

Os tempos de espera para cirurgia superiores a 12 meses na região Centro: evolução e perfil dos utentes antes e durante a pandemia por COVID-19

Waiting times for surgery longer than 12 months in the Centre Region: evolution and profile of patients before and during the COVID-19 pandemic

Carlota Quintal¹, Patrícia Antunes², Adriana Cruz³

¹ Universidade de Coimbra, Faculdade de Economia, CeBER, CEISUC, Portugal.

² Administração Regional de Saúde do Centro, Unidade Regional de Gestão do Acesso, Portugal.

³ Universidade de Coimbra, Faculdade de Economia, Portugal.

Palavras-chave

Lista de espera; procedimentos cirúrgicos eletivos; regressão logística; COVID-19; Portugal.

Resumo

Introdução: Os tempos de espera para cirurgia eletiva são uma prioridade da política de saúde em Portugal, como em outros países. O enfoque da avaliação dos tempos de espera incide habitualmente sobre o cumprimento ou não dos tempos máximos de resposta garantidos. Contudo, dentro dos casos em que estes tempos não são cumpridos incluem-se tempos de espera particularmente longos. Em 2019, o próprio Ministério da Saúde anunciou a intenção

de reduzir o número de utentes à espera para cirurgia há mais de 12 meses.

Objetivos: Analisar a evolução deste número e comparar o perfil dos utentes à espera há menos e há mais de 12 meses, antes e após o início da pandemia por COVID-19, na região Centro.

Materiais e Métodos: Os dados provêm da lista de inscritos para cirurgia em três momentos: 31 de maio de 2019 (50 245 observações), 31 de dezembro de 2019 (50 382 observações) e 31 de julho de 2020 (49 112 observações). Para analisar o perfil dos utentes usamos a regressão logística múltipla.

Resultados: O número de utentes à espera há mais de 12 meses aumentou, em termos absolutos e proporcionais, em 2019 (aumento de 14%) e sobretudo em 2020 (aumento de 47%). A *chance* de esperar por mais de um ano é maior para os mais novos, prioridade normal, cirurgia convencional, Oftalmologia e num dos hospitais considerados. Aquela *chance* é muito inferior na presença de indicador oncológico, e não há diferenças por sexo.

Conclusões: O objetivo de reduzir logo em 2019 o número de utentes à espera há mais de 12 meses parece ter sido demasiado ambicioso e ficou ainda mais comprometido com a pandemia.

Keywords

Waiting list; elective surgical procedures; logistic regression; COVID-19; Portugal.

Abstract

Introduction: Waiting times for elective surgery are a priority of health policy in Portugal, as in other countries. The assessment of waiting times usually focuses on the compliance with maximum waiting times guarantees. However, among the cases where waiting maximum times are not met, there are waiting times particularly long. In 2019, the Ministry of Health announced

its intention of reducing the number of patients waiting for surgery for more than 12 months.

Aim: To analyse the evolution of this number and to compare the profile of patients waiting less and more than 12 months, before and after the outbreak of the COVID-19 pandemic, in the Centre Region.

Materials and Methods: Data come from the waiting list for surgery in three moments: 31st May 2019 (50245 observations), 31st December 2019 (50382 observations) and 31st July 2020 (49112 observations). To analyse the association between risk factors and waiting time longer than 12 months we use multiple logistic regression.

Results: The number of patients waiting more than 12 months increased, both in absolute and relative terms, in 2019 (increase of 14%) and particularly in 2020 (increase of 47%). The odds of waiting more than one year are greater for younger patients, for non-ambulatory surgery, normal priority and ophthalmology and for one of the hospitals considered. Those odds are lower for oncology, and there is no difference between sexes.

Conclusions: The objective of decreasing, already in 2019, the number of patients waiting for surgery for more than 12 months seems to have been too ambitious. The pandemic compromised this objective even further.

Introdução

Os tempos de espera para cirurgia eletiva são uma preocupação na generalidade dos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE),¹ tendo adquirido ainda maior centralidade no atual contexto da pandemia devido ao cancelamento de cirurgias programadas. Não obstante o inegável e generalizado efeito da COVID-19 sobre os tempos de espera para cuidados de saúde diversos, os tempos de espera para cirurgia eletiva começaram a subir ainda antes da pandemia em alguns países da OCDE. Portugal é um destes casos, onde, a partir de 2011 e após uma década de decréscimo, os tempos de espera voltaram a aumentar para procedimentos como a cirurgia às cataratas, a artroplastia da anca e do joelho.² Para este resultado não será alheia a crise económica que assolou o mundo e a Europa a partir de 2008, agravada em Portugal com a crise da dívida pública em 2011 e os constrangimentos orçamentais que acabaram por afetar o setor da saúde.³

