



SÓNIA MARISA
FIGUEIREDO FERRÃO **O impacto da criação do Centro Hospitalar do**
Baixo Vouga na ótica do acesso à primeira consulta
e à cirurgia programada



**SÓNIA MARISA
FIGUEIREDO FERRÃO**

**O impacto da criação do Centro Hospitalar do Baixo
Vouga na ótica do acesso à primeira consulta e à
cirurgia programada**

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Administração e Gestão Pública, realizada sob a orientação científica da Doutora Maria Teresa Geraldo Carvalho, Professora Auxiliar do Departamento de Ciências Sociais Políticas e do Território da Universidade de Aveiro

Para ti, Rui Varandas

o júri

Presidente

Doutora Sara Margarida Alpendre Diogo
Professora Auxiliar Convidada da Universidade de Aveiro

Professor Doutor Gonçalo Alves de Sousa Santinha
Professor Auxiliar da Universidade de Aveiro

Professora Doutora Maria Teresa Geraldo Carvalho
Professora Auxiliar da Universidade de Aveiro

agradecimentos

À minha orientadora, Professora Teresa Carvalho, agradeço a oportunidade e o privilégio pela partilha do saber e pela calma que me transmitiu, fatores determinantes para construir o meu próprio caminho.

Uma palavra de apreço ao Conselho de Administração do CHBV por permitir a realização deste estudo.

Dois agradecimentos em particular: à Sónia do GPCG e à Dra. Catarina Menezes da ARSC pela disponibilidade demonstrada em facultarem as bases de dados.

Um agradecimento especial à Dra. Ana Gago e à Ana Silva, um Muito Obrigada pelo apoio, pelo incentivo, pela ajuda e boa disposição nos momentos de maior aflição.

Uma palavra de carinho e gratidão aos meus pais, pela confiança que sempre depositaram em mim e por me incentivarem perante os desafios, a fazer mais e melhor. São um exemplo para mim.

Agradeço, também, à Marta e ao João pela compreensão e apoio que demonstraram ao longo do mestrado.

Por fim, um agradecimento especial ao Rui, ouvinte atento das minhas dúvidas, inquietações e desânimos, pelo apoio, pela confiança e pela valorização sempre tão entusiasta do meu trabalho.

palavras-chave

Nova Gestão Pública, Centros Hospitalares, Acesso, Primeiras Consultas, Cirurgia Programada

resumo

Atendendo que a reorganização hospitalar é um tema atual, e com impacto direto no acesso dos utentes aos cuidados de saúde, torna este estudo pertinente tendo em conta a necessidade de avaliar se a criação do CHBV contribuiu para a melhoria do acesso dos utentes aos cuidados de saúde. Por outro lado, a importância dada ao acesso, amplamente conhecido como um fator chave na performance dos sistemas de saúde, resulta da aceitação de que é um princípio presente na sociedade, assente na Constituição da República Portuguesa, assim como na Lei de Bases da Saúde que prevê que o “*Estado deve garantir o acesso a todos os cidadãos aos cuidados de saúde.*” Por sua vez, com a Carta dos Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pretende-se que os serviços devem estar acessíveis a todos os cidadãos, de forma a prestar, em tempo útil, os cuidados que asseguram a melhoria da condição do doente e uma resposta pronta e eficiente para proporcionar o necessário acompanhamento. Deste modo, torna-se essencial proceder a uma análise mais detalhada do acesso aos cuidados de saúde, de forma a identificar possíveis melhorias com a criação do CHBV. Neste sentido, o presente estudo tem como principal objetivo avaliar o impacto da criação do CHBV na perspetiva do acesso à primeira consulta de especialidade e à cirurgia programada, comparando o período pré fusão (31/12/2011) e pós fusão (31/12/2015) das três unidades hospitalares: Hospital Infante D. Pedro de Aveiro, Hospital Visconde Salreu de Estarreja e Hospital Distrital de Águeda. O estudo de caso sugere uma melhoria do acesso à primeira consulta de especialidade via CTH e cirurgia programada com a criação do CHBV. No entanto, existem questões relevantes que estas conclusões suscitam e que exigem análises mais elaboradas.

keywords

New Public Management, Hospital Centers, Access, First appointments, Programmed surgery

abstract

Seeing as Hospital reorganization is a current issue with direct impact on the patients' access to healthcare, this study is important due to the necessity to evaluate whether the creation of the CHBV has contributed to the improvement of access to healthcare by patients.

On the other hand, the importance given to access, amply known as a key factor in a healthcare systems' performance, results from the general acceptance of the fact that healthcare access is a principle of society, determined by the Constitution of the Republic of Portugal, as well as the Law for Health Foundations, which states that the "State must guarantee access to healthcare for all citizens"

At the same time, with the Charter of the Rights to Access to Healthcare, it is intended that healthcare services must be accessible for all citizens, and in such a way that allows all patients to be served in a timely, efficient and appropriate manner in agreement with the citizen's needs.

As such, it is essential to analyze in detail the access to healthcare, so that we can identify possible improvements brought upon by the creation of the CHBV. In this sense, this study's primary objective is to evaluate the impact of CHBV's creation, from the perspective of the access to the first specialty appointment and programmed surgery, by comparing the pre-fusion period (31/12/2011) with the post-fusion period (31/12/2015) of three hospital units: Hospital Infante D. Pedro in Aveiro, Hospital Visconde Salreu in Estarreja, and Hospital Distrital de Águeda.

The case study suggests an improvement in the access to the first specialty consultation via CTH and programmed surgery with the creation of CHBV. However, there are relevant issues that these conclusions raise and require more elaborate studies.

ÍNDICE

1.	Introdução	1
2.	O Contexto do Estudo	3
2.1.	A Evolução da Gestão Pública	3
2.2.	A Caracterização dos Sistemas de Saúde	10
2.2.1.	O Sistema de Saúde Português	13
2.3.	O Percurso da Saúde em Portugal.....	15
2.3.1.	A Evolução do Hospital Português	19
3.	O Acesso	27
3.1.	As Potenciais Barreiras de Acesso.....	29
3.2.	A Promoção do Acesso.....	33
3.3.	Os Sistemas de Monitorização do Acesso.....	36
3.3.1.	O SIGIC.....	37
3.3.2.	O CTH.....	38
3.3.3.	O SIGA.....	40
4.	A Caracterização da Região do CHBV	43
4.1.	O CHBV	48
5.	Objetivos	55
6.	Metodologia	57
7.	Resultados	61
7.1.	Primeiras Consultas.....	61
7.1.1.	Consultas Realizadas	61
7.1.2.	Tempos de Espera	64
7.2.	Cirurgias Programadas	71
7.2.1.	Cirurgias Realizadas.....	71
7.2.2.	Tempos de Espera	72
8.	Discussão dos Resultados.....	77
9.	Conclusão	83
10.	Bibliografia	86
10.1.	Legislação Consultada	90
11.	Anexos	91

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1-O Retrato do Sistema de Saúde Português	15
Figura 2-Integração Horizontal e Integração Vertical	25
Figura 3-Percurso do doente e tempos de espera.....	28
Figura 4-Dimensões do Acesso.....	30
Figura 5-Níveis das Possíveis Barreiras ao Acesso aos Cuidados	32
Figura 6-Divisão territorial da Região NUTS II do Centro: NUTS III e Municípios.....	43
Figura 7-Criação do CHBV	48
Figura 8-Estrutura Organizativa CHBV	49
Figura 9-Mapa Área de Influência de Aveiro.....	50

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1- Consultas Externas dos Hospitais Portugueses em milhares (2002-2013)	66
Gráfico 2- % 1ª Consulta <i>On Time</i> e <i>Out Time</i> entre 2011 e 2015 (CTH)	69
Gráfico 3- Tempos de espera para Consulta (em dias)	70
Gráfico 4- Tipo de Cirurgia em 2011 e 2015 (em %)	72
Gráfico 5- % Intervenções Cirúrgicas <i>On Time</i> e <i>Out Time</i> entre 2011 e 2015.....	75
Gráfico 6- Tempos de espera para Cirurgia (em meses).....	75

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1- Evolução das abordagens da Gestão Pública.....	9
Quadro 2-Principais características dos Sistemas de Saúde existentes.....	13

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1-Produção residente e densidade populacional.....	44
Tabela 2-Taxa Bruta de natalidade e Taxa bruta de mortalidade.....	45
Tabela 3-Indicadores da População	45
Tabela 4-Poder de compra per capita.....	46
Tabela 5-Taxa de desemprego e analfabetismo	47
Tabela 6-Oferta de Serviços e Valências nos 3 Hospitais.....	51

Tabela 7-Recursos Físicos em 2011 e 2015	52
Tabela 8-Recursos Humanos em 2011 e 2015	53
Tabela 9-Consultas Realizadas por Tipologia em 2011 e 2015	61
Tabela 10-Primeiras Consultas Realizadas e Taxa de Acessibilidade (por Especialidade) entre 2011 e 2015.....	62
Tabela 11-Pedidos aguardar Primeira Consulta de Especialidade em 2011 e 2015 (CTH)	65
Tabela 12-Primeiras Consultas Realizadas <i>On Time</i> e <i>Out Time</i> em 2011 (CTH)	67
Tabela 13-Primeiras Consultas Realizadas <i>On Time</i> e <i>Out Time</i> em 2015 (CTH)	68
Tabela 14-Intervenções Cirúrgicas Programadas.....	71
Tabela 15-Lista de Inscritos para Cirurgia em 2011 e 2015	73
Tabela 16-Intervenções Cirúrgicas <i>On Time</i> e <i>Out Time</i> em 2011 e 2015	74
Tabela 17-Resumo Consulta Externa em 2011 e 2015	78
Tabela 18-Resumo Cirurgia Programada em 2011 e 2015.....	80

