidados em causa.”* (Ministério da Saúde, 2008).

De acordo com o regulamento, o sistema CTH tem como finalidades:

→ *Promover a celeridade no acesso a primeiras consultas de especialidade hospitalar em instituições do SNS, assegurando a eficácia e a eficiência dos processos de referenciação envolvidos* (cfr. ponto 2.1 do Regulamento do sistema CTH);

- *Aplicar regras que garantam a transparência dos procedimentos e a responsabilização das instituições e dos utentes na marcação de primeira consulta de especialidade hospitalar, tendo em conta o nível de urgência definido pelo médico assistente e a prioridade clínica de atendimento atribuída pelo profissional responsável pela triagem dos pedidos e marcação de primeira consulta (cfr. ponto 2.2 do Regulamento do sistema CTH);*
- *Adotar uma metodologia de referenciação, a partir do processo clínico do utente, que assegure um acesso equitativo, permitindo uma gestão e avaliação integradas de todo o processo de referenciação e de marcação de primeira consulta de especialidade hospitalar, bem como da respetiva realização, cuidados subsequentes e retorno de informação ao médico assistente (cfr. ponto 2.3 do Regulamento do sistema CTH);*
- *Identificar as necessidades expressas de acesso às primeiras consultas hospitalares e por especialidade, por parte de cada unidade de cuidados de saúde primários e a capacidade de resposta por hospital do SNS, garantindo tempos máximos de resposta para cada nível de prioridade (cfr. ponto 2.4 do Regulamento do sistema CTH);*
- *Garantir a produção de dados e de indicadores comuns e uniformes de contagem e de medida de tempo até à realização da consulta (cfr. ponto 2.5 do Regulamento do sistema CTH).*

Em 2013, e com o objetivo de melhorar o regulamento do sistema CTH, com base na experiência adquirida, o Governo publicou a Portaria n.º 95/2013 de 4 de março, que veio adequar o regulamento à nova realidade, mantendo, no entanto, inalteráveis a finalidade, os objetivos, os princípios e a estrutura organizacional. Este novo regulamento vem alargar a aplicação do sistema CTH a pedidos de primeira consulta com origem em instituições do setor privado e convencionado e introduz o conceito de falta não justificada do utente, estabelecendo um prazo para a sua justificação.

2.5.2 A Operacionalização da Medida

O Regulamento do Sistema Integrado de Referenciação e de Gestão do Acesso à Primeira Consulta de Especialidade Hospitalar nas instituições do SNS, também designado por Consulta a Tempo e Horas (CTH), atribui aos CSP um papel fundamental, na medida em que para aceder a uma consulta de especialidade hospitalar é obrigatória a referenciação pelo médico de família, funcionando assim como um primeiro triador do acesso (Ministério da Saúde, 2013).

A Figura 1 apresenta uma ilustração do circuito associado ao sistema CTH.

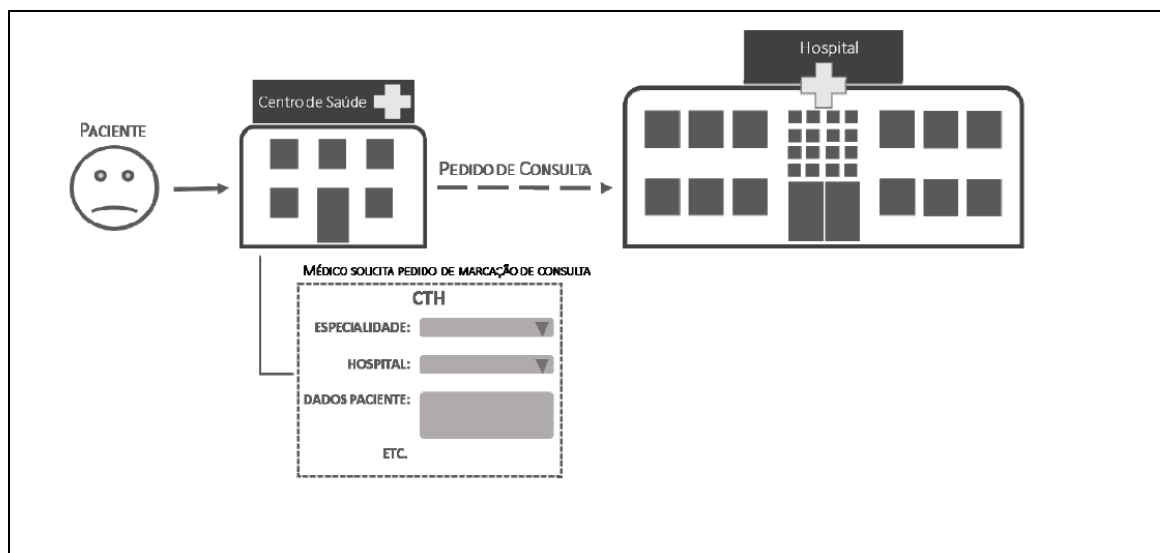


Figura 1 - Fluxo de pedido de marcação de 1ª consulta de especialidade, baseado em Bedo (2017)

Após a entrada do pedido no hospital este é triado de acordo com níveis de prioridade clínica: muito prioritário, prioritário e normal. Os pedidos podem ser devolvidos, recusados ou dar origem a marcação de consulta.

Considerando que a implementação de medidas que visavam a promoção e monitorização do acesso a cuidados de saúde, entre as quais o sistema CTH, terem representado importantes ganhos, ainda se verificavam dificuldades no acesso atempados dos utentes ao SNS, não sendo possível uma visão totalmente integrada do percurso do utente no sistema. Desta lacuna surge o Sistema Integrado de Gestão de Acesso (SIGA SNS).

De acordo com o estabelecido na Portaria n.º 147/2017, de 27 de abril, que regula o SIGA, este sistema tem subjacente uma plataforma informática que recolhe informação de vários sistemas de informação, entre os quais o CTH, permitindo o acompanhamento, controlo e disponibilização de informação sobre o acesso a cuidados de saúde, nomeadamente a determinação de tempos de resposta.

O SIGA SNS apresenta seis componentes:

- SIGA para CSP (SIGA CSO);
- SIGA para primeiras consultas de especialidade hospitalar (SIGA 1ª Consulta Hospitalar);
- SIGA para cuidados de saúde hospitalares (SIGA CSH);
- SIGA para realização de Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (SIGA MCDT);
- SIGA para a Rede nacional de Cuidados Continuados Integrados (SIGA RNCCI);
- SIGA para a rede de urgência (SIGA Urgências).

Para operacionalizar este sistema, foi definida uma estrutura de três níveis: central, regional e local:

- Nível central: assegurado pela Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), através da Unidade de Gestão de Acesso (UGA);
- Nível Regional: assegurado pela Administração Regional de Saúde ARS, através das Unidades Regionais de Gestão do Acesso (URGA), que reportam à ACSS;
- Nível Local: assegurado pelas Unidades Locais de Gestão do Acesso (ULGA), que reportam à URGA da respetiva ARS e são responsáveis pela gestão do acesso e pelo cumprimento dos TMRG de instituição a que respeitam.

O SIGA SNS assenta numa plataforma que recolhe informação proveniente dos sistemas existentes nas várias instituições do SNS bem como dos programas de gestão de acesso, nomeadamente o CTH.

A plataforma SIGA SNS “*suporta todo o processo de gestão do utente inscrito para prestação de cuidados de saúde no SNS, desde a fase da inscrição até à fase da realização dessa prestação, passando pela fase do agendamento (...)*” (Ministério da Saúde, 2017).

Esta plataforma visa centralizar toda a informação sobre o acesso a cuidados de saúde no SNS e é da responsabilidade da ACSS.

Ainda que o sistema CTH tenha sido introduzido em Portugal em 2008, a verdade é que a evidência sobre o mesmo presente na literatura é muito escassa.

Um estudo realizado por Bedo (2017) pretendeu analisar o funcionamento do sistema CTH e o modo como a referenciação das consultas pode ser melhorado. A autora observou um aumento de pedidos devolvidos, faltas e pedidos recusados entre 2013 e 2014, que explicou como podendo estar relacionado com o ano de implementação e de adaptação ao CTH.

Bedo analisou ainda os tempos médios de resposta em dias associados às especialidades ou hospitais com mais pedidos recusados, pedidos devolvidos e às faltas ocorridas. A Oftalmologia foi a especialidade com mais pedidos recusados, faltas e devolvidos. Em termos de tempo médio de resposta foi a terceira especialidade com maior número dias. Ao serem analisados os hospitais com mais pedidos recusados e faltas, verificou-se que o tempo médio de resposta em dias era também elevado para esses mesmos hospitais. Dos três hospitais com mais consultas realizadas ao longo destes 4 anos, o Hospital de São João foi o que apresentou um maior número de pedidos recusados assim como de faltas. Já o Hospital de Braga foi o que teve menos pedidos devolvidos. Ou seja, este hospital apresenta um comportamento inverso, uma vez que quanto às faltas e aos pedidos recusados

apresenta um total menor face aos restantes hospitais, contudo apresenta um maior valor de pedidos devolvidos.

Como resultado do estudo, a autora sugere que o CTH possa sofrer algumas alterações de forma a evitar a introdução de erros no portal (Bedo, 2017).

3 METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO

3.1 Desenho do estudo

A investigação científica é um processo sistemático e metódico que contribui para aumentar o conhecimento. Num processo de investigação, o investigador procura descrever uma eventual relação entre fenómenos e, para isso, pode comparar, associar e correlacionar. Para o efeito, é necessário definir de forma clara e concisa os objetivos a alcançar.

Para a concretização dos objetivos propostos foi realizado um estudo observacional descritivo com recolha de informação retrospectiva sobre os pedidos de primeira consulta de especialidade hospitalar referenciados para o CHTS, via sistema CTH, referentes aos anos de 2017 a 2019.

3.2 Recolha e Análises de Dados

Para a realização deste estudo, foi utilizada informação referente aos pedidos de primeira consulta de especialidade referenciados para o CHTS, via CTH, no período de 1 de janeiro de 2017 a 31 de dezembro de 2019.

Neste sentido, foi formalizado um pedido de informação ao CHTS sobre consultas de especialidade pedidas via CTH.

Por forma a cumprir os objetivos estipulados para o presente estudo, foi recolhida e analisada a legislação aplicável ao processo de referenciação de primeiras consultas de especialidade hospitalar.

De seguida, e para um melhor enquadramento, realizou-se uma caracterização do serviço, dos circuitos e dos procedimentos adotados no CHTS. Realizou-se ainda uma revisão analítica, evidenciando a atividade assistencial dos últimos anos, caracterizando-a quanto à sua evolução e analisando os principais indicadores de desempenho.

Relativamente à implementação do sistema CTH e com vista a obter informação que permitisse identificar as vantagens e constrangimentos associados foram realizadas entrevistas com a gestora do Departamento de Ambulatório e Ligação Funcional e com o coordenador administrativo do Serviço de Consulta Externa. Foram também realizadas visitas às instalações do Serviço de Consulta Externa para melhor apreender todo o processo:

- Gestora do Departamento de Ambulatório e Ligação Funcional, que integra o Serviço de Consulta Externa – foram realizadas 3 reuniões para aferir o processo de referenciação e

implementação do sistema CTH no CHTS, bem como os procedimentos de obtenção e análise de informação de gestão sobre esta temática;

- Coordenador Administrativo do Serviço de Consulta Externa – foram realizadas 2 reuniões para visualização do processo *in loco* e esclarecimento de dúvidas que, entretanto, foram surgindo;
- Diretor do Serviço de Sistemas de Informação - foi realizada uma reunião para confirmar os sistemas informáticos envolvidos no processo e identificar eventuais dificuldades de interoperabilidade entre eles;
- Coordenadora do Serviço de Planeamento e Apoio à Gestão – foi realizada uma reunião para definir os pedidos de informação a realizar.

Posteriormente, recorrendo à análise estatística da informação obtida, foi analisada a evolução, no triénio, dos dados referentes à procura, à oferta e à lista de espera para primeira consulta no CHTS.