O percurso dos doentes que necessitam de intervenção cirúrgica é caracterizado por diversos contactos com os serviços de saúde, começando, na maior parte das vezes, pelo pedido de consulta nos cuidados de saúde primários. Os potenciais estrangulamentos e consequentes tempos de espera são assim múltiplos. Todavia, no contexto dos tempos de espera para cirurgia eletiva, a interpretação mais comum de tempo de espera, e também a adotada no presente trabalho, corresponde ao tempo que medeia a data em que o utente é adicionado à lista de espera, para um determinado procedimento e após a avaliação de um especialista, e a data em que é admitido num serviço para a realização do procedimento em causa.⁴

Em circunstâncias normais (por oposição a situações de emergência como a pandemia por COVID-19), os tempos de espera ocorrem quando há um desequilíbrio entre a oferta e a procura de serviços de saúde. O progresso tecnológico, o envelhecimento populacional e a maior exigência e conhecimento por parte da população têm contribuído para aumentar a procura de serviços e as listas de espera. Deste modo, em países onde existe cobertura universal, copagamentos nulos ou diminutos e recursos limitados, os tempos de espera apresentam-se como um mecanismo de priorização alternativo ao preço.^{2,5} Do ponto de vista da eficiência, os tempos de espera são aceitáveis e mesmo desejáveis para evitar a subutilização da capacidade instalada,⁶ bem como

para pressionar os hospitais a aumentarem a sua produtividade.⁴ Contudo, quando os tempos de espera se tornam longos, não só acarretam mais custos de gestão das listas de espera como também, e sobretudo, geram insatisfação entre a população, podendo provocar a deterioração do estado de saúde dos utentes à espera e prolongar o seu sofrimento.^{2,7,8}

Em Portugal, os tempos de espera são também vistos como uma área de elevada prioridade da política de saúde,² tendo sido adotadas diversas medidas ao longo dos últimos 25 anos.⁹ Destaca-se a implementação em 2004 do Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia, SIGIC, ainda em vigor, e que tem por objetivo gerir, de forma integrada e continuada, a lista de inscritos para cirurgia nos estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde (SNS). Esta medida, juntamente com a instituição de tempos máximos de resposta garantidos (TMRG), produziu efeitos positivos quer nas listas quer nos tempos de espera.² Por regra, o enfoque da avaliação dos tempos de espera incide sobre o cumprimento ou não dos TMRG. Contudo, dentro do grupo onde os TMRG não são cumpridos incluem-se tempos de espera particularmente longos. Neste sentido, em maio de 2019, perante os cerca de 21 mil pedidos de cirurgia com tempos de espera superiores a um ano, o Ministério da Saúde instou os hospitais de todo o país a resolverem a situação até ao final do respetivo ano.^{10,11}

Em 2020, o contexto em que os hospitais desenvolveram a sua atividade assistencial alterou-se drasticamente com a emergência da pandemia por COVID-19. No início de março de 2020 foram reportadas as primeiras infeções por SARS-CoV-2 em Portugal.¹² O governo adotou uma série de medidas com vista ao combate à pandemia, incluindo a suspensão da atividade hospitalar não urgente com efeitos a partir de 16 de março de 2020.¹³ Em maio, o governo deu instruções para que se procedesse à retoma da atividade não urgente no SNS, tendo tal sido enquadrado pelo Despacho n.º 5314/2020, de 7 de maio.¹⁴ Apesar desta retoma, em junho de 2020 e por comparação com 2019 o balanço era bastante negativo. De março a maio de 2020 registou-se uma redução da atividade cirúrgica programada de 58% (menos 93 300 cirurgias) em comparação com o mesmo período de 2019.¹⁵ Para a redução da atividade cirúrgica terá contribuído não só o cancelamento de cirurgias como também a diminuição das primeiras consultas hospitalares (entre março e maio de 2020, e face ao período homólogo do ano anterior, tiveram lugar menos 36 4535 consultas, o que representa uma redução de 40%).¹⁵ Em relação à diminuição da

atividade hospitalar programada é de referir ainda que também o receio da população levou à diminuição da procura dos serviços de saúde.¹⁵ Da conjugação de todos estes fatores resultou um aumento dos tempos de espera para cirurgia eletiva, embora tal não tenha ocorrido de forma homogênea em todas as regiões e situações. Entre dezembro de 2019 e maio de 2020 as medianas do tempo de espera dos utentes a aguardar cirurgia aumentaram, embora nas regiões Centro e Lisboa e Vale do Tejo esse aumento tenha sido menos acentuado (mas são regiões com um ponto de partida mais elevado, isto é, com medianas do tempo de espera mais altas em 2019).¹⁵