SINAIS CONVENCIONADOS

Km² - Quilómetro quadrado

N.º - Número

% - Percentagem

‰ - Permilagem

Δ - Variação

↓ - Decréscimo

↑ - Aumento

hab. – Habitantes

n/a – Não aplicável

≤ - Menor ou igual

SIGLAS E ACRÓNIMOS

ACSS- Administração Central do Sistema de Saúde

ARSC- Administração Regional de Saúde do Centro

CH- Centro Hospitalar

CHBV - Centro Hospitalar do Baixo Vouga

CRP- Constituição da República Portuguesa

CTH- Consulta a Tempo e Horas
ERS- Entidade Reguladora da Saúde
GPCG- Gabinete de Planeamento e Controlo de Gestão
INE- Instituto Nacional de Estatística
LBS- Lei de Bases da Saúde
LIC- Lista de Inscritos para Cirurgia
MS- Ministério da Saúde
NGP- Nova Gestão Pública
NUTS- Unidades Territoriais Estatísticas de Portugal
OCDE- Organização de Cooperação de Desenvolvimento Económico
OPSS- Observatório Português dos Sistemas de Saúde
PIC- Plano de Intervenção em Cirurgia
PNS- Plano Nacional de Saúde
RJGH-Regime Jurídico da Gestão Hospitalar
RNCCI- Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
SA- Sociedades Anónimas
SIGA – Sistema Integrado de Gestão do Acesso no SNS
SIGIC - Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia
SIGLIC- Sistema Integrado de Gestão de Lista de Inscritos para Cirurgia
SNS- Serviço Nacional de Saúde
SPA- Setor Público Administrativo
TMD- Tempo Médio de Distância
TMRG- Tempo Máximo de Resposta Garantido
WHO- World Health Organization

1. Introdução

A realização desta dissertação sobre o impacto da criação do Centro Hospitalar do Baixo Vouga (CHBV) na ótica do acesso dos utentes aos cuidados de saúde à primeira consulta de especialidade e cirurgia programada foi concretizada no âmbito do Mestrado em Administração e Gestão Pública, na Universidade de Aveiro.

Atendendo que a reorganização hospitalar é um tema atual, e com impacto direto no acesso dos utentes aos cuidados de saúde, este estudo surge como pertinente tendo em conta a necessidade de avaliar se a criação do CHBV contribuiu para a melhoria do acesso dos utentes aos cuidados de saúde.

Esta reorganização hospitalar, enquadrada na perspetiva gestionária da *New Public Management*, enquadra-se na criação de Centros Hospitalares (CH). Como tal, representou um processo de profundas mudanças, principalmente com o encerramento de diversos serviços e valências em várias instituições hospitalares próximas o que poderá ter conduzido ao aumento das dificuldades de acesso dos utentes aos cuidados de saúde.

A importância dada ao acesso a cuidados de saúde resulta, em primeiro lugar, da aceitação de que é um princípio presente na organização da sociedade, expresso na Constituição da República Portuguesa (CRP) e, um dos pilares fundamental das políticas públicas de saúde. O acesso aos cuidados de saúde refere-se à obtenção de cuidados de qualidade necessários e oportunos, no local apropriado e no momento adequado.

Em Portugal, o acesso aos cuidados de saúde é garantido pelo Serviço Nacional de Saúde (SNS) e pela Lei de Bases da Saúde (LBS) que preveem que “*o Estado promove e garante o acesso a todos os cidadãos aos cuidados de saúde*” (Lei n.º 48/90, Base I, princípio n.º 2) e que o SNS deve “*garantir a equidade no acesso, de modo a atenuar as desigualdades económicas, geográficas e quaisquer outras no acesso aos cuidados*” (Lei n.º 48/90, Base XXIV, d)).

Por sua vez, na Carta dos Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde é expresso que os serviços devem estar acessíveis a todos os cidadãos, de forma a prestar, em tempo útil, os

cuidados que asseguram a melhoria da condição do doente e uma resposta pronta e eficiente para proporcionar o necessário acompanhamento.

Do ponto de vista teórico, o acesso é amplamente conhecido como um fator chave na performance dos sistemas de saúde, e a evidência internacional demonstra que a reconfiguração do parque hospitalar potencia um melhor acesso aos cuidados de saúde, sugerindo que a concentração de especialistas em menos hospitais de cuidados agudos e em centros de elevada diferenciação permitirá uma maior capacidade de resposta (PNS 2011-2016, Cuidados de Saúde Hospitalares).

Deste modo, torna-se essencial proceder a uma análise mais detalhada do acesso aos cuidados de saúde, de forma a identificar possíveis melhorias com a criação do CHBV.

Neste sentido, o presente estudo pretende avaliar o impacto da criação do CHBV recorrendo à análise do acesso à primeira consulta de especialidade e cirurgia programada, comparando o período pré fusão (31/12/2011) e pós fusão (31/12/2015) das três unidades hospitalares: Hospital Infante D. Pedro de Aveiro, Hospital Visconde Salreu de Estarreja e Hospital Distrital de Águeda.

Para a prossecução do objetivo proposto, inicialmente foi efetuada uma revisão da literatura, de modo a contextualizar o estudo, onde são abordados os temas da Nova Gestão Pública (NGP), os Sistemas de Saúde, o Acesso e a Caracterização do CHBV. O estudo prossegue com a explicitação dos objetivos específicos e metodologia adotada, bem como a apresentação dos dados obtidos. Na última parte da investigação faz-se a discussão dos resultados e, por fim, apresentam-se as conclusões obtidas com o presente estudo.

2. O Contexto do Estudo

2.1. A Evolução da Gestão Pública

Ao longo das últimas décadas têm sido inúmeras e profundas as alterações do papel do Estado e, conseqüentemente, da Administração Pública. De facto, o contexto histórico, económico, político e social em que o Estado desenvolve as suas atividades impõe mudanças estruturais no âmbito de atuação da Administração Pública (Rego, 2011)

No entanto, como refere Santinha (2014) é preciso ter consciência que o percurso histórico difere de contexto para contexto, com diferentes escolas de Pensamento a influenciar de forma distinta as políticas públicas adotadas em cada país. São habitualmente identificadas na literatura quatro fases distintas de intervenção do Estado. É importante referir que a transição entre cada fase é híbrida, isto é a fase seguinte não elimina a anterior, o modelo que tende a prevalecer faz coexistir elementos dos principais paradigmas de intervenção/ gestão, evitando o domínio específico de uma em particular.

Para autores como Osborne e McLaughlin (2002), referidos por Carvalho (2009), existem quatro estádios distintos de intervenção do Estado tendo como base o caso do Reino Unido:

- ⇒ Estado minimalista;
- ⇒ Parceria desigual;
- ⇒ Estado Providência;
- ⇒ Estado plural – Nova Gestão Pública.

Estado Minimalista

No período do “Estado minimalista”, final século XIX, a intervenção do Estado na sociedade era, como o próprio nome indica, mínima. Isto é, a grande maioria do que são hoje os serviços públicos estava localizada nos sectores da caridade. A prestação de serviços era efetuada, essencialmente, no contexto local, caracterizando-se o Estado central pela sua política de “*laissez-faire*” (Carvalho, 2009).

Parceria desigual

O período designado por “Parceria desigual”, com início no século XX, identifica-se com a substituição da ideologia tradicional de conservadorismo pelo reformismo. Esta mudança de ideologia traduz-se na ideia de que os problemas económicos e sociais não se circunscrevem ao foro individual e no princípio de que deve caber ao Estado o papel legítimo de providenciar pelo menos alguns serviços públicos e, não tendo capacidade para o fazer, estabelecer parcerias com as instituições privadas e de caridade (Osborne & McLaughlin, 2002).

Estado Providência

O período do “Estado Providência” é circunscrito por Osborne & McLaughlin (2002) ao tempo que dista entre 1945 a 1980, em que o papel do Estado é assumido como sendo o de garantir as respostas a todos os cidadãos. O Estado deixa de estar limitado ao uso da força, estendendo-se também às funções de bem estar-social, como a segurança social, a educação, o fornecimento de infraestruturas adequadas, entre outras.

A construção organizacional do Estado Providência foi sendo estruturada através de dois modos de coordenação: a administração burocrática e o profissionalismo. Estas duas formas de funcionamento como suporte do Estado Providência resultam da influência dos princípios teóricos defendidos por autores clássicos como Max Weber, Woodrow Wilson e Frederick Taylor.

Para Carvalho (2009), Max Weber acreditava que a burocracia constituía a resposta mais eficiente e inevitável aos problemas criados pelo desenvolvimento do sistema capitalista. Woodrow Wilson apoiava a existência de uma clara separação entre política e a administração. E, por último, Frederick Taylor, através da teoria da gestão científica, contribuiu também para a edificação plena dos princípios organizacionais do Estado, uma vez que lhe acrescenta a ideia de padronização dos procedimentos, com base no “*one best way*”, e as propostas sobre a divisão social do trabalho, centradas na especialização das tarefas.

Assim, o Estado Providência emerge de iniciativas políticas dirigidas à prestação igualitária de serviços, e objetiva-se no surgimento de instituições que controlam as atividades sociais através dos profissionais públicos.

Estado plural - NGP

O “Estado plural” é identificado pelos autores Osborne & McLaughlin (2002) como a NGP que corresponde a um modelo de Estado baseado no mercado, ou seja à preocupação inicial de se saber quem planeia e providencia os serviços públicos, acrescenta-se, agora, a preocupação de saber como se gerem as diferentes unidades que possuem estas funções. Ou seja, parte da convicção que a gestão do sector privado é superior à da gestão pública.

Para Hood (1991), a influência do mercado na redefinição dos papéis do Estado e na formulação das políticas públicas é detetada não só ao nível do sistema, mas também ao nível interno das organizações. A orientação para o mercado é a única forma de reduzir os custos e diminuir os desperdícios.

A NGP refere-se, portanto, a um movimento de mudança associado às décadas de 1980 e 1990 que se caracteriza por ter um discurso pós-burocrático assente em conceitos com enfoque no cliente ou qualidade de serviço. Assume-se como uma corrente reformista que procura promover uma Administração Pública mais atenta às necessidades dos cidadãos, com uma flexibilidade de escolha e uma maior transparência (Moreira e Alves, 2009).