3.3 Variáveis

Atendendo ao objetivo do estudo, foi analisada a evolução, no triénio 2017-2019, das seguintes variáveis:

- Primeiras Consultas Realizadas: número total de primeiras consultas realizadas no CHTS, em cada um dos anos em análise.
- Primeiras Consultas Realizadas via CTH: número total de primeiras consultas realizadas no CHTS referenciadas via CTH, em cada um dos anos em análise.
- % de primeiras consultas realizadas via CTH.
- Número total de pedidos de primeira consulta referenciados via CTH, para o CHTS, em cada um dos anos em análise.
- Número de pedidos de primeira consulta referenciados via CTH, para o CHTS, a aguardar realização de consulta no CHTS, em 31 de dezembro de cada ano em análise.
- Tempo médio dos pedidos a aguardar consulta no CHTS.
- Número de consultas realizadas fora do TMRG;
- % consultas realizadas fora do TMRG.

4 CARATERIZAÇÃO DA ORGANIZAÇÃO E DO SERVIÇO ESTUDADO

4.1 O Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE

O CHTS é uma unidade hospitalar que integra o SNS e que foi criada, em 2007, através do Decreto-Lei, n.º 326/2007, de 28 de setembro.

É uma instituição com personalidade coletiva de direito público, com natureza pública empresarial e a sua gestão é orientada, entre outros, pelos Estatutos dos Hospitais EPE, constantes no anexo II do Decreto-Lei n.º 18/2017, de 10 de fevereiro e pelo Regime Jurídico do Setor Empresarial do Estado, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 133/2013, de 3 de outubro.

Este Centro Hospitalar iniciou a sua atividade a 1 de outubro de 2007 e integra duas unidades hospitalares, a Unidade Hospital Padre Américo, localizada em Penafiel, e a Unidade Hospital São Gonçalo, localizada em Amarante.

De acordo com o disposto na Portaria n.º 82/2014, de 10 de abril, que define os critérios para categorizar os serviços e estabelecimentos do SNS, o CHTS é uma unidade hospitalar de Grupo I, significando isto que possui uma área de influência direta, mas não tem área de influência indireta, ou seja, não prevê que outros hospitais do SNS referenciem utentes para o CHTS.

O CHTS presta cuidados de saúde hospitalares à população da região do Vale do Sousa e Baixo Tâmega, respondendo às necessidades de cerca de meio milhão de habitantes distribuídos por 12 concelhos: Amarante, Baião, Castelo de Paiva, Celorico de Basto, Cinfães, Felgueiras, Lousada, Marco de Canaveses, Paços de Ferreira, Paredes, Penafiel e Resende.

Nesta região, os cuidados de saúde, em termos de oferta pública e de solidariedade social, são assegurados pelas duas unidades que integram o CHTS, pelos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) e pelas respetivas unidades que os constituem, pelas estruturas hospitalares das Misericórdias, pela rede de cuidados pré-hospitalar (em articulação com o INEM) e pelas unidades protocoladas com a Rede Nacional de Cuidados de Continuados Integrados.

O CHTS tem como missão *“a prestação de cuidados de saúde à população da sua área geodemográfica de influência, sem prejuízo do direito de livre preferência dos doentes originários de outras áreas geográficas, desenvolvendo função de assistência e de ensino pré e pós-graduado e estimulando a investigação e o desenvolvimento científico, em articulação com os Centros de Saúde e os demais hospitais integrados no SNS. Compete ainda ao CHTS desenvolver ações de investigação, formação e ensino, em benefício dos seus profissionais, em cooperação com as diversas instituições de ensino, outros hospitais e instituições de saúde”* (CHTS, 2019).

Para o efeito, o CHTS conta com uma equipa de cerca de 2.100 trabalhadores (dados de 31.12.2019), distribuídos por uma estrutura organizacional segregada em quatro áreas diferenciadas:

- Cuidados Assistenciais;
- Apoio Assistencial;
- Apoio à Gestão e Logística;
- Outras Unidades de Apoio.

O CHTS apresenta uma carteira de serviços diferenciada, disponibilizando aos seus utentes diversas especialidades distribuídas pelas seguintes valências: Internamento, Consulta Externa, Urgência, Hospital de Dia, Meios Complementares de Diagnóstico e Hospitalização Domiciliária.

Relativamente à capacidade instalada, este Centro Hospitalar apresenta os recursos listados na Tabela 1:

Tabela 1 - Recursos Disponíveis no CHTS - 2019.

Recursos	Nº
Camas de Internamento	444
Camas de Psiquiatria Crónicos	27
Berçário	40
Camas de Hospital de Dia	4
Cadeiras de Hospital de Dia	25
Camas de Unidade de Recobro	16
Gabinets de Consulta Externa	90
Sala de Pequena Cirurgia da Consulta Externa	3
Sala de Bloco Operatório - Cirurgia Urgente	1
Sala de Bloco Operatório - Cirurgia Programada Convencional	6
Sala de Bloco Operatório - Cirurgia de Ambulatório	4
Sala de Bloco de Partos	7

Fonte: Relatório e Contas do CHTS |2019

Na Tabela 2, apresenta-se a evolução da atividade assistencial do CHTS no triénio 2017-2019.

Tabela 2 - Evolução da Atividade Assistencial no CHTS 2017-2019.

Linha de Produção	2017	2018	2019	Variação (2017/2019)	
				Q	%
Internamento (doentes saídos, altas s/berçário e obs)	20 635	20 513	20 551	-84	-0,41%
Urgência Geral (saídas)	200 165	191 425	194 536	-5 629	-2,81%
Consulta Externa	308 319	370 510	322 035	13 716	4,45%
Primeiras Consultas	112 013	177 866	122 362	10 349	9,24%
Consultas Subsequentes	196 306	192 644	199 673	3 367	1,72%
Hospital de Dia (nº sessões)	29 359	33 841	32 761	3 402	11,59%
Serviço Domiciliário (nº visitas)	7 042	8 390	8 124	1 082	15,36%
Bloco Operatório (nº intervenções)	25 306	26 695	27 558	2 252	8,90%
Cirurgia Urgente	2 997	2 962	2 936	-61	-2,04%
Cirurgia Programada	6 703	6 397	6 982	279	4,16%
Cirurgia de Ambulatório	15 606	17 336	17 640	2 034	13,03%
Bloco de Partos (nº de partos)	2 328	2 317	2 232	-96	-4,12%

Fonte: elaboração própria com base no Relatório e Contas do CHTS |2019 |2018 |2017

4.2 O Serviço de Consulta Externa do Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa

De acordo com a definição do INE, a Consulta Externa é a *“unidade orgânico-funcional de um hospital onde os doentes, com prévia marcação, são atendidos para observação, diagnóstico, terapêutica e acompanhamento, assim como para pequenos tratamentos cirúrgicos ou exames similares”* (INE).

O Serviço de Consulta Externa do CHTS disponibiliza à população cuidados de saúde de ambulatório, programados, correspondentes ao nível de diferenciação técnica dos serviços existentes na instituição.

Em termos orgânicos, o Serviço de Consulta Externa encontra-se integrado no Departamento de Ambulatório e Ligação Funcional.

O Serviço de Consulta Externa é dotado de um conjunto de recursos humanos, físicos e tecnológicos, que permitem a prestação de cuidados de saúde, desde a observação ao diagnóstico e ao tratamento, sem necessidade de hospitalização.

Esta linha de atividade funciona em ambas as unidades hospitalares do CHTS, disponibilizando agendas para marcação de consultas de segunda a sexta-feira das 08:00 às 20:00. As especialidades disponíveis em cada uma das unidades hospitalares são as constantes da Tabela 3.

Tabela 3 - Especialidades disponíveis no CHTS.

Especialidades	HPA	HSG
Andrologia	✓	
Anestesiologia	✓	✓
Cardiologia	✓	
Cirurgia-Geral	✓	✓
Cirurgia Plástica	✓	✓
Cirurgia Vascular	✓	✓
Endocrinologia	✓	✓
Estomatologia	✓	✓
Gastroenterologia	✓	
Ginecologia	✓	✓
Imuno-hemoterapia	✓	✓
Medicina Física e de Reabilitação	✓	✓
Medicina Interna	✓	✓
Medicina do Trabalho	✓	
Nefrologia	✓	
Neurologia	✓	✓
Nutrição	✓	✓
Obstetrícia	✓	
Oftalmologia	✓	✓
Ortopedia	✓	✓
Otorrinolaringologia	✓	✓
Pediatria	✓	✓
Pneumologia	✓	
Psiquiatria	✓	✓
Urgência Referenciada	✓	
Urologia	✓	✓

Fonte: <http://www.chts.min-saude.pt/consultas/> | consultado em 10/10/2021

Para responder às necessidades dos seus utentes, o Serviço de Consulta Externa tem 90 gabinetes para realização de consultas e conta com uma equipa multidisciplinar de diferentes categorias profissionais: médicos, enfermeiros, assistentes técnicos e assistentes operacionais.

É ainda de referir que a atividade do Serviço de Consulta Externa tem um impacto significativo na atividade de outros serviços do Centro Hospitalar, nomeadamente a Imagiologia, os Exames Especiais, o Internamento, a Urgência e a Medicina Física e Reabilitação, na medida em que, conforme as suas necessidades, alimenta o fluxo de doentes para e entre estes serviços. Por sua vez, e pelo mesmo motivo, a atividade dos referidos serviços também impacta na atividade do Serviço de Consulta Externa.

Na Tabela 4, apresenta-se a evolução da atividade assistencial realizada pelo Serviço no triénio 2017-2019.

Tabela 4 - Evolução da Atividade Assistencial realizada pelo Serviço 2017-2019.

Serviço de Consulta Externa	2017	2018	2019	2018/2017		2019/2018		2019/2017	
				Q	%	Q	%		
Consulta Externa	308 319	310 510	322 035	2 191	0,7%	11 525	3,7%	13 716	4,4%
Primeiras Consultas	112 013	117 866	122 362	5 853	5,2%	4 496	3,8%	10 349	9,2%
Consultas Subsequentes	196 306	192 644	199 673	-3 662	-1,9%	7 029	3,6%	3 367	1,7%
% Primeiras Consultas no total de consultas realizadas	36,33%	37,96%	38,00%		1,63pp		0,04pp		1,67pp
Consultas realizadas/dia útil	1 238	1 247	1 293	9	0,73%	46	3,69%	55	4,44%

Fonte: elaboração própria com base no Relatório e Contas do CHTS |2019 |2018 |2017

No triênio em análise, verificou-se uma evolução positiva da atividade assistencial realizada pelo Serviço de Consulta Externa do CHTS, tendo crescido ao longo do período. Em 2019, este Serviço realizou 322.035 consultas, representando 2,6% das consultas realizadas pelo SNS nesse ano. A atividade realizada pelo Serviço evidencia a preocupação com a garantia do acesso e o aumento da capacidade de resposta do CHTS, uma vez que, em 2019, o número de primeiras consultas cresceu 9,2% face a 2017 (+10.349 consultas) e 3,8% face a 2018 (+4.496 consultas).

Considerando a importância do acesso a primeiras consultas hospitalares, são incluídos nos Contratos-Programa indicadores de acesso que estão indexados a um incentivo e cujo cumprimento, ou incumprimento, contribui para a atribuição de uma determinada verba à instituição.

No triênio em análise, o Contrato-Programa do CHTS contemplou os indicadores de acesso que se apresentam na Tabela 5. Os dados que constam da tabela são apurados centralmente, na ACSS, e comunicados ao hospital, por isso é que, em 2019, um dos indicadores ainda não está disponível.

Tabela 5 - Descrição dos Indicadores do Contrato-Programa

Indicador	Descrição
% de primeiras consultas médicas no total de consultas médicas.	nº de primeiras consultas médicas/total de consultas médicas realizadas.
peso das consultas externas médicas com registo de alta no total de consultas externas médicas (%).	nº de consultas médicas com registo de alta/total de consultas médicas realizadas.
tempo de espera para a triagem médica na consulta externa.	nº de dias que decorre entre a data de entrada no sistema CTH e a marcação da consulta.
redução do tempo de espera para triagem médica da consulta externa.	redução do nº de dias que decorre entre a data de entrada sistema CTH e a marcação da consulta.
% utentes em lista de espera para consulta dentro do TMRG.	nº de utentes em lista de espera dentro do TMRG/total de utentes em lista de espera.
% consultas realizadas dentro do TMRG.	nº de consultas realizadas dentro do TMRG/total de consultas realizadas.