No quadro destas duas situações descritas, isto é, por um lado, a intenção anunciada em maio de 2019 de reduzir o número de utentes com tempo de espera superior a 12 meses, por outro, a redução da atividade hospitalar não urgente em 2020 devido à pandemia, o nosso objetivo é investigar o comportamento dos tempos de espera superiores a 12 meses em 2019 e no primeiro semestre de 2020, na região Centro. Em concreto, pretendemos: *i*) analisar a evolução do número dos utentes à espera há mais de 12 meses entre maio de 2019 e julho de 2020; *ii*) averiguar se o perfil dos utentes à espera há mais de 12 meses difere do perfil dos utentes com tempo de espera igual ou inferior a 12 meses; *iii*) averiguar se o perfil dos utentes à espera há mais de 12 meses mudou com a pandemia.

Material e Métodos

Os dados utilizados provêm da lista de inscritos para cirurgia (LIC), extraída do Sistema Integrado de Gestão da Lista de Inscritos para Cirurgia (SIGLIC). A extração da informação do SIGLIC foi efetuada pela Administração Regional de Saúde do Centro (ARSC, I.P.). Foram extraídos dados relativos a três momentos: 31 de maio de 2019 (50 245 observações); 31 de dezembro de 2019 (50 382 observações); e 31 de julho de 2020 (49 112 observações).

A variável central do nosso estudo é a variável binária “Tempo de Espera” (TE), que assume o valor 1 caso o tempo de espera para cirurgia seja superior a 12 meses. No que diz respeito ao utente, consideramos o sexo e a idade (agrupada nos seguintes grupos etários: 0-25; 26-45; 46-65; 65-85; 85+). Em relação à cirurgia, temos em conta o nível de prioridade (normal *versus* prioritária ou muito prioritária), o tipo de cirurgia (ambulatório *versus* convencional), a presença ou não de indicador oncológico, e por fim, a especialidade (agrupada em: Cirurgia Geral,

Oftalmologia, Ortopedia e outras). A última variável incluída no estudo respeita ao hospital de origem. Neste caso, e tendo em conta os hospitais mais representativos em termos da dimensão da lista de inscritos, consideramos quatro categorias: HO_1; HO_2; HO_3; e HO_outros. Na análise por hospital de origem, e por forma a assegurar a sua não identificação, não apresentamos valores absolutos sobre o número de utentes à espera.

Em termos da análise dos dados, interessa-nos desde logo a repartição do número total de utentes à espera para cirurgia consoante o tempo de espera seja inferior/igual ou superior a 12 meses, nos vários momentos em estudo (maio 2019, dezembro 2019, julho 2020). Para analisar as diferenças entre os três momentos recorreremos ao teste de proporções de amostras independentes. Apresentamos também a composição das subamostras dos utentes à espera há menos, e há mais, de 12 meses, em cada um daqueles períodos. Na análise dos hospitais de origem, apresentamos um gráfico com a percentagem de utentes à espera há mais de 12 meses, nos três momentos. Por fim, e para analisar de que modo cada uma das características incluídas no nosso estudo afetam a possibilidade de esperar mais do que um ano, controlando para as restantes características, recorreremos à regressão logística múltipla, novamente para os três momentos. A variável dependente é TE, e como variáveis explicativas consideramos todas as variáveis descritas acima. Os resultados são expostos sob a forma de razão de *chances*, a qual resulta da razão da *chance* de exposição (neste caso, tempo de espera superior a 12 meses) num determinado grupo dividido pela *chance* de exposição noutro grupo, tomado como categoria de referência. Consideremos por exemplo a variável idade, tomando como referência o grupo 0-25 anos. Se a razão de *chances* para o grupo 26-45 anos for, por hipótese, 1,1, então a *chance* ou possibilidade de esperar mais de 12 meses no grupo dos 26-45 anos é 1,1 vezes superior à *chance* de esperar mais de 12 meses no grupo 0-25 anos. As análises foram realizadas com o programa SPSS 28.0®. Na regressão logística seguimos o método de análise *Enter*. Para avaliar o ajustamento do modelo apresentamos os resultados do teste Omnibus e o R² de Nagelkerke (Pseudo R²).

Relativamente a questões éticas, foi submetido à Comissão de Ética da ARSC, I.P. um pedido (em formulário próprio) para usar os dados com vista a elaborar e submeter um artigo a revista científica. A Comissão de Ética emitiu um parecer positivo e a proposta de parecer favorável foi deferida em 4 de

março de 2021 pelo Conselho Diretivo da ARSC, I.P. Os dados dos episódios cirúrgicos utilizados neste estudo são anonimizados.