Uma boa síntese desta abordagem é o documento da OCDE (1977), citado por Moreira e Alves (2009) sobre a necessidade de formulação e implementação de estratégias de mudança com base na NGP: *“Ainda que não exista um modelo único ou ideal de reforma, os objetivos a ter em conta são, em geral, uma maior atenção aos resultados e uma melhor relação qualidade/preço; transparência de competências e mais flexibilidade; o reforço da responsabilidade e do controlo; uma orientação para o cliente e para o serviço; uma maior capacidade de definição das estratégias e das políticas; a introdução da*

concorrência e dos mecanismos de mercado, e a alteração das relações com outros níveis da administração pública.” (Moreira e Alves, 2009, p.19).

Mesmo em países, como os Estados Unidos da América, onde havia muito menos prestação de bens públicos, um movimento liderado por Osborne e Gaebler (1992) defendeu que seria necessário reinventar o governo, no sentido de ser mais empreendedor, a fim de garantir mais e melhor serviços usando menos recursos.

Com a NGP é desenvolvido um conjunto de argumentações centradas na defesa dos benefícios da adoção da descentralização no sector público. Esta descentralização é identificada como uma das dimensões dominantes da gestão pública contemporânea, porque permite, como refere Carvalho (2009):

- ⇒ Conferir aos gestores a capacidade de gerir;
- ⇒ Tornar os serviços mais rápidos e responsáveis, atentos às necessidades locais e individuais;
- ⇒ Aumentar a eficiência através da criação de estruturas menos hierarquizadas;
- ⇒ Aumentar o nível de empenhamento e estímulo dos trabalhadores, cujos postos de trabalho são enriquecidos pelo aumento das responsabilidades orçamentais; e
- ⇒ Tornar os políticos mais responsáveis, menos distantes e mais confiáveis.

Porém, para Pollit, Birchall & Putman (1998), a descentralização traduz um dos paradoxos da NGP, já que se espera que com o aumento da descentralização seja promovida a responsabilização dos gestores.

Assim, Santinha (2014) partindo dos trabalhos desenvolvidos por Hood (1991), Pollit (1993) e Hughes (2003) enuncia nove ideias-chave que caracterizam a NGP:

- ⇒ Prestar mais atenção aos resultados e à responsabilização dos gestores;
- ⇒ Definir claramente os objetivos pessoais, da organização e as metas que se pretendem atingir;
- ⇒ Avaliar sistematicamente os programas (de forma mais rigorosa que anteriormente);
- ⇒ Separar o papel de comprador do de prestador de serviços;

- ⇒ Flexibilizar as instituições e as condições de emprego;
- ⇒ Aumentar a competição na prestação dos serviços públicos, o que envolve a realização de contratos a termo e a abertura de concursos públicos como forma de diminuir custos e melhorar resultados;
- ⇒ Transformar formas de organização burocráticas, pesadas e hierárquicas em formas de organização mais especializadas, simples e autónomas;
- ⇒ Reduzir funções do Estado através de mecanismos de privatização ou outras formas de contratos; e
- ⇒ Atenuar a fronteira entre o que é público e o que é privado.

O papel do Estado consiste em libertar as forças do mercado por forma a facilitar a escolha individual e a atingir o máximo de eficiência, sendo os cidadãos vistos como clientes e os funcionários públicos encarados enquanto gestores de risco à procura dos melhores acordos e da máxima redução de custos (Denhardt & Denhardt, 2007).

Moreira e Alves (2009) revelam que vários autores tecem algumas críticas sobre a superioridade normativa, ou não, da NGP como um modelo de serviço público, sobre os modelos de gestão “mais antigos” da administração pública ou sobre a sua aceitação como o novo paradigma da investigação académica e teórica.

De entre as várias críticas que têm surgido, encontram-se a de que foi uma passagem de moda, que tem prejudicado a responsabilização dos serviços públicos perante a sua comunidade e que não conseguiu cumprir com a prometida eficiência e eficácia dos serviços públicos (Lynn 1998; Pollitt 2000).

Outros autores, Bovaird e Löffler (2003) citados por Moreira e Alves (2009) fazem críticas à NGP destacando as diferenças entre o *managerial* e a governação. Enquanto na primeira se tenderia a prestar atenção à medida dos resultados (individuais e organizacionais) em termos de *outputs*, na governação a principal preocupação recai na forma como as organizações interagem em ordem a conseguir um nível mais elevado de resultados desejáveis- os *outcomes* obtidos pelos cidadãos e *stakeholders*.

Por outras palavras, ao colocar uma nova ênfase em como “o que conta não é o que nós fazemos, mas como o fazemos”, as pessoas irão aperceber-se que o processo conta e redescobrir a importância da ética e da sua insistência em que “os fins justificam os meios” (Moreira e Alves, 2009).

Por outro lado, a par das falhas do mercado, que sustentaram a intervenção do Estado com base na chamada economia do bem-estar, estamos também obrigados a confrontar-nos, como na linha da teoria da escolha pública, com as chamadas falhas do Estado.

Ou seja, a intervenção do Estado pode ser perversa. Um bom exemplo é a área da saúde. Uma área onde se sabe que a defesa de serviços gratuitos ou acessíveis a todas as pessoas (incluindo as mais pobres) pode levar a multiplicar muitos casos em que as pessoas melhores relacionadas passam à frente das outras, nos períodos de espera para o atendimento (Moreira e Alves, 2009).

Este “paradoxo” surge porque o Estado tende a criar mecanismos que geram o problema de equilíbrio entre a equidade e a eficiência do sistema. Autores como Moreira e Alves (2009) salientam que o preço-custo tende a salvaguardar a eficiência, enquanto com os serviços gratuitos se pretende salvaguardar a equidade. Para estes autores a ideia de que todas as pessoas, independentemente do preço, merecem tratamento igual pode colocar em causa a eficiência do sistema (Moreira e Alves, 2009).

Não obstante as críticas descritas, a NGP continua a ser um dos dois paradigmas dominantes da gestão pública em todo o mundo, embora, desde o final dos anos 90, se comece a falar de um período pós-NGP, que se caracteriza por apresentar alguns pontos de continuidade com a NGP mas com algumas diferenças (Santinha, 2014)

Denhardt e Denhardt (2007) avançaram com uma nova designação para esta fase: o *New Public Service*. Este consiste num movimento baseado no interesse público, nos ideais da governação democrática e no envolvimento cívico. Os cidadãos são vistos quase como proprietários do Governo, sendo capazes de atuar conjuntamente em prol das melhores soluções.

Neste sentido, o Estado torna-se em mais um participante embora com um papel decisivo no processo de movimentar a sociedade numa determinada direção (Santinha, 2014).

Esta nova postura de atribuição de responsabilidades ao cidadão tem vindo a assumir uma preponderância crescente em diversos países, particularmente desde 2007, com o fenómeno global de crise económica e social e o défice das contas públicas.

Outro ponto a destacar relaciona-se com o facto de esta nova abordagem ter suscitado algumas dúvidas quanto à melhor orientação a seguir, primeiramente porque os resultados práticos deste discurso ainda não são totalmente visíveis; e em segundo lugar, vários autores argumentam que esta ideia pode ser uma forma de poupar custos ao Estado e que, pelo facto da sociedade civil não ter recursos financeiros para avançar com a prestação dos serviços, serão os privados a fazê-lo (Santinha, 2014).

Face ao que foi referido anteriormente, o quadro seguinte sintetiza as diferentes perspetivas, comparando entre si a Administração Pública Tradicional, a NGP e o mais recente Novo Serviço Público.

Quadro 1 | Evolução das abordagens da Gestão Pública

Características	Gestão Pública Tradicional	Nova Gestão Pública	Novo Serviço Público
Interesse Público	Definida por políticos e especialistas	Preferências individuais agregadas. Escolha do cliente	Preferências individuais e públicas (resultantes de decisões públicas)
Objetivos da performance	Gerir <i>inputs</i>	Gerir <i>inputs e outputs</i>	Múltiplos objetivos: <i>Output</i> ; Satisfação; <i>Outcomes</i> ; manter confiança e legitimidade
Modelo de accountability	De baixo para cima. Dos serviços para os políticos e destes para o Parlamento	De baixo para cima, com base em contratos de performance. Por vezes lateral: clientes e mecanismos de mercado	Múltiplos: Cidadãos fiscalizadores do governo; Clientes como utentes; Pagadores de impostos como financiadores
Prestadores de serviços	Serviços públicos hierarquizados	Sector público e sector privado	Menu de alternativas escolhidas: Serviços públicos; Empresas privadas; Organizações não lucrativas; Opções de escolha do utente
Cultura de serviço público	O sector público tem o monopólio dos serviços	Perceção de falta de eficiência. Há que melhorar serviço ao cliente	Nenhum sector em monopólio. Nenhum monopólio é adequado. Há que gerir bem a participação diversificada dos três sectores
Participação e papel dos cidadãos	Limitada ao voto eleitoral e pressão sobre os eleitos	Limitada, mas o cliente pode ser auscultado quanto à sua satisfação	Crucial e multi-facetada: clientes, cidadãos e <i>stakeholders</i>
Papel dos gestores	Dar resposta às orientações políticas	Procuram atingir metas acordadas	Respondem perante as preferências dos cidadãos/clientes. Renovam mandatos e criam confiança garantindo serviços de qualidade

Fonte: Elaboração própria. Adaptado de Pinto (2009)

2.2. A Caracterização dos Sistemas de Saúde

Os atuais Sistemas de Saúde europeus desenvolveram-se à sombra de dois grandes modelos, associados, um a *Bismark*, na Alemanha, nos finais do século XIX, e outro a *Beveridge*, no Reino Unido, logo após a II Guerra Mundial. Ambos assentam no princípio de que o acesso a cuidados de saúde não pode depender da capacidade de pagar, pelo que a contribuição depende dos rendimentos, mas a utilização depende apenas da necessidade (Simões et al, 2007).