Fonte: elaboração própria

Relativamente aos indicadores de acesso constantes do contrato programa e respetivos acordos modificativos, verificamos que, com a exceção do indicador relacionado com os tempos de espera para triagem médica, o CHTS apresentou um bom desempenho, tal como se pode verificar pelos valores constantes da Tabela 6.

Tabela 6 – Indicadores do Contrato-Programa 2017-2019.

Indicador constante do Contrato-Programa	2017		2018		2019	
	meta	realizado	meta	realizado	meta	realizado
% de primeiras consultas médicas no total de consultas médicas	35	36,4	36,3	38		
peso das consultas externas médicas com registo de alta no total de consultas externas médicas (%)	15	13	15	17,3		
tempo médio de espera para a triagem médica na consulta externa			7,5	20,41		
redução do tempo de espera para triagem médica da consulta externa	25	23				
% utentes em lista de espera para consulta dentro do TMRG					42	47,9
% consultas realizadas dentro do TMRG					67,2	57,9
tempo de espera para a triagem médica na consulta externa					7,5	n.d.

Fonte: elaboração própria com base no Relatório e Contas do CHTS |2019 |2018 |2017

O Serviço de Consulta Externa tem apresentando uma produção de atos médicos elevada (número de consultas) e os indicadores de acesso acompanhados em sede de contrato-programa evidenciam um bom desempenho do serviço.

5 O SISTEMA CONSULTA A TEMPO E HORAS NO CHTS

5.1 O processo de implementação do Sistema CTH no CHTS

O CHTS tem desenvolvido, ao longo dos anos, um conjunto de medidas e ações com o intuito de melhorar o acesso aos cuidados de saúde por parte dos seus utentes.

Neste sentido, foram implementados os sistemas informáticos necessários, CTH e Alert®P1 e assegurada a formação necessária aos respetivos utilizadores, nomeadamente os Assistentes Técnicos do Serviço de Consulta Externa e os Médicos triadores das especialidades.

Em paralelo, foi necessário desenhar e implementar alterações organizativas, pois este sistema introduziu a desmaterialização do processo exigindo a redefinição de alguns circuitos no Serviço de Consulta Externa, nomeadamente a eliminação da tarefa de digitalização e registo dos pedidos de primeira consulta oriundos dos CSP, bem como a dedicação de elementos à gestão e monitorização dos pedidos via Alert®P1.

Desde 2018 que o CHTS dispõe de uma Unidade Local de Gestão do Acesso (ULGA) que inclui, no seu núcleo executivo, uma área dedicada ao acesso a primeiras consultas: SIGA 1ª consulta.

O SIGA 1ª consulta do CHTS é composto pela Diretora Clínica e pela Gestora responsável pela Departamento de Ambulatório e Ligação Funcional, que inclui o Serviço de Consulta Externa, e tem como objetivo acompanhar e monitorizar o comportamento da lista de espera para primeira consulta no CHTS e propor ao Conselho de Administração medidas/ações com vista à sua eficiente gestão. Esta equipa assegura a ligação e cooperação com a ACSS no âmbito do sistema CTH.

Paralelamente, este Centro Hospitalar desenvolveu ações no sentido de reforçar a articulação com os CSP, nomeadamente a realização de reuniões inter pares para apresentação das principais dificuldades no processo de referenciação e análise de especialidades com maior dificuldade no acesso.

A implementação do sistema CTH não se concretizou de um dia para o outro até podemos arriscar dizer, nem de um ano para o outro.

A mudança de procedimentos que envolvem capital humano já é, *per si*, um desafio para qualquer organização. Mais exigente ainda é o processo de mudança quando implica a implementação de um novo sistema informático que interliga com outros sistemas de informação externos à organização e cuja gestão é centralmente gerida pela ACSS.

Fruto dos problemas de falta de interoperabilidade dos sistemas, bem como de erros administrativos, surgiram várias falhas de integração que distorceram a informação disponibilizada pelo sistema CTH, colocando em causa a fiabilidade da mesma.

No CHTS, foram muitas as limitações associadas à implementação, nomeadamente, a realização de procedimentos administrativos com erros que, posteriormente, não eram passíveis de correção, como, por exemplo, o agendamento de uma consulta sem que o pedido tivesse prioridade atribuída. Este era um dos erros que não tinha correção e que ficava, para sempre, a “pesar” na lista de espera, mesmo depois da realização da consulta.

Neste contexto, e considerando a transversalidade dos problemas às diferentes unidades de saúde do SNS, a ACSS desenvolveu um “processo de limpeza” da informação constante do sistema CTH. De acordo com declarações do Presidente do Conselho Diretivo da ACSS, em sede de exercício de contraditório ao relatório nº 15/2017 do Tribunal de Contas, “(...) com o intuito de garantir a veracidade dos dados divulgados, tornou-se necessário o desenvolvimento pela ACSS, I.P. de uma ação coordenada a nível nacional, focada na correção dos “pedidos não concluídos” e correspondentes a erros administrativos e de integração entre sistemas de informação, acumulados ao longo dos anos de funcionamento do CTH e que não correspondiam a utentes em espera, de modo a falar-se de listas de espera para primeira consulta hospitalar que fossem fiáveis e que refletissem a realidade das instituições do SNS (...)” (Contas, 2017).

Nesta fase, entre 2008 e 2017, o processo de gestão de listas de espera no CHTS baseou-se em procedimentos alternativos aos do CTH, com aplicação de *queries* ao Sistema Integrado de Informação Hospitalar (SONHO), que depois eram trabalhadas, manualmente, em ficheiros de *Excel*, para obter os indicadores de acesso.

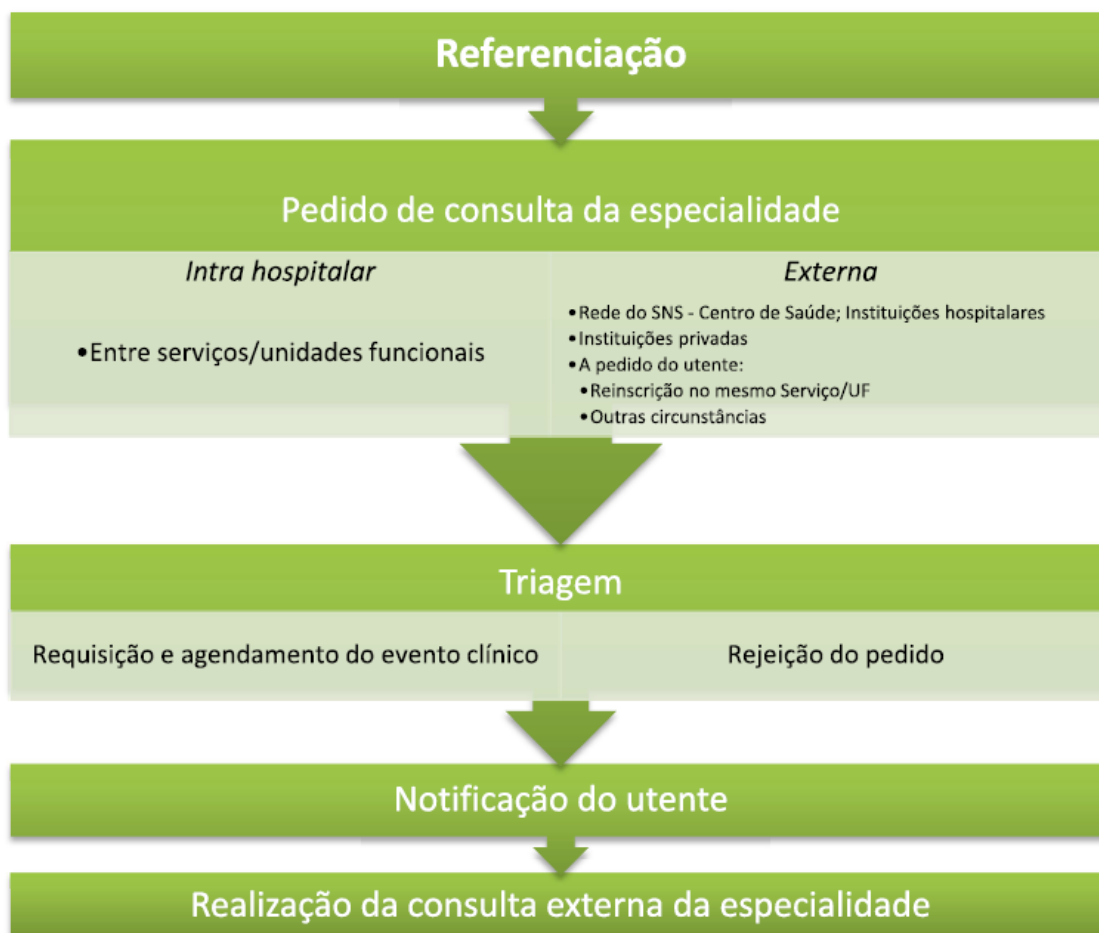
5.2 O processo de referenciação para primeira consulta no CHTS

Existem três possibilidades para que um utente tenha acesso à marcação de uma primeira consulta no CHTS:

- pedidos realizados através dos CSP;
- pedidos realizados por outras especialidades ou outros serviços do CHTS, designados por pedidos internos;
- pedidos realizados por outros Hospitais e/ou Clínicas Privadas.

A Figura 2 ilustra o processo de referenciação através do sistema CTH.

Figura 2 – Etapas da referência hospitalar



Fonte: Manual de Gestão de Inscritos para Cirurgia, ACSS, 2011

Para assegurar a realização deste processo, o CHTS utiliza os seguintes sistemas informáticos:

- o Sistema Integrado de Informação Hospitalar (SONHO) é o sistema informático que suporta o registo administrativo de toda a produção e faturação do Centro Hospitalar;
- o SClinico é um sistema informático vocacionado para o registo da atividade realizada por médicos e enfermeiros do CHTS;
- o Alert®P1 é o sistema destinado aos registos associados à requisição, triagem e encaminhamento de pedidos de primeiras consultas de especialidade dos CSP para os Hospitais;
- o CTH é o sistema informático que agrega e gere toda a informação relativa aos pedidos de primeira consulta de especialidade hospitalar com origem nos CSP.

5.2.1 Pedidos realizados através dos Cuidados de Saúde Primários

Anteriormente à implementação do sistema CTH, todo o processo de referenciação estava materializado em papel e em procedimentos manuais realizados por médicos e assistentes técnicos dos CSP e do CHTS. De referir ainda que o próprio utente também tinha participação no processo, uma vez que havia a possibilidade de ser o próprio a entregar o pedido no CHTS.

Em termos de circuito, o processo iniciava nos CSP aquando da emissão, pelo médico, do pedido de consulta, o designado P1. Este pedido era entregue, presencialmente ou via fax, no CHTS.

Com base nesse documento, o assistente técnico do Serviço de Consulta Externa do CHTS registava o pedido na aplicação SONHO, gerando uma referência (número a que o pedido ficava associado no CHTS).

O pedido era remetido para o médico responsável pela especialidade em causa que, mediante a análise da situação aceitava ou recusa o pedido. Caso o pedido fosse aceite, o médico, em função da urgência da situação e de acordo com a disponibilidade de agendas do serviço, efetuava a marcação da consulta. Caso o pedido fosse recusado, o médico preenchia um campo, no verso do pedido (P1), onde apresentava a fundamentação da recusa.

De referir que, em termos de urgência, estes pedidos apenas distinguiam entre urgente e não urgente.

Após a marcação da consulta, o doente era avisado, via postal, da data e hora que tinha que se apresentar no hospital.

Com a implementação do sistema CTH, o processo de referenciação para primeira consulta através dos CSP passou a ser totalmente desmaterializado. Deixou de existir papel a circular entre as instituições e o utente não tem qualquer intervenção no processo.

Em termos de circuito, o processo inicia nos CSP aquando da submissão, pelo médico, do pedido de consulta, através do sistema informático Alert@P1.

O CHTS, receciona, automaticamente através do Alert@P1, o pedido de consulta.