Resultados

Pela Tabela 1 constatamos que o número total de utentes à espera para cirurgia aumentou ligeiramente de maio para dezembro de 2019 e depois diminuiu em mais de um milhar já em contexto de pandemia. Focando no essencial para este estudo, o número de utentes à espera há mais de 12 meses aumentou cerca de 14% de maio para dezembro de 2019 e de dezembro de 2019 para julho de 2020 sofreu um

Tabela 1 – Utesentes à espera para cirurgia há menos e há mais de 12 meses em maio e dezembro de 2019 e em julho de 2020

Tempo de espera	maio 2019		dezembro 2019		julho 2020	
	N	%	N	%	N	%
≤ 12 meses	44 386	88,3	43 678	86,7	39 253	79,9
> 12 meses	5859	11,7	6704	13,3	9859	20,1
Total	50 245	100	50 382	100	49 112	100

Tabela 2 – Caracterização das subamostras dos utentes à espera para cirurgia há mais e há menos de 12 meses: 31 de maio de 2019

	Tempo de espera			
	≤ 12 meses		> 12 meses	
	N	%	N	%
Sexo				
Feminino	25 093	56,5	3272	55,8
Masculino	19 293	43,5	2587	44,2
Idade				
0-25	4424	10,0	803	13,7
26-45	5850	13,2	748	12,8
46-65	13 514	30,4	1930	32,9
66-85	18 857	42,5	2246	38,3
85+	1741	3,9	132	2,3
Prioridade				
Normal	41 303	93,1	5804	99,1
MP_prioritário	3083	6,9	55	0,9
Tipo cirurgia				
Convencional	19 537	44,0	4525	77,2
Ambulatório	24 849	56,0	1334	22,8
Ind. Oncológico				
Sim	1178	2,7	2	0
Não	43 208	97,3	5857	100
Especialidade				
Cirurgia Geral	4751	10,7	787	13,4
Oftalmologia	13 549	30,5	779	13,3
Ortopedia	8592	19,4	1880	32,1
Outras	17 494	39,4	2413	41,2
Total	44 386	100	5859	100

aumento pronunciado de 47%. Estes aumentos não se verificaram no número de utentes à espera para cirurgia há menos de um ano. Assim, a percentagem de utentes à espera há mais de 12 meses aumentou em 1,6 pontos percentuais em 2019, tendo aumentado de modo muito marcado em 2020, passando de 13,3% para 20,1%, ou seja, um incremento de 6,8 pontos percentuais. As diferenças entre maio e dezembro de 2019 e entre dezembro 2019 e julho de 2020, no que concerne à variável TE, são estatisticamente significativas ($z=-7,896$; $p<0,001$ e $z=28,653$; $p<0,001$, respetivamente).

Nas Tabelas 2, 3 e 4 apresentam-se as características das subamostras para tempo de espera inferior ou igual a 12 meses e para tempo de espera superior a 12 meses, para maio 2019, dezembro 2019 e julho 2020, respetivamente.

O sexo feminino predomina sempre em todas as situações analisadas. Quando se comparam as duas subamostras, o peso do sexo feminino é menor nos tempos de espera superiores a 12 meses (comparado com tempos de espera inferiores a 12 meses), em maio e dezembro de 2019 e o contrário acontece em julho de 2020.

Tabela 3 – Caracterização das subamostras dos utentes à espera para cirurgia há mais e há menos de 12 meses: 31 de dezembro de 2019

	Tempo de espera			
	≤ 12 meses		> 12 meses	
	N	%	N	%
Sexo				
Feminino	24 731	56,6	3700	55,2
Masculino	18 947	43,4	3004	44,8
Idade				
0-25	4058	9,3	916	13,7
26-45	5450	12,5	894	13,3
46-65	12 979	29,7	2156	32,2
66-85	19 309	44,2	2562	38,2
85+	1882	4,3	176	2,6
Prioridade				
Normal	40 284	92,2	6614	98,7
MP_prioritário	3394	7,8	90	1,3
Tipo cirurgia				
Convencional	18 055	41,3	4970	74,1
Ambulatório	25 623	58,7	1734	25,9
Ind. Oncológico				
Sim	1469	3,4	6	0,1
Não	42 209	96,6	6698	99,9
Especialidade				
Cirurgia Geral	5889	13,5	994	14,8
Oftalmologia	14 039	32,1	1137	17,0
Ortopedia	8643	19,8	1893	28,2
Outras	15 107	34,6	2680	40,0
Total	43 678	100	6704	100

Tabela 4 – Caracterização das subamostras dos utentes à espera para cirurgia há mais e há menos de 12 meses: 31 de julho de 2020