O modelo *Bismark* surgiu no final do século XIX com a revolução industrial, associado a um conjunto de fatores:

- ⇒ Constatação de que um número elevado de trabalhadores era vítima de acidentes de trabalho e de devastadoras doenças transmissíveis;
- ⇒ Constatação do forte impacto de doenças em ambiente de guerra demonstrando que os soldados eram mais vulneráveis a doenças do que, propriamente, aos perigos diretamente subjacentes ao contexto bélico; e
- ⇒ Florescimento de movimentos socialistas na Europa a induzir os governos a esvaziar a gestão dos seguros de saúde emergentes das funções dos sindicatos e criar a autonomia financeira necessária para desencadear ações de reivindicação política e laboral (Simões, 2009).

A criação deste modelo acabou por influenciar outros países como a França, Bélgica, Áustria, Luxemburgo e Países Baixos. Na sua origem, estão características como:

- ⇒ Os seguros sociais são de adesão obrigatória para quem cumpre os requisitos da cobertura, não estando assegurada a sua universalidade;
- ⇒ O financiamento é feito por contribuições de empregadores e empregados, com base nos salários e independentes do nível de risco de doença individual;
- ⇒ O Estado garante as contribuições de alguns grupos populacionais especialmente vulneráveis; e

- ⇒ O Estado especifica um pacote básico de benefícios, deixando a recolha das contribuições e a gestão e aquisição de cuidados de saúde a cargo de um número variável de fundos de doença (quase) públicos (Tribunal de Contas, 2007).

Já o modelo de *Beveridge* cuja origem esteve no esquema do seguro social teve o seu início no Reino Unido, alastrando-se depois a outros países como a Dinamarca, a Finlândia, a Irlanda, a Suécia, Portugal, Espanha, Grécia e Itália.

Trata-se de um modelo assente na criação de um Serviço Nacional de Saúde e que se apoia em cinco princípios fundamentais:

- ⇒ Responsabilidade do Estado pela saúde dos cidadãos, que deve proporcionar cuidados tendencialmente gratuitos no momento em que a necessidade se efetiva;
- ⇒ Compressividade, englobando todos os cuidados de saúde;
- ⇒ Universalidade, responsabilizando-se o Estado pela prestação de serviços a toda a população;
- ⇒ Igualdade, com uma prestação de serviços não discriminatória, seja em termos económicos, sociais ou demográficos; e
- ⇒ Autonomia profissional e, sobretudo, clínica, permitindo a utilização da mais moderna tecnologia sem interferência das organizações administrativas (Simões, 2009).

Os atuais Sistemas de Saúde ainda se inspiram, de algum modo, no modelo *Bismark*, ou no modelo *Beveridge*, ou seja, obrigando empregadores e empregados a descontar para seguros de doença, com uma combinação de prestadores públicos e privados, no primeiro caso, ou com um sistema assente essencialmente em receitas fiscais e em serviços públicos, no segundo modelo (Simões, 2009).

Em suma, atualmente, os três principais Sistemas de Saúde existentes são:

- ⇒ Sistema Nacional de Saúde;
- ⇒ Sistema de Medicina Parcialmente Organizada; e
- ⇒ Sistema de Medicina Liberal.

A caracterização destes sistemas, enquanto tipos-ideias, pode ser efetuada em quatro variáveis distintas, designadamente (Carvalho, 2009):

- ⇒ O financiamento, que pode ser totalmente suportado pelo Estado (SNS) ou pelo mercado, através dos seguros (Sistema de Medicina Liberal), passando por formas que combinam as duas modalidades (Sistema de Medicina Parcialmente Organizada);
- ⇒ A cobertura, universal no SNS, seletiva em função do tipo de cuidados no Sistema de Medicina Parcialmente Organizada e dependente de mecanismos de escolha individual, ligados à capacidade financeira dos indivíduos, no Sistema de Medicina Liberal;
- ⇒ Todos os serviços prestados (preventivos e curativos) são gratuitos no SNS, restringindo-se esta gratuitidade aos cuidados preventivos no Sistema de Medicina Parcialmente Organizada (os cuidados curativos são cobertos por um seguro obrigatório de doença), e sendo sujeitos ao jogo do mercado o Sistema de Medicina Liberal (tanto os cuidados preventivos como curativos são cobertos por seguros de saúde); e
- ⇒ O tipo de organização da prestação é descentralizado ao nível local e regional no SNS, altamente descentralizado no Sistema de Medicina Parcialmente Organizada e sob o modelo de empresa livre (médico com estatuto privado independente e hospitais particulares) no Sistema de Medicina Liberal.

Com base nestas variáveis, é possível caracterizar os Sistemas de Saúde existentes nos diferentes países, uma vez que os mesmos possuem especificidades comuns no que concerne às características dominantes.

O quadro seguinte apresenta as principais características dos Sistemas de Saúde existentes.

Quadro 2 | Principais características dos Sistemas de Saúde existentes

Modelo Inspiração	Características dos Sistemas de Saúde	Países	Financiamento	Cobertura	Serviços	Tipos de Organização da Prestação
Beveridge	Serviço Nacional de Saúde	Dinamarca, Espanha, Finlândia, Grécia, Irlanda, Itália, Portugal, Reino Unido e Suécia	Estado (via impostos)	Universal	Preventivos e Curativos Gratuitos	Descentralização ao nível Local e Regional
Bismark	Sistema de Medicina Parcialmente Organizada	Alemanha, Áustria, Bélgica, França, Holanda, Luxemburgo	Seguro Social	Restrita a alguns grupos de população e em função do tipo de cuidados	Cuidados Preventivos organizados pelo Estado e Curativos através de Seguro de Doença Obrigatório	Estrutura altamente Descentralizada
Liberal	Sistema de Medicina Liberal	EUA	Seguros Privados	A escolha dos serviços é individual e depende da capacidade	De acordo com a Oferta do Mercado Livre	Medicina Liberal

Fonte: Elaboração própria. Adaptado de Carvalho (2009)

2.2.1. O Sistema de Saúde Português

A LBS¹ define o Sistema de Saúde Português como a estrutura que visa a efetivação do direito à proteção da saúde, ou seja a saúde passa a ser da responsabilidade não só do Estado mas também de cada indivíduo e das iniciativas sociais e privadas.

O Sistema de Saúde Português é, desde 1979, baseado no SNS, um marco fulcral na história deste sistema. Inspirado no modelo de *Beveridge*, pode ser caracterizado como um seguro público, com cobertura universal, equitativo, com custos reduzidos para o utente aquando da prestação do serviço e financiado por impostos e taxas moderadoras. O Estatuto do SNS, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 11/93, consagra a separação entre serviço e sistema.

O Sistema de Saúde Português caracteriza-se pela coexistência de três sistemas articulados entre si:

- ⇒ SNS inclui todas as instituições e serviços oficiais prestadores de cuidados de saúde dependentes do Ministério da Saúde e dispõe de estatuto próprio;
- ⇒ Subsistemas (existem cerca de 16 subsistemas, por exemplo, a ADSE no ano 2013 abrangia 1.332.333 trabalhadores e aposentados da função pública e respetivos familiares (Rosa, 2014); e
- ⇒ Entidades privadas que servem essencialmente para complementar os serviços prestados pelo SNS e não como uma alternativa integral, fornecendo sobretudo

¹ Cfr. Lei n.º 48/90

serviços de diagnóstico, terapêuticos e dentários, assim como consultas de especialidade, serviços de reabilitação e psiquiátricos.

De acordo com Cabral (2011), o “*Sistema de Saúde Português, tal como os outros que se assemelham, tem vindo a sofrer reformas que revelam e são exemplo de um esbater das características típicas do modelo de sistema de Saúde que se considera como sendo o adotado (Modelo de Beveridge) e uma aproximação de outros modelos, cujas causas e objetivos são comuns*” (Revista Portuguesa de Gestão e Saúde, n.º 5, 2011, p.8). A autora considera que essas mudanças indicam o surgimento no horizonte, não muito longínquo, de um novo paradigma de Sistema de Saúde que, para além da dimensão nacional, enverga uma dimensão europeia².

De seguida apresenta-se o retrato do Sistema de Saúde Português, adaptado de Barros (2011) em *Health Systems in Transition*.

² Por exemplo a Diretiva sobre a Mobilidade dos doentes, por força da globalização.

incapacidade, agravada pelo isolamento; e no aumento do número de famílias com recursos escassos, entre outros (Sousa, 2009).

Conhecer a evolução do SNS ajuda-nos a compreender melhor os fatores que mais influenciam o seu desenvolvimento e a sua configuração atual.

Nos últimos anos, as políticas de saúde em Portugal produziram várias mudanças de rumo e de enfoque, dando a sensação de que as alterações de política são demasiado rápidas para serem acompanhadas pelo sistema, e que este acaba por evoluir de forma independente e ao seu ritmo (Sousa, 2009).

Neste sentido, podem identificar-se seis grandes fases do SNS português:

⇒ De 1970 a 1982

Caracteriza-se por um período de criação e expansão do SNS.

Nesta fase, as características políticas do regime instalado no poder até à revolução de 1974 nem sempre facilitaram as mudanças e tudo na saúde se fazia lentamente.

Em 1974, o sistema de prestação de cuidados de saúde apresentava-se segmentado por três grupos: os que tinham um emprego e descontavam para disporem de cuidados de saúde quando precisassem; os pobres, rurais e urbanos que estavam excluídos da segurança social porque não tinham um emprego formal (as Misericórdias assumiam um papel importante no atendimento deste sector desprotegido da população); os profissionais liberais, membros da classe média-alta do sector produtivo (a maior parte usavam o sector privado, consultórios e casas de saúde de gestão privada e pagavam do seu bolso. Não tinham proteção social e quem a tinha não a usava).

Em 1979 e nos termos da Constituição, seria criado o SNS (Lei n.º 56/79, de 15 de Setembro), mais conhecida por "*Lei Arnaut*", em homenagem ao seu ideólogo, com acesso universal por parte da população, a todas as prestações abrangidas pelo SNS sem restrições de forma integrada e gratuita (Harfouche, 2008).

⇒ De 1982 a 1995

Nesta fase, Portugal ao tornar-se membro da Comunidade Económica Europeia (agora União Europeia) obteve acesso a financiamento europeu para desenvolvimento de infraestruturas sociais e económicas. Desta forma, tornou-se possível a expansão de instalações e equipamentos do SNS.