No Serviço de Consulta Externa do CHTS, um assistente técnico faz uma validação da existência de toda a informação administrativa necessária para criar uma referência (número a que o pedido fica associado no CHTS): nome, data de nascimento, morada, número do SNS, etc. Em função desta validação, o assistente técnico:

→ Cria, no SONHO, uma referência associada ao pedido de consulta;

→ Devolve, através do Alert®P1, o pedido aos CSP para que seja disponibilizada a informação em falta.

Após criar a referência no SONHO, o assistente técnico disponibiliza o pedido de consulta ao médico triador da especialidade, via Alert®P1.

Mediante análise da situação clínica descrita no pedido, o médico triador pode:

- Recusar o pedido;
- Devolver o pedido, solicitando informação complementar;
- Triar o pedido, atribuindo-lhe uma prioridade: Muito Prioritária, Prioritária, Normal.

Cada prioridade tem associado um tempo máximo de resposta - TMRG, que corresponde ao número de dias contados desde o momento em que ocorre o registo do pedido nos CSP até à data de realização da consulta.

Atualmente, e de acordo com a Portaria n.º 153/2017, de 4 de maio, os TMRG são os seguintes:

- Muito Prioritária: 30 dias seguidos;
- Prioritária: 60 dias seguidos;
- Normal: 120 dias seguidos.

A partir do momento em que existe prioridade atribuída no sistema, cada especialidade do hospital assegura a marcação das consultas, em função da prioridade atribuída e da disponibilidade de agendas.

Após a marcação da consulta, o doente é avisado, via postal, da data e hora em que tem que se apresentar no hospital.

5.2.2 Pedidos realizados por outras especialidades ou outros serviços do CHTS, designados por pedidos internos

O pedido é realizado pelo médico do CHTS no SClinico, que gera automaticamente uma referência no SONHO e fica disponível para o médico triador. Nestes casos, e como estes pedidos não integram no sistema informático Alert®P1, o médico triador não tem a possibilidade de atribuir uma prioridade, ficando o pedido classificado como urgente ou não urgente pelo médico requisitante.

Posteriormente, cada especialidade do hospital assegura a marcação das consultas, em função da classificação atribuída e da disponibilidade de agendas.

Após a marcação da consulta, o doente é avisado, via postal, da data e hora que tem que se apresentar no hospital.

Estes pedidos não integram o sistema CTH, não são registados no Alert@P1 e não têm prioridade nem TMRG associados.

5.2.3 Pedidos realizados por outros Hospitais e/ou Clínicas Privadas

O pedido é entregue pelo utente no balcão de informações do Serviço de Consulta Externa onde é digitalizado e, nesse momento, é gerada a referência no SONHO, ficando disponível para o médico triador. Nestes casos, e como estes pedidos não integram no Alert@P1, o médico triador não tem a possibilidade de atribuir uma prioridade, ficando o pedido classificado como urgente ou não urgente pelo médico requisitante.

Posteriormente, cada especialidade do hospital assegura a marcação das consultas, em função da classificação atribuída e da disponibilidade de agendas.

Após a marcação da consulta, o doente é avisado, via postal, da data e hora que tem que se apresentar no hospital.

Estes pedidos não integram o sistema CTH, não são registados no Alert@P1 e não tem prioridade nem TMRG associados.

Percebemos então que o CHTS implementou o sistema CTH e utiliza as potencialidades que o sistema lhe disponibiliza.

No entanto, ficamos também a perceber que, apesar do sistema estar desenhado para gerir todos os pedidos de primeiras consultas de especialidade hospitalar, independentemente da origem do pedido, situação prevista no enquadramento legal desde 2013, na prática, tal não sucede.

Na realidade, os pedidos realizados por outras especialidades ou serviços do CHTS (pedidos internos) e pedidos realizados por outros hospitais (públicos ou privados) não integram o CTH, não são registados no Alert@P1 e não tem prioridade nem TMRG associados.

Este constrangimento exige que o CHTS mantenha, em paralelo ao sistema CTH, um processo de gestão de listas de espera para primeiras consultas, com proveniência distinta dos CSP, baseado em queries aplicadas ao SONHO.

Esta situação condiciona o processo de gestão de listas de espera para primeira consulta no CHTS introduzindo enviesamento aos dados fornecidos pelo CTH, tal como melhor se evidencia no capítulo seguinte.

6 RESULTADOS

6.1 Evolução das variáveis analisadas no período em estudo: perspetiva agregada

Os dados disponibilizados pelo CHTS permitiram realizar uma análise da evolução das variáveis estudadas no presente projeto de forma a verificar o comportamento dos principais indicadores de acesso a primeiras consultas de especialidade referenciadas via CTH.

Tabela 7 – Evolução das Variáveis no triénio 2017-2019

Variável	2017	2018	2019	2018/2017		2019/2018		2019/2017	
				n.º	%	n.º	%	n.º	%
N.º Total de 1.ª Consultas Médicas realizadas no CHTS	112 013	117 866	122 362	5 853	5,2%	4 496	3,8%	10 349	9,2%
N.º de 1.ª Consultas realizadas via CTH	38 774	37 481	40 810	-1 293	-3,3%	3 329	8,9%	2 036	5,3%
N.º de 1.ª Consultas realizadas com outra proveniência	73 239	80 385	81 552	7 146	9,8%	1 167	1,5%	8 313	11,4%
% Primeiras Consultas via CTH	34,6%	31,8%	33,4%	-2,8pp		1,6pp		-1,3pp	
N.º de pedidos de 1.ª Consulta via CTH	48 085	46 797	50 894	-1 288	-2,7%	4 097	8,8%	2 809	5,8%
N.º de pedidos de 1.ª Consulta via CTH a aguardar consulta no CHTS	23 643	21 311	17 935	-2 332	-9,9%	-3 376	-15,8%	-5 708	-24,1%
Tempo médio dos pedidos a aguardar consulta no CHTS	246,90	271,50	207	25	10,0%	-65	-23,8%	-40	-16,2%
Tempo máximo dos pedidos a aguardar consulta no CHTS	2 779,00	3 137,00	2 253	358	12,9%	-884	-28,2%	-526	-18,9%
Consultas realizadas fora do TMRG	20 556	15 052	17 191	-5 504	-26,8%	2 139	14,2%	-3 365	-16,4%
% Consultas realizadas fora do TMRG	53,0%	40,2%	42,1%	-12,8pp		1,9pp		-10,9pp	

Fonte: CTH | elaboração própria com base em informação disponibilizada pelo CHTS

No triénio em análise, o CHTS aumentou, de forma sustentada, o número de primeiras consultas realizadas (o total de primeiras consultas aumentou 9,2% e o número de primeiras consultas via CTH 5,3%).

A procura, analisada através do n.º de pedidos de primeira consulta via CTH, diminuiu no ano de 2018, mas, no triénio, registou um crescimento de 5,8%.

Apesar do crescimento verificado na procura, o número de utentes em lista de espera decresceu, no triénio, 24,1% existindo, a 31 de dezembro de 2019, 17.935 utentes a aguardar realização de consulta no CHTS (menos 5.708 utentes que em 31 de dezembro de 2017 e menos 3.376 utentes que em 31 de dezembro de 2018). Quanto ao tempo médio de espera, verificamos, no triénio, uma redução de 40 dias, fruto da abordagem assumida pelo CHTS para gestão da lista de espera, através da implementação de um plano de recuperação.

Em termos de cumprimento dos TMRG, o CHTS realizou, em 2019, 17.191 consultas fora do TMRG que significa que 42,1% das consultas realizadas não cumprem com os TMRG definidos legalmente.

Os pedidos referenciados para o CHTS via CTH representam, em 2019, 7,3% dos pedidos referenciados na ARSNorte e 2,8% do total de pedidos referenciados no SNS pela mesma via.

A Figura 3 apresenta o crescimento verificado na procura no CHTS, no SNS e na ARSNorte.

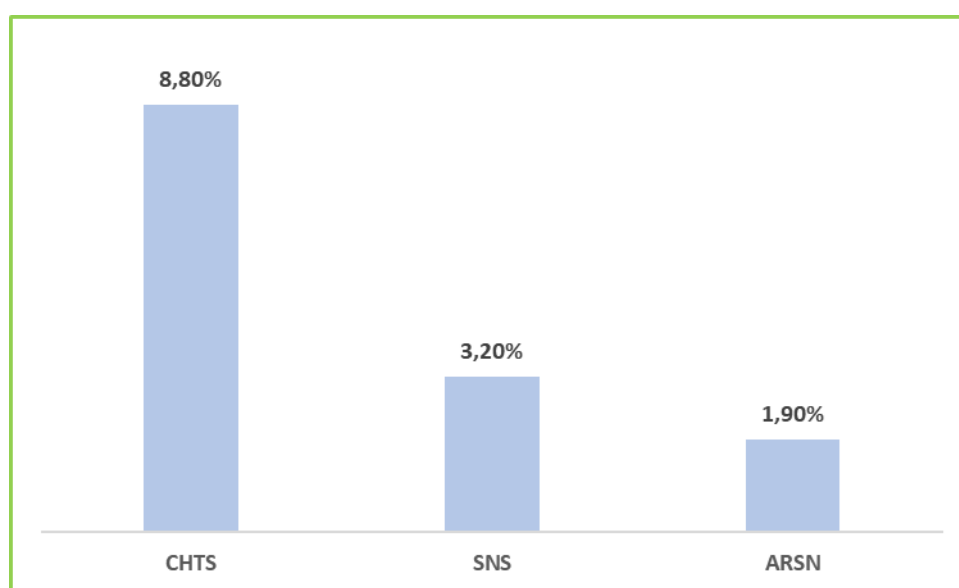


Figura 3 – Crescimento do número de pedidos de primeira consulta via CTH – 2019/2018

Podemos então referir que, com base nos resultados apurados, no triénio em análise, a estratégia seguida pelo CHTS alavancou a sua capacidade de resposta e introduziu uma melhoria do acesso da população aos cuidados de saúde prestados.

Nos pontos seguintes vamos analisar com mais pormenor as vantagens e constrangimentos associados à implementação do CTH e a evolução de cada uma das variáveis percebendo, por essa via, qual a abordagem do CHTS à temática da garantia do acesso à população se serve.

6.2 Principais vantagens associadas à implementação do CTH no CHTS

A implementação do sistema CTH permitiu introduzir melhorias significativas no processo de gestão da lista de espera para primeira consulta no CHTS. Desde logo, este sistema permitiu a

desmaterialização total do processo de referenciação de primeiras consultas provenientes dos CSP, o que reduziu a propensão ao erro e permitiu um maior controlo dos pedidos dirigidos ao CHTS.

Anteriormente à implementação deste sistema, os procedimentos adotados no CHTS não garantiam que os pedidos de primeira consulta oriundos dos CSP fossem devidamente registados. Os pedidos circulavam em papel, entre as instituições de origem e o CHTS, muitas vezes através do próprio utente, e se, por lapso ou acidente, ocorresse algum extravio do pedido, a consulta não seria marcada. Essa situação apenas seria identificada aquando da interpelação, pelo utente, sobre a marcação da mesma pelo utente.

Este sistema permitiu eliminar a participação do utente no circuito administrativo da marcação da consulta e excluir a necessidade de digitalização de pedidos em papel, eliminado, por essa via, o risco de extravio e não registo do pedido.

Além disto, o sistema CTH introduziu o conceito de prioridade no acesso a primeiras consultas hospitalares e definiu tempos máximos de resposta garantidos para cada uma das prioridades. A aplicação desta metodologia gerou mais transparência no processo de marcação de primeira consulta e promoveu uma melhoria da capacidade de resposta do CHTS às necessidades dos utentes, os mais urgentes têm acesso mais rápido.

Outra vantagem decorrente da implementação do sistema CTH é a informação disponibilizada pelo mesmo. De facto, não obstante os constrangimentos referidos no ponto seguinte, é evidente que o sistema CTH permite que as instituições tenham acesso a mais informação sobre os pedidos que lhes são dirigidos e sobre a lista de espera para consulta. Com a implementação deste sistema, o CHTS consegue caracterizar a procura, analisar a evolução da sua lista de espera para primeiras consultas referenciadas pelos CSP e monitorizar o cumprimento dos seus TMRG. O acompanhamento e monitorização desta informação permite identificar especialidades que necessitem que se preste mais atenção à sua lista de espera e definir uma estratégia adequada para a sua gestão, situação que se verificou em 2019, aquando da realização de consultas, em regime produção adicional, para controlar os tempos de espera de algumas especialidades.