	Tempo de espera			
	≤ 12 meses		> 12 meses	
	N	%	N	%
Sexo				
Feminino	21 687	55,2	5546	56,3
Masculino	17 566	44,8	4313	43,7
Idade				
0-25	3483	8,9	1180	12,0
26-45	4928	12,6	1039	10,5
46-65	11 813	30,1	2736	27,8
66-85	17 375	44,3	4441	45,0
85+	1654	4,2	463	4,7
Prioridade				
Normal	35 658	90,8	9703	95,3
MP_prioritário	3595	9,2	156	1,6
Tipo cirurgia				
Convencional	15 786	40,2	5975	60,6
Ambulatório	23 467	59,8	3884	39,4
Ind. Oncológico				
Sim	1196	3,0	11	0,1
Não	38 057	97,0	9848	99,9
Especialidade				
Cirurgia Geral	5640	14,4	952	9,7
Oftalmologia	12 619	32,1	3149	31,9
Ortopedia	8343	21,3	2567	26,0
Outras	12 651	32,2	3191	32,4
Total	39 253	100	9859	100

Em termos de idades, a faixa mais prevalente é a dos 66-85 anos, seguida da faixa 46-65 anos, em todos os momentos estudados. Ao comparar as subamostras, a faixa etária cujo peso mais sobe quando se passa de um tempo de espera inferior/igual a 12 meses para um tempo de espera superior a 12 meses é a dos 0-25 anos.

Quando se analisa o nível de prioridade, a esmagadora maioria dos episódios corresponde à prioridade normal e o seu peso é ainda maior na subamostra dos tempos de espera superiores a 12 meses, sugerindo que os tempos de espera mais altos são mais prováveis nas cirurgias com prioridade normal. Em maio de 2019, menos de 1% dos utentes à espera há mais de 12 meses tinham a sua cirurgia classificada como prioritária ou muito prioritária. Este valor subiu ligeiramente nos dois períodos seguintes.

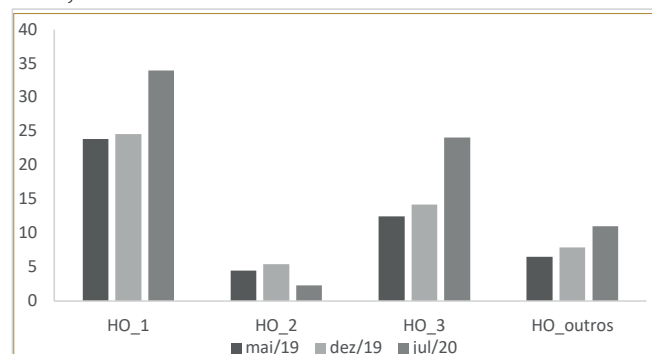
No que diz respeito ao tipo de cirurgia, o ambulatório é maioritário na subamostra do tempo de espera inferior a 12 meses, mas o seu peso baixa drasticamente na subamostra do tempo de espera superior a 12 meses. Esta diferença é muito pronunciada em 2019, em que o peso do ambulatório nos

tempos de espera inferiores a 12 meses se situa na banda 56-59%, enquanto na subamostra dos tempos de espera superiores a um ano não ultrapassa os 26%.

Os episódios com indicador oncológico são cerca de 3% do total, mas o seu peso é praticamente nulo na subamostra do tempo de espera superior a 12 meses. Por fim, observam-se algumas alterações ao longo do tempo em termos de especialidades cirúrgicas. Em 2019, a especialidade mais prevalente no tempo de espera inferior a um ano era Oftalmologia, enquanto a especialidade mais prevalente no tempo de espera superior a um ano era a Ortopedia. No entanto, em 2020, a Oftalmologia passa a ser a mais prevalente nas duas subamostras. Como análise precedente à regressão logística, comparámos as subamostras de tempo de espera inferior ou igual a 12 meses e tempo de espera superior a 12 meses, tendo constatado que nesta análise bivariada as diferenças são estatisticamente significativas, exceto para a variável sexo.

Focando apenas nos utentes à espera há mais de 12 meses, antes e após a pandemia, ou seja, comparando a subamostra de tempo de espera superior a um ano em dezembro de 2019 com a mesma subamostra em julho de 2020, uma das diferenças mais notórias diz respeito ao aumento do peso da faixa etária 66-85 anos, em detrimento das idades mais novas. Além desta alteração, destaca-se também o aumento do peso da cirurgia em ambulatório, que passou de 26 para 40%. Por fim, a alteração na especialidade de Oftalmologia, que em dezembro de 2019 representava 17% dos utentes à espera há mais de um ano e passou para 32% em julho de 2020.