Porém, a agenda política predominante, nesta altura, é a mudança entre o público e o privado. Ou seja, com a publicação da LBS e do Estatuto do SNS, o sistema português de saúde passa a ser caracterizado por três sistemas articulados entre si: o SNS, os subsistemas de saúde públicos de apoio, e todas as entidades privadas e todos profissionais livres que acordem com o SNS a prestação de cuidados de saúde.

O Ministério da Saúde passa a ter competências para definir a política nacional de saúde, exercer as correspondentes funções normativas, promover e avaliar a sua execução, evidenciado na Base I, que o direito à saúde se efetivará pela responsabilidade conjunta dos cidadãos, da sociedade e do Estado. O Estado promoverá e garantirá o acesso de todos os cidadãos aos cuidados de saúde, nos limites dos recursos humanos, técnicos e financeiros disponíveis.

⇒ De 1995 a 2002

Este período foi marcado por uma tentativa de estimular formas diferentes de gestão e organização. Caracteriza-se por uma abordagem segundo a NGP e recuando na narrativa de privatização do SNS. Esta fase foi propícia a grandes reformas tais como a empresarialização pública nos hospitais e centros de saúde e o estabelecimento das chamadas “agências de contratualização” que se destinavam a analisar, negociar e decidir na distribuição de recursos financeiros da área da saúde (Sousa,2009).

É também neste período que se procede à inovação, descentralização e flexibilização de organizações prestadoras de cuidados de saúde, testando-se modelos inovadores de gestão (Hospital de S. Sebastião e Unidade Local de Saúde de Matosinhos) com o

Decreto-Lei n.º 151/98, de 5 de junho. Dá-se início aos Centros de Responsabilidade Integrados nos hospitais e os centros de saúde de 3ª geração (Carvalho, 2009).

⇒ De 2002 a 2005

Nesta altura foi visível uma combinação de estratégias centradas na eficiência do sistema com um discurso de mudança para um sistema misto entre público e privado e de substituição do SNS para um Sistema Nacional de Saúde.

Neste período destaca-se a criação de 31 Hospitais Sociedades Anónimas (SA), a regulamentação das parcerias Público-Privado, o Programa Especial de Combate às Listas de Espera Cirúrgicas, a Entidade Reguladora de Saúde e o Plano Nacional de Saúde (Harfouche, 2008; Carvalho, 2009; OPSS, 2009).

⇒ De 2005 a 2009

Nesta fase destacam-se as políticas que acentuavam a manutenção da referência ideológica do SNS e alargamento e modernização de serviços, ao mesmo tempo que se mantêm e realçam as estratégias que visam ganhos de eficiência.

Este período foi marcado por um conjunto de medidas que davam primazia aos cidadãos no sistema de saúde, com sinais que levam a uma maior eficiência e melhoria da acessibilidade aos cuidados de saúde. Os centros de saúde voltam a surgir como elemento estruturante e propulsor da mudança. Destaca-se o início da reforma dos cuidados de saúde primários, com a criação de uma unidade de missão, envolvendo a criação de Unidades de Saúde Familiar e de Agrupamentos de Centros de Saúde. Nesta altura, surge a transformação de hospitais SA em EPE e a transformação de hospitais de Setor Público Administrativo (SPA) em EPE (OPSS, 2006; OPSS, 2008; Carvalho, 2009).

Ainda nesta fase foram desenvolvidos os projetos relativos aos cuidados continuados integrados, aos cuidados hospitalares, promove-se o acesso à cirurgia, às consultas e à reestruturação da rede de urgência (OPSS, 2009).

⇒ Desde 2010

Esta fase caracteriza-se pela aplicação de medidas de austeridade impostas pelas revisões do Programa de Estabilidade e Crescimento e pelas obrigações do Estado português no âmbito do Plano de Assistência Financeira.

No Relatório de Primavera 2011, foi amplamente discutido o tema do impacto da crise na saúde, bem como dar resposta à crise na saúde. *“Não temos - não existem - sistemas de saúde preparados para responder aos tremendos desafios que resultam de uma crise económica, financeira e social destas dimensões”* (OPSS, 2011, p. 51).

Porém, apesar da evolução no sentido da diminuição da intervenção direta do Estado, Portugal mantém um sistema de saúde público, financiado por impostos e que funciona como seguro público, universal e obrigatório.

Não obstante, no decorrer das diferentes reformas do SNS podemos assinalar importantes elementos de mudança (Silva, 2011):

- ⇒ Separação entre financiamento e prestação de cuidados recorrendo nomeadamente à contratualização entre Estado e hospitais públicos;
- ⇒ Criação de um mercado interno regulado pelo Estado, garantindo competição entre prestadores públicos e entre prestadores públicos e privados;
- ⇒ Alterações do sistema remuneratório dos médicos, afastando-os do regime de funcionário público (salários) e aproximando-os de profissionais liberais (honorários, diversificação de salários); e
- ⇒ Valorização dos cuidados de saúde privados ou concessionados, nomeadamente para responder às listas de espera.

Para uma melhor compreensão do contexto do presente estudo, no ponto seguinte, faz-se uma exposição sintetizada das principais alterações a nível hospitalar, abordando o percurso histórico, cronológico e legal.

2.3.1. A Evolução do Hospital Português

Importa, antes de mais, reconhecer que, ao longo de vários anos, a prestação de cuidados de saúde em Portugal foi caracterizada essencialmente pela atividade das instituições

públicas, os hospitais e os centros de saúde públicos. Porém, o recurso às instituições hospitalares sempre foi mais evidenciado.

Os hospitais são, talvez, um dos elementos mais relevantes de um sistema de saúde, não só pelo seu carácter assistencial, pela diversidade e complexidade que os caracteriza mas também por serem o pilar fundamental e mais dispendioso de qualquer sistema de saúde (Fernandes, Barros e Fernandes, 2001).

Os hospitais em Portugal foram crescendo com ineficiências e sem planeamento nacional ou regional (OPSS, 2008), talvez pelo facto de serem considerados como, citando Raposo (2007), *“organizações extraordinariamente complicadas (Glouberman e Mintzberg, 2001a, b) representando a forma mais complexa de organização humana que alguma vez se tentou gerir (Drucker, 1989)”* (Raposo, 2007, p.238).

Neste mesmo sentido, e citando Robert Wilson, *“os hospitais colocam-se entre as mais complexas organizações da sociedade moderna e caracterizam-se por uma divisão de trabalho extremamente aturada, bem como por uma refinada gama de aptidões técnicas. O grande hospital procura preencher um conjunto de finalidades principalmente o tratamento de doentes, o de hotel, de centro de prestação de cuidados médicos, de laboratório e de universidade. Em virtude da alta especialização das suas atividades, executadas por um vasto corpo de pessoal profissional e técnico, o grande hospital enfrenta problemas muito sérios de coordenação e autoridade”* (Wilson in Rocha, 1997, p. 49).

Posto isto, diferentes definições e entendimentos sobre o que são “hospitais” e que serviços lhes estão atribuídos persistem, pelo que a realização de comparações neste âmbito revela-se bastante difícil de estabelecer (Mckee e Healy, 2002).

Contudo, tendo por base o Regulamento Geral dos Hospitais, constante no Decreto n.º 48/358, de 27 de abril de 1968, no artigo 1º, o hospital define-se como um *“estabelecimento de saúde com serviços diferenciados, dotado de capacidade de internamento, de ambulatório (consulta e urgência) e de meios de diagnóstico e terapêutica, com o objetivo de prestar à população assistência médica curativa e de*

reabilitação, competindo-lhe também colaborar na prevenção da doença, no ensino e na investigação científica”.

Nos últimos anos, os hospitais têm vindo a ser alvo de contínuas reformas a nível estrutural, funcional e organizacional, cujos objetivos pretendem ser a garantia de sustentabilidade do sistema de saúde, a maior liberdade de gestão e a maior flexibilidade no ajustamento às necessidades da população (Barros, 2011).

No contexto da reforma do sistema de saúde de 1971, da modernização da economia e da sociedade portuguesa, o hospital teve um papel central nos processos de mudança.

No entanto, é importante salientar que foi a partir da revolução de 1974, que se criaram as condições políticas para a adoção, em 1979, de um verdadeiro SNS. No ano seguinte assiste-se à nacionalização dos hospitais das Misericórdias e, em 1984, integram-se os centros de saúde com os postos médicos dos serviços médico-sociais (Escoval, 2010).

Com a revisão da CRP, em 1989, é alterado o princípio dos serviços de cuidados de saúde gratuitos, o SNS é financiado pelos Orçamento Geral do Estado e o acesso aos hospitais é “tendencialmente gratuito”, exigindo-se, em alguns casos, o pagamento de uma taxa moderadora.

Em 1990, com a aprovação da LBS, novos instrumentos de responsabilização e de orientação foram estabelecidos, nomeadamente no que concerne aos mecanismos de contratualização, de financiamento, de remuneração e, também, na inovação e qualidade da prestação.

Em 1999, decorre a implementação do modelo de ação de redes de hospitais de referência e, em 2002, é alterado o estatuto jurídico dos hospitais públicos que passam a SA, a par do surgimento da Resolução do Conselho de Ministros n.º 59/2002 de 28 de Fevereiro que visa definir uma rede nacional de cuidados continuados integrados (RNCCI). Desde 2002, assiste-se também à inclusão do sector privado na rede prestadora, através

da adoção de modelos de Parcerias Público-Privadas e constituição de linhas de financiamento. Verifica-se um incremento de *outsourcing*³ nos serviços públicos.

Refira-se que o modelo de gestão hospitalar surge, pela primeira vez, referenciado no preâmbulo do Estatuto Hospitalar de 1968 o qual previa no seu artigo 35º, n.º1, que a organização e a gestão dos hospitais deveriam ser concebidas “*em termos de gestão empresarial*”.

Posteriormente, nos princípios consagrados na Base XXXVI da LBS, é também sugerida uma gestão das unidades de saúde, de acordo com “*regras de gestão empresarial*” e a realização das denominadas “*experiências inovadoras de gestão nos termos a definir por lei*”.