Por outro lado, este sistema permite uma uniformização da informação de gestão entre as diferentes instituições do SNS, promovendo a aplicação de *benchmarking*.

6.3 Principais constrangimentos associados à implementação da CTH no CHTS

Apesar das vantagens associadas ao sistema CTH, este apresenta, também alguns constrangimentos.

Dos constrangimentos identificados ao longo deste estudo, destacam-se os relacionados com a falta de interoperabilidade dos sistemas e a não aplicação do CTH à totalidade de pedidos de primeira consulta, independentemente da proveniência.

Desde 2013 que o regulamento do sistema CTH estabelece que o pedido de primeira consulta de especialidade hospitalar é realizado exclusivamente através do sistema CTH, independentemente da sua proveniência. O presente estudo permitiu verificar que a utilização do sistema CTH está limitado aos pedidos de primeiras consultas de especialidade hospitalar que sejam referenciados pelos CSP, não integrando os pedidos intra-hospitalares e inter-hospitalares. Este facto condiciona a gestão de todo o processo, desde logo porque a informação disponibilizada pelo CTH diz respeito, por exemplo, em 2019, a apenas cerca de 33% do total de primeiras consultas realizadas pelo CHTS.

Por outro lado, esta limitação obriga a que, paralelamente ao CTH, exista um procedimento que permita acompanhar e monitorizar os pedidos com origem distinta dos CSP. Assim, o CHTS mantém os procedimentos anteriores à implementação do sistema CTH para os pedidos com proveniência distinta dos CSP e que não permite a atribuição de prioridade e, consequentemente, associação, monitorização e controlo de TMRG.

Outro ponto que merece reflexão é a transparência e a equidade no acesso associada aos pedidos intra e inter-hospitalares, uma vez que não estão sujeitos às regras do sistema CTH. Nestes casos, como não há lugar à atribuição de prioridades, não é possível aplicar os TMRG nem garantir que o utente mais prioritário vai ter melhor acesso.

A informação disponibilizada pelo CTH não traduz a realidade dos TMRG das instituições e, por esse motivo, põe em causa a concretização do livre acesso e circulação no SNS, uma vez que o cidadão necessita de informação real e fidedigna sobre a capacidade de resposta das instituições, para conseguir tomar a decisão que melhor satisfaça as suas necessidades.

Por outro lado, a resolução dos pedidos que não se encontram abrangidos pelo sistema CTH não contribuem para os indicadores de acesso, não são majoradas em sede de contrato-programa e não

são elegíveis para realização em regime de produção adicional¹, ao contrário das primeiras consultas realizadas via CTH.

Estamos, portanto, diante de um constrangimento que, no limite, e em termos teóricos, poderá até subverter os objetivos e finalidades do sistema CTH.

Este constrangimento, além de limitar a interpretação da informação disponibilizada pelo sistema CTH a uma parte da produção realizada pelo CHTS (cerca de um terço), introduz ineficiência e desperdício de recursos no processo de gestão de listas de espera para primeira consulta hospitalar e dificulta a transparência e a equidade no acesso.

Por outro lado, subjacente à implementação do sistema CTH está, também, a utilização de uma plataforma de extração de informação de gestão que, em termos teóricos, permitirá às instituições aceder e exportar informação fiável e em tempo real sobre os seus dados de acesso a primeiras consultas - ADW- Alert®P1. Fruto da falta de interoperabilidade dos sistemas, o CHTS nunca conseguiu obter informação do ADW- Alert®P1, o que limita o acesso a informação do CTH. A inexistência de uma plataforma que permita ao CHTS extrair, a todo o tempo, informação fiável sobre os dados constantes do sistema Alert®P1 é uma limitação deste processo, uma vez que a instituição fica dependente da unidade central (ACSS) para obter informação do sistema CTH.

6.4 Comportamento da lista de espera para primeira consulta no CHTS, EPE 2017-2019

Considerando que a existência de listas de espera decorre de um desajuste entre a oferta e a procura, é importante perceber como estas se comportaram no triénio em análise.

6.4.1 Comportamento da Procura

No triénio 2017-2019, o CHTS rececionou, via CTH, 145.776 pedidos de primeira consulta (ver detalhe na Tabela 8).

¹ De acordo com a Portaria n.º 207/2017, de 11 de julho, que Aprova os Regulamentos e as Tabelas de Preços das Instituições e Serviços Integrados no Serviço Nacional de Saúde, procede à regulamentação do Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC), que passa a integrar o Sistema Integrado de Gestão do Acesso (SIGA SNS), e define os preços e as condições em que se pode efetuar a remuneração da produção adicional, produção adicional é a atividade de primeiras consultas, cirurgias e MCDT realizada nas instituições do SNS, por equipas de profissionais, fora do horário de trabalho, e pagas por unidade de produção, independentemente do tempo afeto à mesma.

Tabela 8 – Evolução do número de pedidos de 1ª Consulta 2017-2019

Variável	2017	2018	2019	2018/2017		2019/2018		2019/2017	
				nº	%	nº	%	nº	%
Nº de pedidos de 1ª Consulta via CTH	48 085	46 797	50 894	-1 288	-2,7%	4 097	8,8%	2 809	5,8%

Fonte: CTH | elaboração própria com base em informação disponibilizada pelo CHTS

Em 2018, e face a 2017, registou-se uma diminuição de 2,7% (-1.288 pedidos) no número de pedidos de 1ª consulta ao CHTS via CTH, situação que foi revertida, em 2019, com um aumento de 8,8% (+4.097 pedidos) face a 2018.

A evolução negativa ocorrida em 2018 poderá estar relacionada com o impacto da implementação do livre acesso e circulação, que permite, desde 2016, que o utente, juntamente com o médico de família responsável pela referênciação, e com base na informação sobre os TMRG disponível, escolha a unidade hospitalar do SNS para a realização da consulta que necessita.

Fruto desta evolução negativa na procura, o CHTS desenvolveu ações de esclarecimento e sensibilização junto dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) da sua área de referênciação para melhorar este processo e promover os seus serviços, o que se mostrou adequado, considerando o aumento de pedidos que se verificou em 2019.

6.4.2 Comportamento da Oferta

No triénio 2017-2019, o CHTS realizou, no total, 352.241 primeiras consultas. Destas, 117.065 (33,2%) foram referênciacidas através do CTH (ver detalhe na Tabela 9).

Tabela 9 - Evolução das Primeiras Consultas realizadas 2017-2019

Variável	2017	2018	2019	2018/2017		2019/2018		2019/2017	
				nº	%	nº	%	nº	%
Nº Total de 1ª Consultas Médicas realizadas no CHTS	112 013	117 866	122 362	5 853	5,2%	4 496	3,8%	10 349	9,2%
Nº de 1ª Consultas realizadas via CTH	38 774	37 481	40 810	-1 293	-3,3%	3 329	8,9%	2 036	5,3%
Nº de 1ª Consultas realizadas com outra proveniência	73 239	80 385	81 552	7 146	9,8%	1 167	1,5%	8 313	11,4%
% Primeiras Consultas via CTH	34,6%	31,8%	33,4%	-2,8pp		1,6pp		-1,3pp	

Fonte: CTH | elaboração própria com base em informação disponibilizada pelo CHTS

Em 2018, e face a 2017, o CHTS realizou menos 1.293 primeiras consultas via CTH (-3,3%), reflexo da diminuição da procura registada neste período.

Em 2019, e seguindo a tendência da procura, o CHTS realizou mais 3.329 primeiras consultas via CTH (+8,9%), face a igual período de 2018.

Relativamente aos dados de 2019, é ainda de referir que estes refletem o plano de recuperação de listas de espera que o CHTS implementou no 2º semestre desse ano. Assim, e após uma análise dos indicadores de acesso por especialidade, foram realizadas 2.378 consultas em regime de produção adicional nas seguintes especialidades: Cardiologia, Ginecologia, Otorrinolaringologia, Pneumologia e Urologia. Esta medida adotada pelo CHTS impactou nos tempos médios de resposta das respetivas especialidades, tal como se pode constatar na Figura 4.

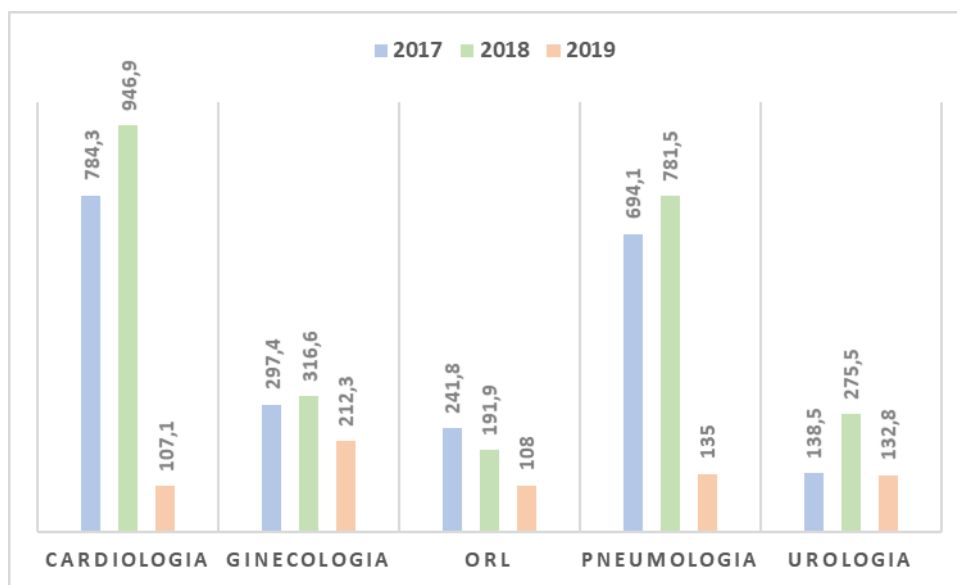


Figura 4 – Tempos médios de resposta por especialidade - 2019

No triénio 2017-2018, as primeiras consultas realizadas via CTH representaram 33,2% do total de primeiras consultas realizadas no CHTS. Este rácio apresentou o seu máximo em 2017, com 34,6%, tendo reduzido para 31,8% em 2018 e sofrido nova inflexão em 2019, quando cresceu até 33,4% (ver Figura 5).

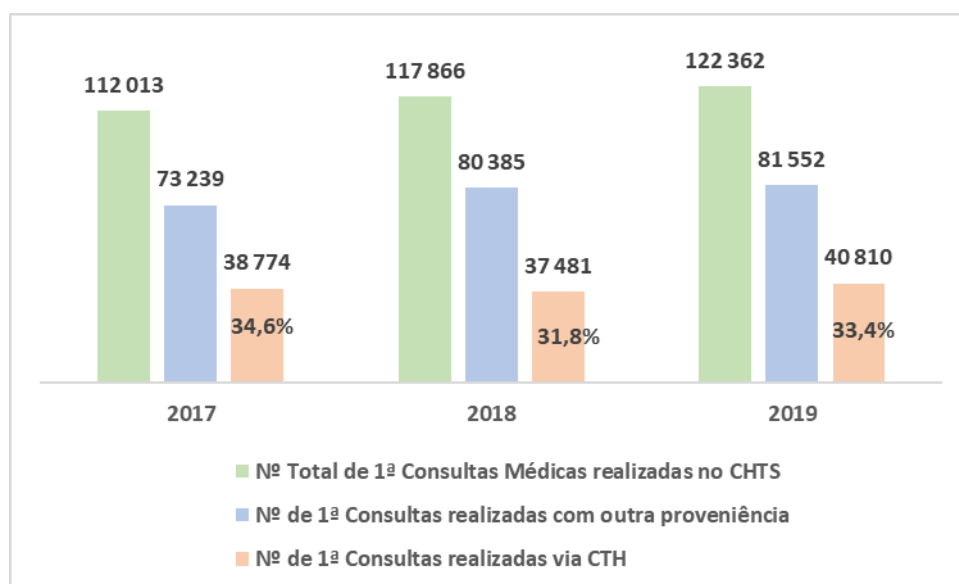


Figura 5 – Primeiras Consultas Realizadas 2017-2019

O resultado apresentado por este rácio merece atenção e reflexão, uma vez que permite constatar que os pedidos de primeira consulta tratados através do sistema CTH representam apenas um terço do total de primeiras consultas realizadas no CHTS. Este facto limita a informação disponibilizada à gestão, e também ao cidadão, uma vez que o sistema CTH reflete apenas a situação referente a cerca de 33% da produção de primeiras consultas realizadas.