Na análise por hospitais de origem (Figura 1), com exceção do HO_2, observa-se um grande aumento da proporção de utentes à espera há mais de 12 meses em 2020. Destaca-se ainda o HO_1, onde já em 2019 cerca de 24% dos utentes à espera para

Figura 1 – Percentagem de utentes à espera para cirurgia há mais de 12 meses por hospital de origem em maio e dezembro de 2019 e em julho de 2020

cirurgia se encontravam nessa situação há mais de 12 meses, tendo este valor subido para 34% em julho de 2020.

A Tabela 5 apresenta os resultados da regressão logística, permitindo-nos observar a *chance* de esperar mais do que um ano, ajustando para o conjunto dos fatores incluídos na análise.

Os resultados dos testes de ajustamento do modelo (Tabela 5) sugerem que globalmente este é estatisticamente significativo (por comparação com o modelo-base apenas com a constante). No entanto, a percentagem de valores corretamente previstos não difere entre o modelo-base e o modelo com as variáveis, situando-se nos 88% (maio de 2019), 86% (dezembro de 2019) e 79% (julho de 2020).

Pela análise dos resultados da regressão logística não se pode concluir que existe qualquer associação entre o sexo do utente e uma espera superior a

um ano. Em termos da idade, a *chance* de esperar mais de um ano é mais baixa em todas as faixas etárias, por comparação com os 0-25 anos, todavia, a diferença esbateu-se um pouco a partir de dezembro de 2019. Em 2020, o efeito deixa mesmo de ser significativo para os utentes com mais de 85 anos. A *chance* de esperar mais de um ano é muito mais baixa nas cirurgias prioritárias ou muito prioritárias (entre 6 a 9 vezes mais baixa do que a *chance* nas cirurgias com prioridade normal). Em linha com as largas diferenças já encontradas anteriormente, a *chance* de esperar mais de 12 meses para uma cirurgia é consideravelmente mais baixa nas cirurgias de ambulatório do que nas cirurgias convencionais e no caso das cirurgias com indicador oncológico a *chance* de esperar mais de um ano é ainda menor. No que diz respeito às especialidades cirúrgicas, em maio de 2019, apenas para Oftalmologia o efeito

Tabela 5 – Análise da associação entre fatores de risco e tempo de espera para cirurgia superior a 12 meses

	maio 2019		dezembro 2019		julho 2020	
	RC	IC-95%	RC	IC-95%	RC	IC-95%
Sexo						
Masculino ^a						
Feminino	0,964	0,155-1,023	0,966	0,914-1,022	1,034	0,985-1,085
Idade						
0-25 ^a						
26-45	0,467	0,415-0,525	0,707	0,635-0,788	0,635	0,573-0,703
46-65	0,523	0,473-0,579	0,691	0,628-0,759	0,669	0,612-0,732
66-85	0,509	0,458-0,565	0,644	0,583-0,711	0,715	0,651-0,784
85+	0,565	0,455-0,701	0,738	0,610-0,893	0,969	0,838-1,120
Prioridade						
Normala						
MP_prioritário	0,115	0,087-0,151	0,161	0,130-0,200	0,137	0,116-0,162
Tipo cirurgia						
Convencionala						
Ambulatório	0,221	0,205-0,238	0,217	0,202-0,232	0,282	0,266-0,299
Ind. Oncológico						
Não ^a						
Sim	0,039	0,010-0,155	0,068	0,030-0,154	0,099	0,054-0,182
Especialidade						
Cirurgia Geral ^a						
Oftalmologia	0,684	0,601-0,777	1,147	1,028-0,1279	3,008	2,727-3,318
Ortopedia	0,951	0,859-1,053	1,075	0,982-1,177	1,484	1,358-1,622
Outras	0,947	0,852-1,052	1,242	1,136-1,359	1,581	1,445-1,730
Hospital de origem						
HO_1 ^a						
HO_2	0,132	0,117-0,149	0,158	0,141-0,177	0,042	0,035-0,049
HO_3	0,344	0,318-0,372	0,339	0,316-0,364	0,474	0,447-0,502
HO_outros	0,155	0,142-0,168	0,220	0,203-0,238	0,213	0,199-0,229
Ajuste do modelo	Qui-quadrado= 5939,244		Qui-quadrado=5538,729		Qui-quadrado= 7353,923	
Teste Omnibus	p<0,001		p<0,001		p<0,001	
R ² Nagelkerke	0,217		0,192		0,220	

RC – Razão de *Chances*; IC - Intervalo de Confiança

^a Categoria de referência

Nota: As células sombreadas representam ausência de significância estatística; os restantes coeficientes são estatisticamente significativos ao nível de 1%.