Segundo Reis (2007) dá-se o processo normativo com vista à empresarialização dos hospitais e, em junho, com a publicação do Decreto-Lei n.º 151/98, que altera o estatuto jurídico aplicável ao Hospital de Santa Maria da Feira, assiste-se à primeira ‘*experiência inovadora em gestão*’, seguindo-se a criação da Unidade Local de Matosinhos (Decreto-Lei n.º 207/99, de 26 julho) e a aprovação do estatuto do Hospital do Barlavento Algarvio (Decreto-Lei n.º76/2001, de 27 fevereiro).

Mais tarde, através da Lei n.º27/2002, de 8 novembro, é aprovado o novo Regime Jurídico da Gestão Hospitalar (RJGH) onde é alterada a LBS nas disposições relativas:

- ⇒ Estatuto dos profissionais de saúde do SNS, com a lei do contrato individual e a contratação coletiva;
- ⇒ Financiamento do SNS, que deverá passar a ser prestado “através do pagamento dos atos e atividades efetivamente realizados segundo uma tabela de preços que consagra uma classificação dos atos, técnicas e serviços de saúde;
- ⇒ Fiscalização pelo Ministério da Saúde do exercício de qualquer profissão que implique a prestação de cuidados de saúde em regime liberal; e
- ⇒ Modelos de gestão dos hospitais e dos centros de saúde, permitindo a criação de unidades de saúde com a natureza de SA.

³ O *outsourcing* consiste em mobilizar recursos para uma empresa externa através de um contrato. Desta forma, a empresa subcontratada levará a cabo atividades em nome da primeira.

O novo RJGH introduziu, ainda, o conceito de “*rede de prestação de cuidados de saúde*” que abrange os estabelecimentos do SNS, os estabelecimentos privados que prestem cuidados aos utentes do SNS e outros serviços de saúde que incluem os profissionais em regime liberal com quem sejam celebrados convenções, prevendo-se a possibilidade de adoção de quatro formas jurídicas de hospitais (Reis, 2007 e Graça, 2005):

- ⇒ Estabelecimentos públicos dotados de personalidade jurídica, autonomia administrativa, financeira, com ou sem autonomia patrimonial;
- ⇒ Estabelecimentos públicos dotados de personalidade jurídica, autonomia administrativa, financeira e patrimonial e natureza empresarial;
- ⇒ SA; e
- ⇒ Estabelecimentos privados;

Em 2005, após três anos de modelo de gestão SA, foi adotado um novo modelo que, pela publicação do Decreto-Lei n.º93/2005, de 7 junho, procedeu à transformação de 31 hospitais SA em EPE. Neste caso, a gestão continua a ser privada, o financiamento continua a ser público, a ideia continua a ser a adequação dos instrumentos de gestão à especificidade da natureza da atividade de prestação de cuidados de saúde, com vista ao bom funcionamento quer ao nível operacional, quer ao nível da racionalidade económica das decisões de investimento, mas no qual é permitida uma maior intervenção a nível das orientações estratégicas de tutela e superintendência a exercer pelos Ministros das Finanças e da Saúde (Graça, 2005).

Dando continuidade ao processo de empresarialização das unidades hospitalares integradas no SNS, foram sendo sucessivamente constituídas sob a forma de diversos hospitais e, simultaneamente, assistiu-se à constituição de diversos CH, modelo que procura melhorar a capacidade de resposta, otimizando serviços, através de uma gestão integrada das várias unidades hospitalares (Escoval, 2010).

Para a Entidade Reguladora de Saúde, os CH resultaram da necessidade de “ (...) *definição de objetivos e estratégias de saúde de base populacional, centrada em unidades funcionais que permitam a efetiva interligação entre serviços e instituições que, na*

mesma área geográfica, prestam cuidados de saúde ou desenvolvem atividades conexas (...)” (ERS, 2012, p.23)

De facto, a gestão empresarial continua a ser vista, neste período, como elemento facilitador e potenciador de maior eficiência dos hospitais públicos, todavia percebe-se que a grande aposta é na fusão e concentração de unidades hospitalares com diferentes dimensões, capacidades e especialidades, para que poupassem recursos, até aí subutilizados, em cada unidade (Campos, 2008, p.137).

A noção de integração de cuidados de saúde surge assim no contexto de uma reestruturação do esquema organizacional do sistema de saúde que se apresentam em dois tipos de integração: a integração vertical e a integração horizontal.

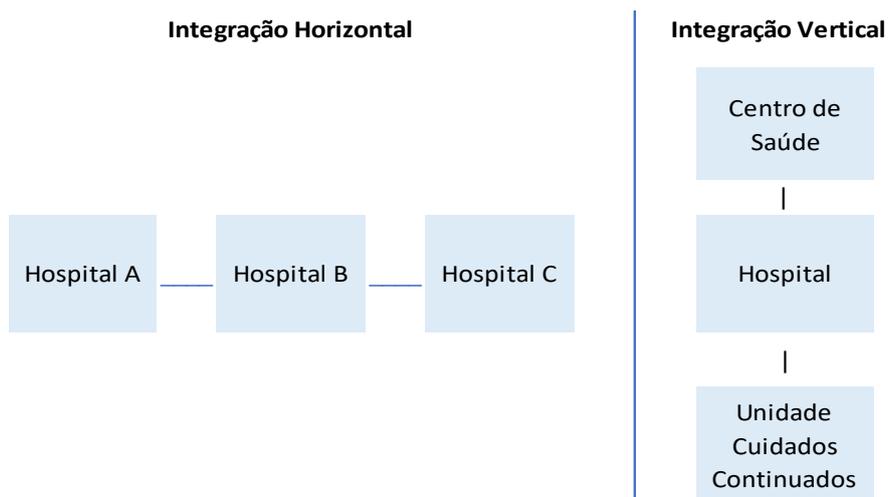
A primeira consiste na criação de uma única entidade gestora de duas ou mais entidades que prestam serviços em diferentes níveis de cuidados com o objetivo de melhorar o estado de saúde geral de uma população (Costa e Santana, 2008). Isto é, a agregação numa única entidade da prestação e gestão dos serviços, ou de todas as atividades relacionadas com a prevenção, promoção, restabelecimento ou manutenção da saúde, através da gestão dos vários níveis de prestação de cuidados (cuidados primários, cuidados hospitalares e cuidados continuados) e da coordenação em rede de todos os componentes que fazem parte integrante do mesmo.

Por sua vez, estamos num processo de integração horizontal quando uma única entidade é responsável pela gestão de organizações que prestam o mesmo nível de cuidados de saúde. Esta entidade resulta de uma fusão entre duas ou mais instituições que produzem o mesmo serviço que são substitutos próximos (Costa e Santana, 2008). Esta tem como desígnio gerar economias de escala e poder de mercado, na otimização dos serviços prestados por dois ou mais estabelecimentos hospitalares e no reforço da sua articulação e complementaridade, técnica ou assistencial.

Em Portugal, a criação de CH ou agrupamentos de centros de saúde são exemplos típicos do movimento de integração horizontal. Juridicamente um CH caracteriza-se pela junção numa única entidade da responsabilidade e da gestão de várias organizações, que se propõem à prestação de um mesmo nível de cuidados de saúde (ERS, 2012).

De uma forma simples, a figura seguinte representa a distinção entre integração horizontal e vertical.

Figura 2 | Integração Horizontal e Integração Vertical



Fonte: Costa e Santana (2008) (adaptado de Conrad e Shortell (1996a))

Estas formas de integração têm como objetivo comum atribuir uma maior coerência e capacidade de resposta no desempenho das funções que lhes compete assegurar, eliminando redundâncias, otimizando os recursos existentes para simplificação e melhoria do modelo de governação e qualidade do serviço, e aumentando a sua eficiência na obtenção de resultados em saúde para a população.

A oferta hospitalar portuguesa é um ativo significativo e um dos mais importantes investimentos realizados nas últimas décadas na construção de um SNS de acesso universal para responder a uma procura de cuidados de saúde cada vez mais sofisticada e exigente por parte dos cidadãos.

Esta exigência resulta do facto de que os cidadãos possuem cada vez mais literacia⁴ em saúde levando a que os diversos governos procurem novas formas de manter os cidadãos informados.

No ponto seguinte, faz-se uma descrição do tema preponderante do presente estudo, o “acesso” e os principais sistemas de informação para a monitorização do mesmo.

⁴ A Organização Mundial da Saúde define literacia em saúde como o conjunto de “*competências cognitivas e sociais e a capacidade dos indivíduos para ganharem acesso a compreenderem e a usarem informação de formas que promovam e mantenham boa saúde (WHO, 1998): é a capacidade para tomar decisões em saúde fundamentadas, no decurso da vida do dia-a-dia – em casa, na comunidade, no local de trabalho, no mercado, na utilização do sistema de saúde e no contexto político; possibilita o aumento do controlo das pessoas sobre a sua saúde, a sua capacidade para procurar informação e para assumir responsabilidades.*”

3. O Acesso

A CRP, no art.º 64 nº 3, atribui prioritariamente ao Estado *“garantir o acesso de todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica, aos cuidados da medicina preventiva, curativa e de reabilitação”*.

Assim, a acessibilidade representa a possibilidade que o utilizador do sistema de saúde tem de obter a prestação de cuidados, no momento e no local em que necessita, em quantidade e a um custo adequado, e de acordo com as necessidades individuais e independência face às condições socioeconómicas (OPSS, 2009), com o objetivo de obter ganhos em saúde (Escoval, 2010).

O conceito de acesso aos cuidados de saúde é um pilar essencial das políticas de saúde e que, ao contrário do que se poderia pensar, trata-se de uma ideia complexa e multifacetada (Furtado e Pereira, 2010).

Neste sentido, o Plano Nacional de Saúde (PNS) 2012-2016 definiu o acesso aos cuidados de saúde como *“a obtenção de cuidados de qualidade necessários e oportunos, no local apropriado e no momento adequado”*. Por sua vez, a Comissão Europeia (2014), considera que o acesso depende de um conjunto de fatores: a cobertura do sistema de saúde e a sua profundidade assim como a disponibilidade dos serviços de saúde.