Relativamente aos pedidos referenciados por outras vias, cerca de 67%, o CHTS monitoriza a sua evolução através de *queries* sobre o SONHO, para acompanhar o número de pedidos a aguardar marcação; no entanto, devido ao facto destes pedidos não estarem sujeitos à triagem médica, não têm prioridade atribuída, pelo que não é possível calcular os seus TMRG e restantes indicadores associados ao sistema CTH.

A Tabela 10 apresenta a evolução das consultas realizadas fora dos TMRG.

Tabela 10 – Evolução das consultas realizadas fora dos TMRG 2017-2019

Variável	2017	2018	2019	2018/2017		2019/2018		2019/2017	
				nº	%	nº	%	nº	%
Consultas realizadas fora do TMRG	20 556	15 052	17 191	-5 504	-26,8%	2 139	14,2%	-3 365	-16,4%
% Consultas realizadas fora do TMRG	53,0%	40,2%	42,1%	-12,8pp		1,9pp		-10,9pp	

Fonte: CTH | elaboração própria com base em informação disponibilizada pelo CHTS

No triénio, verificou-se uma melhoria ao nível do cumprimento dos TMRG, uma vez que o número de consultas realizadas fora do TMRG reduziu 16,4% (-3.365 consultas).

Em 2019, apesar de continuar a diminuir face a 2017, ocorreu uma ligeira inflexão no número de consultas realizadas fora do TMRG, face a 2018. Esta situação decorreu do plano de recuperação de listas de espera que o CHTS implementou no 2º semestre desse ano. Fruto dessa recuperação, foram concluídos pedidos mais antigos, com muitos dias em lista de espera, o que originou um crescimento do número de consultas realizadas fora dos TMRG.

Quando analisamos o desempenho do CHTS dentro do SNS, verificamos que, em 2019, a produção realizada, no que respeita a primeiras consultas via CTH, representou 3% do total destas consultas realizadas no SNS.

Em termos de crescimento, em 2019, o CHTS cresceu, face a 2018, 8,9% o que foi manifestamente superior ao crescimento verificado no SNS, cujo crescimento, no mesmo período, foi de 2,5%.

6.4.3 Comportamento da lista de espera para primeira consulta no CHTS, EPE 2017-2019

Analisando os dados da oferta e da procura, percebemos que, apesar da oferta acompanhar a tendência da procura (desceu em 2018 e cresceu em 2019), não apresentou um crescimento que tenha permitido satisfazer todos os pedidos referenciados via CTH.

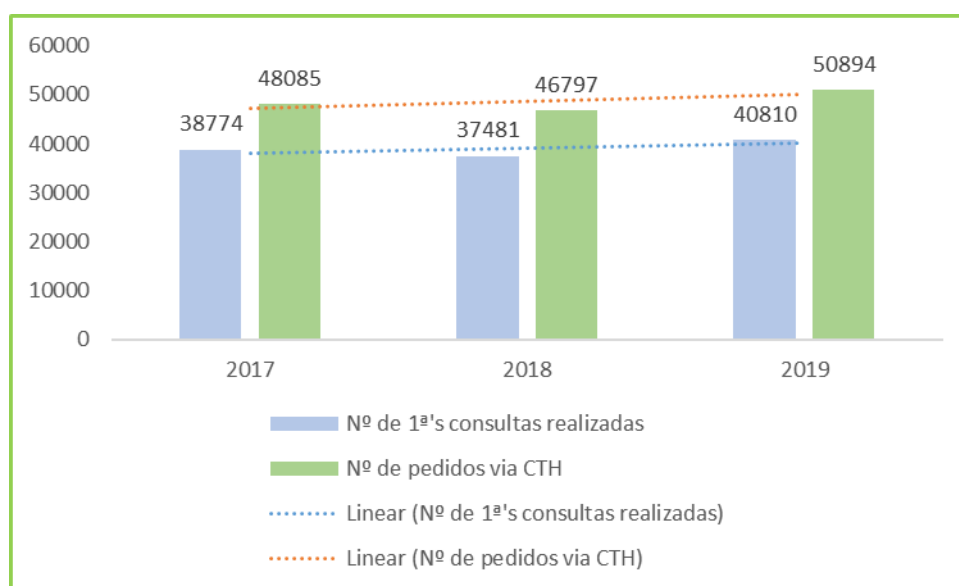


Figura 6 – Evolução da oferta e da procura 2017-2019

Considerando que a capacidade da oferta não é suficiente para satisfazer as necessidades da procura, surge a lista de espera para primeira consulta.

Em 31 de dezembro de 2019, o número de pedidos a aguardar consulta no CHTS ascendeu a 17.935, o que representava 2,8% do total de pedidos não concluídos no SNS.

Tabela 11 - Evolução do número de pedidos de primeiras consultas via CTH a aguardar realização de consulta 2017-2019

Variável	2017	2018	2019	2018/2017		2019/2018		2019/2017	
				nº	%	nº	%	nº	%
Nº de pedidos de 1ª Consulta via CTH a aguardar consulta no CHTS	23 643	21 311	17 935	-2 332	-9,9%	-3 376	-15,8%	-5 708	-24,1%
Tempo médio dos pedidos a aguardar consulta no CHTS	246,90	271,50	207	25	10,0%	-65	-23,8%	-40	-16,2%
Tempo máximo dos pedidos a aguardar consulta no CHTS	2 779,00	3 137,00	2 253	358	12,9%	-884	-28,2%	-526	-18,9%

Fonte: CTH | elaboração própria com base em informação disponibilizada pelo CHTS

Em 31 de dezembro de 2018, e comparativamente a igual período de 2017, o número de pedidos a aguardar consulta no CHTS reduziu 9,9% (-2.332 pedidos), o que reflete a quebra sentida na procura neste período (-1.288 pedidos).

Em 2019, e mesmo com o aumento sentido na procura, o número de pedidos a aguardar consulta no CHTS apresentou uma redução de 15,8% (-3.376 pedidos), face a 31 de dezembro de 2018.

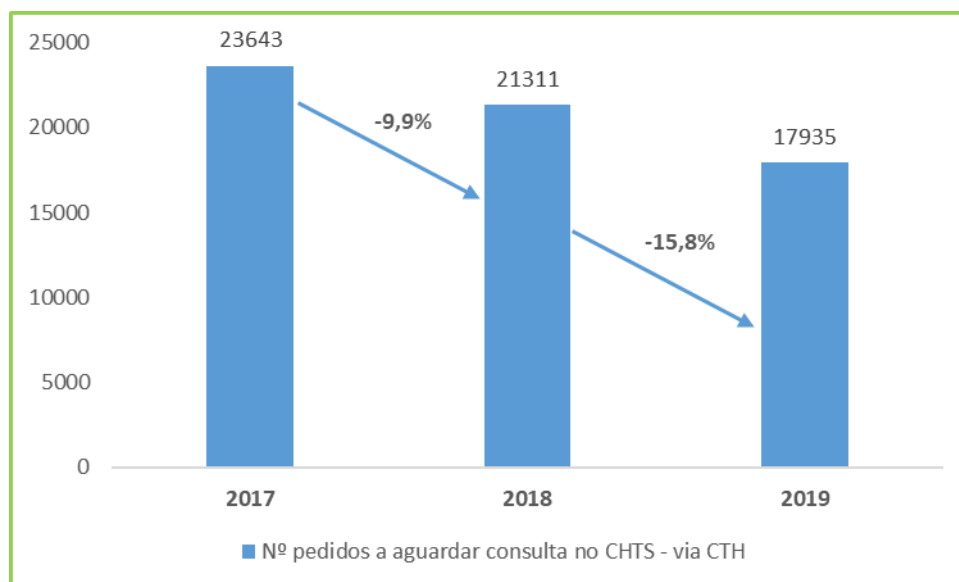


Figura 7 - Evolução do número de pedidos a aguardar consulta no CHTS via CTH 2017-2019

Aparentemente, e em termos globais, os dados analisados indicam que o CHTS apresentou, ao longo do triênio, uma evolução favorável na sua capacidade de resolução da lista de espera para primeira consulta referenciada via CTH.

No entanto, importa aqui referir que, no âmbito do sistema CTH, a conclusão de um pedido de primeira consulta ocorre quando se verifica:

- A realização da consulta;
- A recusa do pedido aos CSP, aquando da triagem médica;
- Falta injustificada do doente;
- Cancelamento

Assim, além do número de primeiras consultas realizadas, as restantes situações acima elencadas contribuem, também, para a dimensão da lista de espera, para os tempos médios de espera, bem como para a capacidade de resolução da lista de espera.

A informação relativa ao tipo de motivo que origina a conclusão do pedido é disponibilizada pela ACSS; no entanto, essa análise não foi realizada no presente estudo. Contudo, considera-se que era um tema interessante a desenvolver em futuros projetos de investigação.

A análise por especialidade permite-nos concluir que as especialidades que mais contribuíram para o número total de pedidos a aguardar consulta foram as seguintes: Cardiologia, a Cirurgia-Geral, a Ginecologia, a Oftalmologia, a Ortopedia, a Otorrinolaringologia e a Pneumologia que, em conjunto, representavam 86,9% dos pedidos em lista de espera no ano de 2017 e 83,3% e 76,8% nos anos de 2018 e 2019, respetivamente, sendo que quatro destas especialidades foram incluídas no plano de recuperação de listas de espera no segundo semestre de 2019.

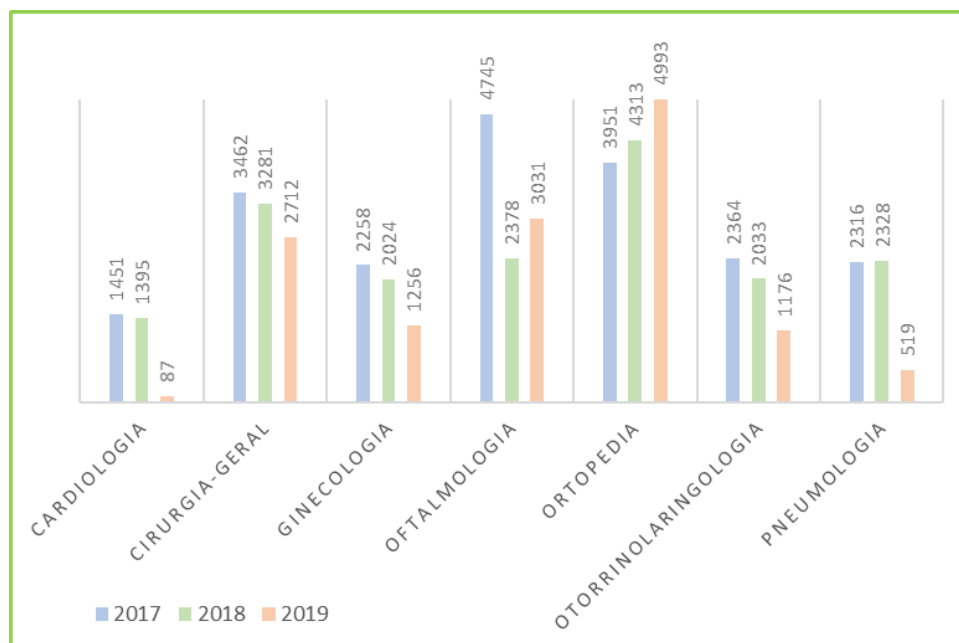


Figura 8 – Evolução dos pedidos a aguardar consulta nas principais especialidades 2017-2019

De acordo com os dados da Figura 8, é notório do plano de recuperação de listas de espera que o CHTS implementou no 2º semestre de 2019 para as especialidades de Cardiologia, Ginecologia, Ortopedia e Pneumologia.