é estatisticamente significativo, sendo a *chance* de esperar mais de um ano cerca de 30% inferior nesta especialidade comparado com Cirurgia Geral. O panorama altera-se nos momentos seguintes, e, em 2020, a *chance* de esperar mais de um ano é superior em todas as especialidades por comparação com Cirurgia Geral. Na Oftalmologia observa-se uma drástica alteração, e em julho de 2020 a *chance* de esperar mais de 12 meses nesta especialidade passa a ser 3 vezes a *chance* de esperar este tempo na Cirurgia Geral. Em relação aos hospitais de origem, por comparação com o HO_1 (aquele que na Figura 1 apresenta uma maior percentagem de utentes com espera para além de 12 meses), todos os hospitais apresentam uma muito menor *chance* de tempos de espera acima dos 12 meses, sendo o efeito mais pronunciado no HO_2.

Discussão

Com este trabalho pretendíamos averiguar se a intenção do Ministério da Saúde, anunciada publicamente em maio de 2019, no sentido de reduzir o número de utentes à espera há mais de um ano surtiu efeito logo nesse ano, tal como almejado. Pelos nossos resultados, tal não sucedeu. Em dezembro de 2019, os utentes à espera há mais de 12 meses eram mais do que em maio de 2019, não só em termos absolutos como em termos proporcionais. Com a pandemia por COVID-19 em 2020 a situação deteriorou-se ainda mais. Apesar da redução do número total de utentes à espera para cirurgia, registou-se um enorme aumento dos utentes à espera há mais de 12 meses, representando estes no final de julho um quinto do total. É de referir que durante a paragem da atividade assistencial do SNS, e mesmo no início da retoma, as cirurgias prioritárias (que são maioritariamente cirurgias com menor antiguidade) foram sendo realizadas. Assim, compreende-se que tenha ocorrido uma concentração dos utentes à espera para cirurgia nos tempos de espera mais elevados. Tal não significa que não possam existir exceções, como é o caso do HO_2, um dos três hospitais maiores da região Centro que conseguiu reduzir a percentagem de utentes que em julho de 2020 esperavam há mais de um ano. É de notar que neste hospital o número total de utentes à espera para cirurgia aumentou de dezembro de 2019 para julho de 2020.


A evidência sugere que a *chance* de esperar por mais de um ano é maior no caso dos mais novos, com cirurgia com prioridade normal e do

tipo convencional. No contexto da pandemia, a realocação de espaços, nomeadamente enfermarias, aos doentes COVID-19 penalizou mais severamente a cirurgia em modalidade convencional do que a cirurgia em ambulatório pelo facto de esta não exigir permanência no hospital. Com a pandemia, a especialidade de Oftalmologia emergiu como a mais vulnerável a estes tempos de espera elevados. Adicionalmente a esta análise para toda a região Centro, decompusemos a análise por hospital de origem e especialidade e constatámos que num dos hospitais de origem a Ortopedia continuava a ser em 2020 a especialidade mais prevalente na subamostra com tempo de espera superior a 12 meses. Os utentes com cirurgia prioritária ou muito prioritária continuam a exibir menor *chance* de esperar mais de 12 meses do que os utentes com prioridade normal. O indicador oncológico não se alterou e continuou a representar uma percentagem quase nula nos tempos de espera superiores a um ano.

Em termos da evolução ao longo dos três períodos analisados, não se registam alterações no impacto da prioridade e do indicador oncológico. Isto é, utentes com cirurgias prioritárias ou muito prioritárias, e, sobretudo, com indicador oncológico, foram sempre apresentando menor *chance* de esperar mais do que 12 meses, mesmo em contexto pandémico. Uma das alterações mais visíveis diz respeito à idade, pois, apesar de a possibilidade da população com maior idade esperar mais que 12 meses ser inferior à da população com menor idade, a diferença esbateu-se ao longo dos três momentos. Há também a registar a alteração observada na especialidade de Oftalmologia, em que as *chances* de esperar mais de 12 meses aumentaram drasticamente. Todavia, há que ler estes resultados com cautela, uma vez que os testes de ajuste do modelo empírico são um pouco contraditórios sobre a sua robustez. Os resultados mais robustos respeitam efetivamente ao pronunciado aumento do peso relativo dos utentes à espera há mais de 12 meses. A análise por hospitais revelou também situações diversas, pelo que poderão ser necessárias medidas de maior impacto e intensidade em alguns casos. A política de incentivo à produção adicional interna majorada que está a decorrer nos hospitais, por iniciativa do Ministério da Saúde, é uma ferramenta relevante para combater estas listas de espera mais antigas e poderá conduzir à recuperação de alguma normalidade mais à frente.

Este estudo usou dados para a região Centro. Outros estudos similares poderão investigar se o mesmo ocorreu nas restantes regiões do país.