Seguindo esta linha de pensamento e atendendo à complexidade na sua definição, diversos autores têm tentado obter uma conceptualização do acesso aos cuidados de saúde, através da descrição das diferentes dimensões e determinantes que afetam a procura e a oferta dos cuidados de saúde (Barros e Silvério, 2015).

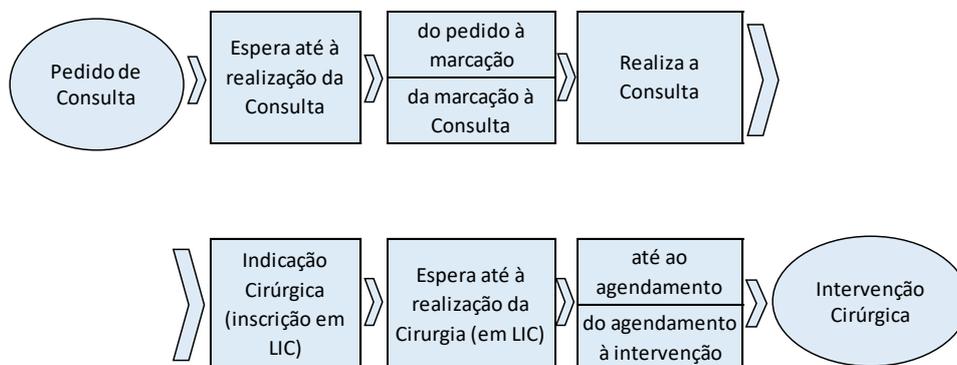
De acordo com o OPSS (2002 e 2009), uma das dimensões mais relevantes da gestão do acesso é a existência de um sistema de informação adequado que facilite o acesso aos cuidados e permita aos seus utilizadores participar nas decisões que melhor salvaguardem a satisfação das suas necessidades em saúde, estimulando o *empowerment* do cidadão.

Escoval (2010) refere que a dimensão do acesso pode ser avaliada através de vários indicadores, na sua maioria de produção, nomeadamente, peso das primeiras consultas no total das consultas, lotação praticada, número e tempo de doentes em espera.

O tempo de espera⁵ é o saldo de duas variáveis, as entradas e as saídas. Ora, gerir esta espera de forma coerente com respeito pelo cumprimento do tempo máximo de resposta garantido (TMRG) garantindo a equidade no acesso é o desiderato do sistema na medida em que ganham os utentes em primeira linha, o hospital pela via dos indicadores de qualidade e o país, pela melhoria dos indicadores de saúde e grau de satisfação dos próprios utentes.

Por outro lado, analisar a capacidade de um sistema de saúde em satisfazer as necessidades de saúde dos seus cidadãos envolve diversos passos. A este respeito, a **Figura 3** demonstra o percurso realizado pelo doente e os tempos de espera desde o pedido de consulta até à intervenção cirúrgica.

Figura 3 | Percurso do doente e tempos de espera



Fonte: Elaboração própria

Importa, ainda, salientar que os tempos máximos para primeiras consultas de especialidade e cirurgias programadas estão legalmente fixadas (**Anexo I**).

⁵ De acordo com o INE, o tempo de espera é o “número de dias seguidos (incluindo sábados, domingos e feriados) que medeia entre a requisição de um evento em saúde e a sua realização ou cancelamento”.

3.1. As Potenciais Barreiras de Acesso

A dificuldade no acesso aos cuidados de saúde baseia-se, principalmente, na desigual distribuição de recursos humanos, no baixo nível de recursos da população, nos reduzidos níveis de educação e qualificação e na dificuldade do acesso à informação e, por último, nas barreiras do acesso à medicina familiar e à provisão limitada de cuidados de saúde domiciliários (Sakellarides et al., 2004 e OPSS, 2001), o que faz com que os doentes recorram ao serviço de urgência inadequadamente, prejudicando o acesso daqueles que realmente precisam (Escoval, 2010).

Furtado e Pereira (2010) mencionam que, ao nível mais básico, o acesso depende apenas da oferta de cuidados, isto é, da disponibilidade. Havendo oferta adequada a população tem oportunidades de utilizar os serviços e poder-se-á dizer que tem acesso aos cuidados de saúde. No entanto, o acesso efetivo dependerá também de eventuais barreiras à utilização apropriada de cuidados de saúde, sejam elas económicas, sociais, organizacionais ou culturais.

Acresce que, identificar as potenciais barreiras no acesso aos cuidados de saúde tem vindo a ganhar maior relevância devido à conjugação da recente crise financeira que afetou fortemente a economia portuguesa e as medidas adotadas nos últimos anos com vista a melhorar a eficiência do SNS (Barros e Silvério, 2015).

Para Barros e Silvério (2015, p.35) as barreiras no acesso aos cuidados de saúde são *“todos os fatores que limitam ou, até mesmo, impedem o uso do sistema de saúde por parte do utente, quando ele sente necessidade de o usar ou quando é induzido a tal.”*

Neste âmbito, Penchansky e Thomas (1981) identificaram um conjunto de fatores que podem afetar o acesso aos cuidados de saúde, propondo cinco dimensões: capacidade, proximidade, esforço financeiro, adequabilidade e aceitabilidade.

A **Figura 4** apresenta as cinco dimensões enunciadas pelos autores Penchansky e Thomas (1981).

Figura 4 | Dimensões do Acesso



Fonte: Elaboração própria. Adaptado de Penchansky e Thomas (1981)

Capacidade

O SNS deve ter capacidade suficiente para prestar serviços de cuidados de saúde que sejam adequados às necessidades das populações, isto é o prestador deverá estar dotado de recursos necessários para satisfazer a potencial procura por cuidados de saúde por parte dos cidadãos (Barros e Silvério, 2015).

Proximidade

Além da capacidade de prestar os serviços, é necessário garantir que a distribuição geográfica dos mesmos é adequada à distribuição geográfica dos beneficiários do SNS. Na dimensão de proximidade é fundamental ter em conta a distância, quer no tempo despendido, entre o local onde se pode encontrar o utente e a unidade de saúde onde os serviços são prestados. A distância geográfica ou a dificuldade na deslocação são possíveis barreiras no acesso aos cuidados de saúde, com particular relevância para a população mais desfavorecida uma vez que estes podem ter mais dificuldades em pagar o

transporte, não estar aptos a faltar ao trabalho ou não possuir meio de transporte próprio (Barros e Silvério, 2015).

Esforço financeiro

Por sua vez, a dimensão do esforço financeiro pode ser uma possível barreira uma vez que se avalia se o utente tem capacidade financeira, ou não, para suportar os encargos com o consumo de serviços de saúde. Apesar de o sistema ser tendencialmente gratuito⁶, os beneficiários do SNS estão sujeitos a um pagamento de uma taxa moderadora (em alguns serviços), cujo objetivo é evitar uma procura desnecessária dos cuidados de saúde, que varia consoante o serviço prestado.

Adequabilidade

A dimensão da adequabilidade procura descrever não só a qualidade na prestação dos cuidados de saúde, como também tenta avaliar se a organização por parte do prestador dos cuidados de saúde se adequa às preferências, exigências e restrições dos utentes, como por exemplo os horários de funcionamento das unidades de saúde, os sistemas de marcação de consultas, a alocação do médico de família e até a obtenção de cuidados de saúde atempados (Barros e Silvério, 2015).

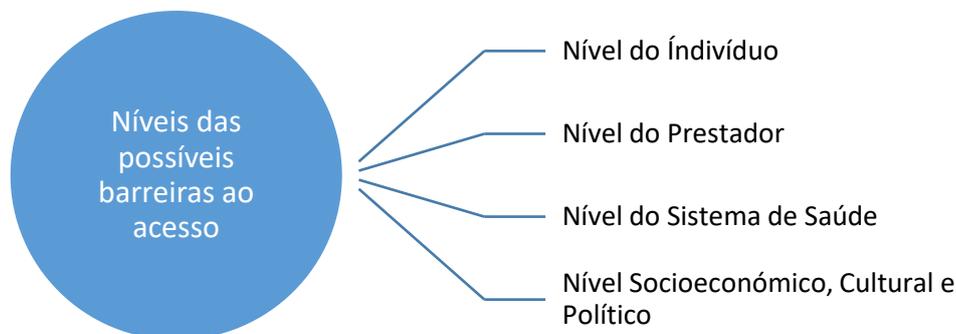
Aceitabilidade

Por último, os mesmos autores consideram que a prestação de cuidados de saúde deve estar adaptada à população que serve, ou seja a dimensão da aceitabilidade descreve se as expectativas e necessidades dos utentes são satisfeitas pelos atos de prestação de cuidados de saúde. Neste sentido, *“representa as atitudes dos utentes e dos profissionais de saúde em relação às características e práticas de cada um”* (ERS, 2009, p.20).

⁶ Cfr. Constituição República Portuguesa artigo 64º

Todavia, de uma forma complementar, as potenciais barreiras no acesso aos cuidados podem manifestar-se em diferentes níveis (Barros e Silvério, 2015), conforme se pode observar na **Figura 5**:

Figura 5 | Níveis das Possíveis Barreiras ao Acesso aos Cuidados



Fonte: Elaboração própria. Adaptado de Barros e Silvério (2015)

- ⇒ **Nível do Indivíduo** (as características inerentes ao utente, desde a sua literacia, as suas capacidades, as restrições financeiras ou até as suas crenças);
- ⇒ **Nível do Prestador** (todos os fatores que determinam a qualidade de relação entre o utente e o seu prestador, desde a dimensão, a composição e as características socioeconómicas e demográficas);
- ⇒ **Nível do Sistema de Saúde** como um todo - o sistema deve estar desenhado de forma a garantir que as necessidades da população são satisfeitas de forma mais eficiente possível; e
- ⇒ **Nível do contexto socioeconómico, cultural e político** (as políticas públicas implementadas, assim como as características sociais e culturais que caracterizam o país).

Posto isto, podemos afirmar que o acesso não é entendido apenas como uma função do Estado, mas também como o resultado da interação entre as características das pessoas, famílias, ambientes sociais e físicos, bem como as características dos sistemas de saúde, organizações e prestadores de cuidados (OPSS, 2015).