A análise realizada permite concluir que, no triénio em análise, o CHTS melhorou a sua capacidade de gestão da lista de espera para primeira consulta de especialidade.

Apesar das limitações ao estudo, foi possível perceber que os procedimentos de acompanhamento, monitorização e gestão da lista de espera foram melhorando ao longo do triénio, à medida que a implementação do sistema CTH se foi apresentando mais consolidado e a informação disponibilizada pelo sistema se foi tornando mais fiável e aproximada da realidade.

A utilização da informação de gestão obtida através do CTH permitiu que o CHTS implementasse, em 2019, um plano de recuperação de listas de espera em cinco especialidades: Cardiologia, Ginecologia, ORL, Pneumologia e Urologia.

Este plano de recuperação de listas de espera baseou-se na realização de consultas em regime de produção adicional pelas especialidades selecionadas de acordo com o desempenho apresentado nos indicadores de acesso, nomeadamente tempos médios de espera e número de pedidos a aguardar consulta.

Além do desempenho apresentado nos indicadores de acesso, é ainda necessário ter em consideração o impacto que o plano de recuperação terá a montante do processo de gestão de listas

de espera para primeira consulta. Isto é, a realização de consultas em produção adicional pode provocar alterações na procura de outros serviços a montante do Serviço de Consulta Externa, como por exemplo, os serviços que realizam exames e atividade cirúrgica.

Assim, é muito importante assegurar um equilíbrio entre as diferentes linhas de produção do CHTS pois, caso contrário, pode acontecer uma mera transferência de gargalo e não uma melhoria efetiva no acesso a cuidados de saúde.

De referir ainda que, no triénio, o CHTS reforçou a dotação de pessoal médico nestas especialidades com vista a incrementar a sua capacidade de resposta às solicitações da procura, tal como se pode verificar na Figura 9.

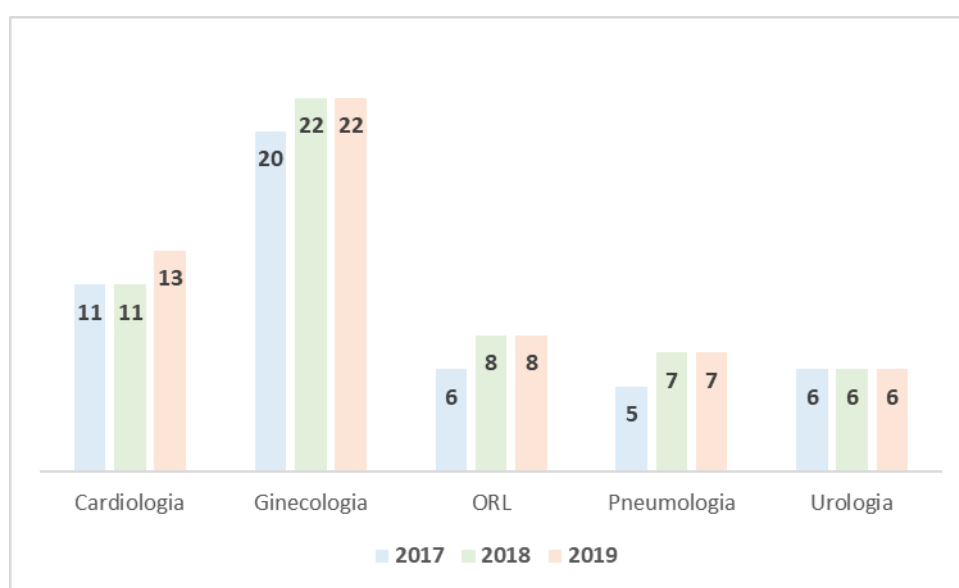


Figura 9 - Evolução do número de médicos por especialidade abrangida pelo plano de recuperação

7 CONCLUSÃO

Nos dias de hoje, há uma crescente preocupação com a garantia do acesso a cuidados de saúde. De facto, o envelhecimento da população, o aumento da esperança de vida e o crescimento das doenças crónicas são fatores que colocam verdadeiros desafios ao sistema de saúde. Este cenário exige a adoção de uma estratégia integrada com vista à melhoria da eficiência e eficácia dos processos nas organizações do SNS, de forma a assegurar a garantia do acesso a cuidados de saúde adequados e em tempo útil, e contribuir para a sustentabilidade do SNS.

Foi neste contexto que, em 2008, foi criado o sistema integrado de referenciação e gestão do acesso à primeira consulta de especialidade hospitalar nas instituições do SNS – Consulta a Tempo e Horas.

A realização deste estudo permitiu concluir que o sistema CTH veio alterar o paradigma da referenciação para primeira consulta hospitalar e, consequentemente, da gestão do acesso. O sistema CTH, apesar dos constrangimentos associados, constitui uma mais valia para a gestão do acesso a primeiras consultas no CHTS uma vez que, por um lado, simplificou e desmaterializou o processo e, por outro lado, introduziu mais transparência e controlo. É agora necessário desenvolver o sistema de forma a colmatar os constrangimentos identificados.

7.1 Principais conclusões

A realização deste estudo permitiu conhecer melhor o sistema CTH, a forma como foi implementado no CHTS, as principais vantagens e constrangimentos associados e o impacto que esta implementação causou nas suas listas de espera.

Este estudo permitiu concluir que o sistema CTH introduziu diversas melhorias nos processos e circuitos do CHTS, entre os quais se destacam:

- desmaterialização total do processo de referenciação de primeiras consultas provenientes dos CSP;
- maior controlo dos pedidos referenciados pelos CSP para o CHTS;
- eliminação da participação do utente no circuito administrativo da marcação da consulta;
- exclusão da necessidade de digitalização de pedidos em papel;
- redução da possibilidade de ocorrência de erro;
- introdução do conceito de prioridade no acesso a primeiras consultas hospitalares;

- definição de tempos máximos de resposta garantidos para cada uma das prioridades;
- promoção de mais transparência no processo de marcação de primeira consulta;
- promoção da melhoria da capacidade de resposta do CHTS;
- disponibilização de informação sobre a evolução da lista de espera para marcação de consulta e sobre os principais indicadores de acesso;
- uniformização da informação de gestão entre as diferentes instituições do SNS.

No entanto, este sistema não é isento de constrangimentos e a realização deste estudo permitiu identificar limitações relacionadas com a falta de interoperabilidade dos sistemas e com a não aplicação do sistema CTH à totalidade de pedidos de primeira consulta:

- a utilização do sistema CTH está limitado aos pedidos de primeiras consultas de especialidade hospitalar que sejam referenciados pelos CSP. Ou seja, o sistema não abarca os pedidos de primeira consulta provenientes da referência intra-hospitalar e inter-hospitalar. Este facto condiciona a gestão de todo o processo, desde logo porque a informação disponibilizada pelo CTH diz respeito, por exemplo, em 2019, a apenas cerca de um terço do total de primeiras consultas realizadas pelo CHTS. Esta limitação obriga a que o CHTS adote um procedimento alternativo para acompanhar a evolução dos pedidos com proveniência distinta dos CSP, procedimento esse que não permite a atribuição de prioridade e, consequentemente, monitorização e controlo dos TMRG.

Por outro lado, este constrangimento tem implicações na garantia da transparência e da equidade no acesso associada aos pedidos intra e inter-hospitalares, uma vez que os mesmos não estão sujeitos às regras do sistema CTH. Nestes casos, como não há lugar à atribuição de prioridades, não é possível aplicar os TMRG nem garantir que o utente mais prioritário vai ter melhor acesso.

Além disto, a informação disponibilizada pelo CTH não traduz a realidade dos TMRG das instituições e, por esse motivo, põe em causa a concretização do livre acesso e circulação no SNS, uma vez que o cidadão necessita de informação real e fidedigna sobre a capacidade de resposta das instituições, para conseguir tomar a decisão que melhor satisfaça as suas necessidades.

Ainda em relação a esta limitação, podemos também referir que a resolução dos pedidos que não se encontram abrangidos pelo sistema CTH, não contribuem para os indicadores de acesso, não são majoradas em sede de contrato-programa e não são elegíveis para realização em regime de produção adicional, ao contrário das primeiras consultas realizadas via CTH.

Estamos, portanto, diante de um constrangimento que, no limite, e em termos teóricos, poderá até subverter os objetivos e finalidades do sistema CTH.

Este constrangimento, além de limitar a interpretação da informação disponibilizada pelo sistema CTH a uma parte da produção realizada pelo CHTS (cerca de um terço), introduz ineficiência e desperdício de recursos no processo de gestão de listas de espera para primeira consulta hospitalar e dificulta a transparência e a equidade no acesso.

→ a inoperabilidade da plataforma ADW- Alert@P1 impossibilita o CHTS de extrair, a todo o tempo, informação fiável sobre os dados constantes do sistema Alert@P1. Para obter informação sobre a lista de espera e sobre indicadores de acesso a primeiras consultas, o CHTS tem que dirigir um pedido à unidade central (ACSS).

Quanto à lista de espera, e apesar das limitações ao estudo, foi possível perceber que os procedimentos de acompanhamento, monitorização e gestão da lista de espera no CHTS foram melhorando ao longo do triénio, à medida que a implementação do sistema CTH se foi apresentando mais consolidada e a informação disponibilizada pelo sistema se foi tornando mais fiável e aproximada da realidade.

A implementação do CTH permitiu ao CHTS definir uma estratégia de atuação e implementar, em 2019, um plano de recuperação de listas de espera. Fruto disso mesmo são os resultados obtidos em termos de comportamento da lista de espera, que, no triénio, e apesar do crescimento verificado na procura, vê o número de utentes a aguardar consulta no CHTS decrescer em 24,1% e o tempo médio de espera reduzir em 40 dias.

Atendendo aos objetivos a que este estudo se propunha e aos resultados obtidos, consideramos que, em termos globais, os mesmos foram atingidos. De facto, os resultados deste estudo permitem identificar as vantagens e constrangimentos associados à implementação do sistema CTH e, apesar das limitações, também permitem concluir sobre o comportamento da lista de espera no triénio em análise.

7.2 Limitações do Estudo

Inicialmente, o horizonte temporal pensado para a realização deste estudo foi 2014-2020, no entanto, depois de iniciar o trabalho de campo, foram identificadas duas condicionantes que determinaram que o horizonte temporal fosse reduzido para os anos 2017-2019.

1º Condicionante:

A fase inicial da implementação do sistema CTH originou, como é natural, erros administrativos e problemas de falta de interoperabilidade entre os diferentes sistemas. Fruto destes problemas, e da incapacidade de os resolver, a informação disponibilizada pelo sistema CTH deixou de ser fiável pois, entre outras incongruências, contava como pedido a aguardar marcação, pedidos que já se encontravam concluídos.

Em 2016, a ACSS desenvolveu um processo de correção destas situações com vista a que a informação disponibilizada pelo sistema CTH fosse o mais fiável possível.

2º Condicionante:

A situação de emergência de saúde pública que atingiu, de forma inesperada e sem precedentes, todas as instituições e serviços do SNS, provocou no CHTS fortes constrangimentos no desenvolvimento da sua normal atividade assistencial.

O ano de 2020 foi um ano extremamente atípico em que a procura e a oferta de cuidados de saúde se comportaram de forma ímpar e incontrolável, situação que obrigou a uma intervenção robusta por parte das instituições, nomeadamente através da implementação de planos de recuperação de atividade assistencial programada.

7.3 Sugestões para a organização

Considerando as conclusões deste estudo, apresentamos seguidamente algumas sugestões para o CHTS.

Considerando a área de influência, o nível de atividade assistencial do CHTS e o modelo de financiamento dos hospitais SNS, deverá ser mantido um acompanhamento rigoroso da evolução do acesso a primeiras consultas de especialidade.

A importância deste tema para a população e para o seu bem-estar exige que o CHTS adote uma posição pró-ativa apresentando ao Ministério da Saúde um planeamento estratégico para a gestão do acesso. Esse planeamento deverá ser elaborado com base no mapeamento real da procura e deve expor as reais capacidades da instituição. O objetivo é que o documento permita dar a conhecer as reais necessidades e dificuldades do CHTS em garantir o acesso em tempo adequado à população.