Conclusão

Os relatórios da OCDE apontam no sentido do aumento dos tempos de espera em Portugal em algumas áreas ainda antes da pandemia por COVID-19. Também em 2019, e apesar dos objetivos anunciados pelo Ministério da Saúde, não se registou a ambicionada melhoria na situação dos utentes à espera há mais de 12 meses. Naturalmente que a subida acentuada observada em 2020 é explicada pelo contexto pandémico. Dada a situação atual, no futuro próximo as autoridades regionais e porventura nacionais deverão voltar a dar atenção a estes tempos de espera particularmente longos e encontrar medidas eficazes para os combater. O aumento dos episódios com tempo de espera superior a 12 meses associado à população com maior idade e à especialidade de Oftalmologia entre os episódios com tempo de espera superior a 12 meses deve ser monitorizado de perto de modo a avaliar se estas alterações são meramente conjunturais devido à COVID-19 e, nalguns casos, focalizadas em hospitais em particular ou se vêm a revelar-se como tendências de longo prazo. 

Conflito de interesses

Nada a declarar.

Financiamento

O CeBER é financiado pela Fundação para a Ciência e a Tecnologia (Projeto UIDB/05037/2020).

Referências

- Siciliani L, Borowitz M, Moran V. (eds.). *Waiting Time Policies in the Health Sector: What Works?*, OECD Health Policy Studies. Paris: OECD Publishing; 2013.
- OECD. *Waiting Times for Health Services: Next in Line*, OECD Health Policy Studies. Paris: OECD Publishing; 2020.
- Pita Barros P. Portugal's health policy under a financial rescue plan. *Eurohealth*. 2012;18(3):10-14.
- Siciliani L, Hurst J. Explaining Waiting Times Variations for Elective Surgery across OECD Countries. *OECD Economic Studies*. 2004;38(1):95-123.
- Dixon H, Siciliani L. Waiting-time Targets in the Healthcare Sector. How Long Are We Waiting?. *J. Health Econ*. 2009;28:1081-1098.
- Goddard J, Malek M, Tavakoli M. An Economic Model of the Market for Hospital Treatment for Non-urgent Conditions. *Health Econ*. 1995;4: 41-45.
- Guttman A, Schull MJ, Vermeulen MJ, Stukel TA. Association Between Waiting Times and Short-term Mortality and Hospital Admission After Departure from Emergency Department: Population-based Cohort Study from Ontario, Canada. *BMJ*. 2011;342:d2983.
- Sobolev BG, Fradet G, Kuramoto L, Rogula B. An Observational Study to Evaluate 2 Target Times for Elective Coronary Bypass Surgery. *Med. Care*. 2012;50(7):611-619.
- Antunes P, Ferreira PL. *Gestão Integrada do Acesso*. In: Observatório Português dos Sistemas de Saúde, editor. *Meio caminho andado – Relatório de Primavera*. 2018. p. 153-158.
- Ministra da Saúde diz que listas de espera têm de ficar resolvidas até ao fim do ano [Internet]. 2019 mai 17 [citado 2021 jan 29]. Disponível em: <https://www.jornaldenegocios.pt/economia/saude/detalhe/ministra-da-saude-diz-que-listas-de-espera-tem-de-ficar-resolvidas-ate-ao-fim-do-ano>
- Ministra da Saúde diz que listas de espera têm de ficar resolvidas até ao fim do ano. [Internet]. 2019 mai 18 [citado 2021 jan 29]. Disponível em: <https://www.dnoticias.pt/2019/5/18/216715-ministra-da-saude-diz-que-listas-de-espera-tem-de-ficar-resolvidas-ate-ao-fim-do-ano/>
- Nogueira PJ, de Araújo Nobre M, Nicola PJ, Furtado C, Carneiro A V. Excess mortality estimation during the COVID-19 pandemic: preliminary data from Portugal. *Acta Med Port*. 2020;33(6):376-383.
- Gabinete da Ministra da Saúde. Despacho [Internet]. 2020 mar 15 [citado 2021 jan 29]. Disponível em: <https://app.parlamento.pt/webutils/docs/doc.pdf?path=6148523063446f764c324679626d56304c334e706447567a4c31684a566b786c5a793944543030764f554e544c305276593356745a57353062334e4259335270646d6c6b5957526c5132397461584e7a595738764e5759335a4451795a5755744d5751324e4330304d474e694c574a6c4e544d744e6d55774e6a49774e57526a4f5459324c6e426b5a673d3d&fich=5f7d42ee-1d64-40cb-be53-6e06205dc966.pdf&inline=true>
- Portugal. Despacho n.º 5314/2020. *Diário da República n.º 89, Série II de 2020-02-07*.
- Tribunal de Contas. COVID-19 – Impacto na atividade e no acesso ao SNS. Relatório n.º 5/2020. OAC. 2.ª Secção.