Esse planeamento deve ainda incluir um conjunto de ações a desenvolver no sentido de garantir a gestão efetiva e sustentada do acesso a consultas de especialidade, que visem reduzir a necessidade

de recurso a soluções pontuais e meramente remediadoras (planos de recuperação de listas de espera).

O CHTS deve manter a metodologia de acompanhamento e monitorização adotada, através da equipa SIGA, mais especificamente os elementos dedicados ao SIGA 1ª consulta. Como sugestão apresenta-se a realização de reuniões mensais entre o Conselho de Administração e os Serviços do CHTS para apresentação dos resultados e discussão de indicadores críticos, gerais e por especialidade. O objetivo destas reuniões será envolver a gestão de topo e a organização na gestão do acesso a primeiras consultas no CHTS.

Considera-se também que o CHTS deverá comunicar ao Ministério da Saúde o facto de o sistema CTH cobrir apenas cerca de 33% do número de primeiras consultas realizadas e apresentar os constrangimentos que daí advêm. Nessa comunicação será de solicitar o empenho do Ministério da Saúde no alargamento do sistema CTH à totalidade dos pedidos de primeira consulta, em cumprimento do previsto legalmente desde 2013.

7.4 Trabalho futuro

O acesso aos cuidados de saúde está longe de ser uma questão de cada um, sendo antes uma questão da sociedade em geral, e um verdadeiro desafio para as instituições do SNS.

O CHTS tem gerido a sua capacidade de resposta, em função da evolução das solicitações da procura, implementando planos de recuperação para especialidades consideradas críticas quanto aos indicadores de acesso. Paralelamente, tem promovido uma maior articulação com os CSP, partilhando informação e análises, tentando melhorar o processo de referenciação.

Concluimos que, treze anos após a criação do sistema CTH, este sistema cobre apenas um terço do total de pedidos de primeira consulta do CHTS o que enviesa a informação disponibilizada pelo sistema, reduz a transparência e a equidade no acesso e introduz ineficiência no processo. Na prática, se o CHTS se cingisse à informação disponibilizada pelo sistema CHTS, deixava 66% dos pedidos de primeira consulta por gerir. É então urgente que o Ministério da Saúde, assegure o desenvolvimento tecnológico necessário para colmatar este constrangimento do sistema e garantir a implementação do sistema CTH, conforme se encontra previsto nos diplomas legais.

Sem uma atuação estratégica e transversal do Ministério da Saúde, que passa pelo investimento em recursos humanos e melhoramento do sistema informático e da capacidade instalada, não será

encontrado o tão desejado equilíbrio entre a oferta e a procura, perpetuando soluções pontuais, e apenas remediadoras, como a implementação de planos de recuperação de listas de espera.

Ainda que o sistema Consulta a Tempo e Horas tenha sido introduzido em Portugal em 2008, a verdade é que a evidência sobre o mesmo presente na literatura é muito escassa.

Consideramos que este estudo é um impulso para investigações futuras que se debrucem sobre análises que relacionem o sistema CTH com a Liberdade de Acesso e Circulação no SNS, que analisem a relação entre o sistema CTH e o Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC), que avaliem o impacto de cada um dos motivos de conclusão de um pedido na resolução da lista de espera ou que aprofundem os resultados aqui reproduzidos alargando o âmbito do estudo a vários hospitais.

8 BIBLIOGRAFIA

- Alspach, J. (2012). Is there gender bias in critical care? *Critical Care Nurse*, 32(6), 8–14.
<https://doi.org/10.4037/ccn2012727>
- Assembleia da República. Constituição da República Portuguesa. (1976). Portugal: Diário da.
- Barros, P. P. (2019). *Economia da Saúde*. (Almedina, Ed.) (3ª edição).
- Barros, P. P., Cristovão, R., & Gomes, P. (2013). *Waiting Time Policies in the Health Sector What Works?Portugal*.
- Bedo, A. (2017). *Consulta a Tempo e Horas. Perspetiva de BI aplicado à Referenciação de primeiras consultas*. NOVA Information Management School.
- Brouwer, W., Van Exel, J., Hermans, B., & Stoop, A. (2003). Should I stay or should I go? Waiting lists and cross-border care in the Netherlands. *Health Policy*, 63(3), 289–298.
[https://doi.org/10.1016/S0168-8510\(02\)00120-3](https://doi.org/10.1016/S0168-8510(02)00120-3)
- Caffery, Liam; Farjian, Mutaz; Smith, A. (2016). Telehealth interventions for reducing waiting lists and waiting times for specialist outpatient services: A scoping review. *Journal of Telemed Telecare*, 22(8), 504–512. <https://doi.org/10.1177/1357633X16670495>.
- Campos-Matos, I., Russo, G., & Perelman, J. (2016). Connecting the dots on health inequalities - A systematic review on the social determinants of health in Portugal. *International Journal for Equity in Health*, 15(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12939-016-0314-z>
- CHTS. (2019). *Relatório e Contas: 2019*. Penafiel.
- Contas, T. de. (2017). *Auditoria ao Acesso a Cuidados de Saúde no Serviço Nacional de Saúde - Relatório nº 15/2017 – 2ª Secção*.
- Cookson, R., Laudicella, M., & Donni, P. L. (2013). Does hospital competition harm equity? Evidence from the English National Health Service. *Journal of Health Economics*, 32(2), 410–422.
<https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2012.11.009>
- Cooper, Z. N., McGuire, A., Jones, S., & Le Grand, J. (2009). Equity, waiting times, and NHS reforms:

- Retrospective study. *BMJ (Online)*, 339(7722), 673–675. <https://doi.org/10.1136/bmj.b3264>
- Dixon, H; Siciliani, L. (2009). Waiting-time targets in the healthcare sector: How long are we waiting? *Journal of Health Economics*, 28(6), 1081–1098.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2009.09.003>
- García-Goñi, Manuel; Costa-Font, J. (2013). *WaitingTime Policies in the Health Sector:What Works?Spain*. Retrieved from <https://doi.org/10.1787/9789264179080-17-en>
- Globerman, Steven; Esmail, Naddem; Day, Brian; Henderson, D. (2013). *Reducing Wait Times for Health Care: What Canada Can Learn from Theory and International Experience*.
- Gutacker, Nils, Siciliani, Luigi, Cookson, & Richard. (2009). Waiting time prioritisation : Evidence from England. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.05.007>
- Henriques, T. (2012). *Tempo de espera no acesso a consultas médicas : influência do gradiente socioeconómico*. Universidade de Coimbra. Retrieved from <http://hdl.handle.net/10316/21501>
- INE. (n.d.). Sistema de Metainformação.
- Johar, M., Jones, G., Keane, M., Savage, E., & Stavrunova, O. (2013). Discrimination in a universal health system: Explaining socioeconomic waiting time gaps. *Journal of Health Economics*, 181–194.
- Kaarboe, O., & Carlsen, F. (2014). WAITING TIMES AND SOCIOECONOMIC STATUS. EVIDENCE FROM NORWAY. *HEALTH ECONOMICS*, 93–107. <https://doi.org/10.1002/hec.2904>
- Le, M. D., Nhat Nguyen, M. H., Baril, C., Gascon, V., & Dinh, T. B. (2015). Heuristics to solve appointment scheduling in chemotherapy. *Proceedings - 2015 IEEE RIVF International Conference on Computing and Communication Technologies: Research, Innovation, and Vision for Future, IEEE RIVF 2015*, (April 2016), 59–64. <https://doi.org/10.1109/RIVF.2015.7049875>
- Lyszczarz, B. (2017). Gender bias and sex-based differences in health care efficiency in polish regions. *International Journal for Equity in Health*, 16(1), 8.
- Manning, W. G., Newhouse, J. P., Duan, N., Keeler, E. B., Manning, B. W. G., Newhouse, J. P., ... Marquis, M. S. (1987). American Economic Association Health Insurance and the Demand for

- Medical Care : Evidence from a Randomized Experiment Arleen Leibowitz Source : The American Economic Review , Vol . 77 , No . 3 (Jun ., 1987), pp . 251-277 Published by : American Economists. *The American Economic Review*, 77, No 3(May), 251–277.
- Marmot, M., Friel, S., Bell, R., Houweling, T. A., & Taylor, S. (2008). Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *The Lancet*, 372(9650), 1661–1669. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61690-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61690-6)
- Ministério da Saúde. Lei de Bases da Saúde. Lei n.º 48/90, de 24 de agosto, com as alterações introduzidas pela Lei n.º 27/2002, de 8 de novembro (1990).
- Ministério da Saúde. Portaria n.º 615/2008 (2008). Portugal: Diário da República n.º 133/2008, Série I de 2008-07-11.
- Ministério da Saúde. Portaria n.º 95/2013, 1ª série Diário da República § (2013).
- Nikolova, Silviya; Sinko, Arthur; Sutton, M. (2015). Do maximum waiting times guarantees change clinical priorities for elective treatment? Evidence from Scotland. *Journal of Health Economics*. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2015.02.001>.
- Nunes, Rui; Rego, G. (2002). *Prioridades na Saúde*. (Mc Graw-Hill, Ed.). Lisboa.
- OECD. (2019). Income Inequality (indicator). <https://doi.org/10.1787/459aa7f1-en>
- Paulo, A. (2010). SNS: Caracterização e Desafios. Lisboa: GABINETE DE PLANEAMENTO, ESTRATÉGIA, AVALIAÇÃO E RELAÇÕES INTERNACIONAIS MINISTÉRIO DAS FINANÇAS E DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA.
- Pereira, J., & Furtado, C. (2015). Equidade em saúde : do conhecimento à acção. In DGS/ENSP (Ed.). Lisboa: Gradiva.
- Pita Barros, P. (2008). As listas de espera para intervenção cirúrgica em Portugal. *Iprisverbis*, 4.
- Reibling, N., & Wendt, C. (2013). Regulating patients' access to healthcare services. *Healthcare Management and Economics: Perspectives on Public and Private Administration*, 1(June), 53–68. <https://doi.org/10.4018/978-1-4666-3982-9.ch005>
- Siciliani, Luigi; Hurst, J. (2003). *Explaining Waiting Times Variations for Elective Surgery Across OECD*

Countries. France.

Siciliani, Luigi; Hurst, J. (2005). Tackling excessive waiting times for elective surgery: a comparative analysis of policies in 12 OECD countries. *Journal Health Policy*.
<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2004.07.003>.

Siciliani, L., Borowitz, M., & Moran, V. (2013). *Waiting Time Policies in the Health Sector. What Works?*
<https://doi.org/https://doi.org/10.1787/9789264179080-en>

Silva, A. (2019). *O impacto do livre acesso e circulação no Centro Hospitalar de São João*. Universidade Nova de Lisboa. Retrieved from <http://hdl.handle.net/10362/83206>

Simões, J., Augusto, G. F., & Fronteira, I. (2017). Introduction of freedom of choice for hospital outpatient care in Portugal: Implications and results of the 2016 reform. *Health Policy*, 121(12), 1203–1207. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2017.09.010>

Stainkey, Lesley; Seidl, Isaac; Johnson, Andrew; Tuulloch, Gladys; Pain, T. (2010). The challenge of long waiting lists: how we implemented a GP referral system for non-urgent specialist' appointments at an Australian public hospital. *BMC Health Services Research*, 4(10), 303.
<https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-303>

van Doorslaer, E., & Koolman, X. (2004). Explaining the differences in income-related health inequalities across European countries. *Health Economics*, 13(7), 609–628.
<https://doi.org/10.1002/hec.918>

Van Doorslaer, E., & Masseria, C. (2004). INCOME-RELATED INEQUALITY IN THE USE OF MEDICAL CARE IN 21 OECD COUNTRIES Document complet disponible sur OLIS dans son format d'origine
Complete document available on OLIS in its original format.

Whitehead, M., & Dahlgren, G. (2007). *Concepts and principles for tackling social inequities in health: Levelling up Part 2*.

WHO and Alto Comissariado da Saúde. (2011). *Portugal Health System Performance Assessment*.
WHO Regional Office for Europe.

World Health Organization. (2010). *WHO Evaluation of the National Health Plan of Portugal (2004–2010)*. Copenhagen.