Conhecidas as potenciais barreiras de acesso importa evidenciar, no capítulo seguinte, a relevância que os programas nacionais mais recentes têm dado à promoção do acesso.

3.2. A Promoção do Acesso

Os programas nacionais mais recentes têm colocado o acesso ao sistema de saúde no centro dos seus objetivos, dando um enfoque primordial a esta temática.

Tem-se assistido, nos últimos anos, a um conjunto de intervenções com o objetivo de melhorar o acesso aos cuidados de saúde, nomeadamente com a implementação de vários sistemas dedicados à facilitação e definição de prioridades de acesso (PNS 2012-2016):

- ⇒ **Linha de Saúde 24:** serviço telefónico nacional, de triagem, aconselhamento e encaminhamento dos cidadãos em situação de doença, incluindo urgência e emergência.
- ⇒ **Sistema de Triagem de Prioridades de Manchester no Serviço de Urgência:** utilização de um protocolo clínico que realiza uma rápida identificação dos doentes que recorrem ao Serviço de Urgência, permitindo atender, em primeiro lugar, os doentes mais graves e não, necessariamente, quem chega primeiro.
- ⇒ **Vias Verdes do Enfarte Agudo do Miocárdio e do Acidente Vascular Cerebral:** constituem um programa estratégico que visa obter ganhos relativamente à mortalidade e morbilidade destas situações.
- ⇒ **Via Verde da Sépsis:** organização e protocolização de mecanismos que permitam a sua rápida identificação e instituição atempada de terapêutica otimizada.
- ⇒ **Sistema de Informação de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC):** monitoriza os tempos de espera para cirurgia programada e permite gerir a lista de espera. Pela sua relevância no presente estudo, este item será abordado em pormenor mais à frente no presente trabalho.
- ⇒ **Consulta a Tempo e Horas (CTH):** monitoriza o acesso a consultas de especialidade hospitalares de doentes referenciados pelos médicos de família. A

CTH operacionaliza os TMRG definidos pela Carta dos Direitos de Acesso. Este item será, igualmente, aprofundado mais à frente no presente trabalho.

- ⇒ **Plataforma de Gestão Integrada da Doença:** gestão dos doentes insuficientes renais, a obesidade, a doença pulmonar obstrutiva crónica, a retinopatia diabética, a esclerose múltipla. Permite a partilha de informação entre os vários cuidadores e é suportada por um modelo de convenção para a prestação de cuidados entre o setor público e privado.
- ⇒ **Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral:** desenvolvido em serviços privados em articulação com os programas de saúde escolar, saúde infantil e juvenil e saúde materna e com Sistema de Informação para a Saúde Oral que permite a gestão do programa a nível nacional, regional e local. O acesso aos cuidados realiza-se através do cheque-dentista destinado a mulheres grávidas, idosos beneficiários do complemento solidário, crianças e jovens com idade inferior a 16 anos.
- ⇒ **Programa de Incentivo à Procriação Medicante Assistida:** permite o acesso a consultas de infertilidade e às técnicas de procriação medicamente assistida, mediante critérios rigorosos de inclusão e permanência. Por outro lado, procedeu-se a aumentos na taxa de comparticipação dos medicamentos associados, foi definida uma rede de referência, foi dada formação aos médicos de medicina geral e familiar, foram realizados investimentos em infraestruturas e equipamentos e iniciou-se a criação duma plataforma informática articulada – FERTIS.
- ⇒ **Ação de Saúde para Crianças e Jovens em Risco:** procura criar uma resposta estruturada do SNS ao fenómeno dos Maus-Tratos, através do desenvolvimento da “Rede Nacional de Núcleos de Apoio às Crianças e Jovens em Risco”.
- ⇒ **Sistema de Gestão de Transportes Não Urgente de Doentes:** suporta as atividades e a gestão integrada do processo de transporte não urgente de doentes. Permite a resposta integrada aos desafios da racionalização e da eficiência da gestão das unidades funcionais de saúde, da normalização de

critérios na marcação de transporte de doentes, da imputação financeira às entidades requisitantes.

- ⇒ **Plataforma de Dados da Saúde:** permite o registo e a partilha de informação clínica entre utentes, profissionais de saúde e entidades prestadoras de serviços de saúde;
- ⇒ **Telemedicina (Teleconsulta e Telemonitorização):** a Teleconsulta aumenta a acessibilidade às consultas de Especialidades Médicas, aumentando a equidade, com o incremento da possibilidade de acesso, por todos os utentes, a melhor qualidade de saúde, reduzindo os custos associados e as “distâncias” entre os cuidados de saúde primários e especializados. A Telemonitorização permite a monitorização remota, praticada por uma equipa de profissionais de saúde, a partir de uma Instituição sobre um grupo de doentes crónicos que seguem um protocolo a partir dos seus domicílios.

A par destes programas de promoção de acesso, importa aqui destacar a relevância que é dada ao acesso aos cuidados de saúde por parte das instituições de saúde. A preocupação com o acesso reflete-se, desde logo, no processo de Contratualização⁷ entre a Administração Central do Sistema de Saúde, Administrações Regionais, Ministério da Saúde e Entidade Prestadoras (Hospitais, CH, Unidades Locais de Saúde) onde são fixados objetivos e metas a atingir, tanto a nível nacional como regional.

Na área do acesso são definidos os seguintes indicadores:

- ⇒ Percentagem das primeiras consultas no total de consultas médicas (%);
- ⇒ Percentagem de utentes referenciados para consulta externa atendidos em tempo adequado (%);
- ⇒ Peso das consultas externas médicas com registo de alta no total de consultas externas médicas (%);

⁷ De acordo com o Manual do Processo de Contratualização (2011), a Contratualização implica uma atitude de “responsabilização e comprometimento com os resultados a alcançar pelas instituições, em função dos recursos disponíveis e das necessidades em saúde da população contemplando três instrumentos essenciais: contratação de atividade assistencial, modalidades de pagamento e avaliação de desempenho”.

- ⇒ Percentagem de inscritos em Lista de Inscritos para Cirurgia (LIC) (neoplasias malignas) com tempo de espera \leq TMRG (%);
- ⇒ Mediana de tempo de espera da LIC, em meses;
- ⇒ Percentagem de episódios de urgência atendidos dentro do tempo de espera previsto no protocolo de triagem; e
- ⇒ Permilagem de doentes sinalizados para a RNCCI, em tempo adequado (até 5 dias), no total de doentes tratados (Medicina Interna, Cirurgia Geral, Neurologia, Ortopedia) (‰);

Note-se que de acordo com o cumprimento das metas que negociadas com os Departamentos de Contratualização das Administrações Regionais de Saúde são atribuídos incentivos financeiros para os indicadores selecionados.

Não obstante, de forma a assegurar elevados patamares de desempenho e acesso aos cuidados cirúrgicos, e evitando os riscos de incumprimento dos TMRG foi criado em Junho de 2015 uma nova fase de incentivo à atividade cirúrgica nos hospitais do SNS – o Plano de Intervenção em Cirurgia (PIC)⁸.

O PIC teve como objetivo *“reforçar a atividade cirúrgica dos hospitais do SNS em 2015, respondendo de forma mais efetiva à procura acrescida que se tem verificado nos últimos anos em relação a diversas patologias”* (Portaria n.º179-A/2015, de 16 de junho).

O programa teve como critério as patologias mais carenciadas (cirurgia em patologia neoplásica da mama e da próstata, cirurgia da hérnia discal, artroscopia da anca e cirurgia da catarata) e privilegiou a modalidade de tratamento cirúrgico em regime de ambulatório, reforçando assim a tendência de ambulatorização da atividade cirúrgica que tem vindo a ser incrementada nos últimos anos, com ganhos em nível do acesso e da qualidade para os cidadãos e de eficiência para as instituições do SNS.

3.3. Os Sistemas de Monitorização do Acesso

Como referido anteriormente, a nível nacional, existem vários sistemas de informação que asseguram a monitorização do acesso a cuidados de saúde em áreas específicas.

⁸ Cfr. Portaria n.º179-A/2015 de 16 de junho

Estes sistemas vêm potenciar a indução de melhores práticas na organização da prestação de cuidados e na resposta do SNS, com ganhos de eficácia e eficiência, mais equidade no acesso a cuidados, maior responsabilização a todos os níveis do sistema de saúde e maior transparência da informação para todas as partes, utentes, profissionais e instituições prestadoras de cuidados, entidades pagadoras, cidadãos em geral (Ministério da Saúde, 2015 em Relatório Anual de Acesso ao SNS).

A questão das listas de espera para cirurgia tem sido um assunto largamente discutido nos últimos anos e alvo de bastantes polémicas. Em consequência, o início da resposta programada e organizada a estas listas de espera pode ser identificado no ano de 1994. Desde então, o programa tem tido diferentes designações, mas o objetivo mantém-se centrado no combate às listas de espera de forma a reconduzir o volume e os tempos de espera a valores compatíveis com as necessidades e expectativas dos cidadãos (OPSS, 2009).

No subcapítulo seguinte optou-se por descrever os principais sistemas de informação que asseguram a monitorização do acesso a cirurgia programada e primeiras consultas de especialidade tendo em conta o objetivo geral do presente estudo.

3.3.1. O SIGIC

Desde 2004, está em curso o SIGIC⁹, criado pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 79/2004, de 24 de junho, que tem como principal objetivo *“minimizar o período entre o momento em que um doente é encaminhado para a cirurgia e a realização da mesma, garantindo, de uma forma progressiva, que o tratamento cirúrgico decorre dentro do tempo clinicamente admissível”*, em função da respetiva patologia.

⁹ O SIGIC possibilitou e continua a possibilitar a melhoria substancial dos tempos de espera para cirurgia programada aos utentes do SNS, tendo sido reconhecido pela OCDE, no relatório *“Waiting Time Policies in the Health Sector-What Works?”*, como um programa estrutural e exemplar para os restantes países membros da organização.

O SIGIC é gerido através de um Sistema de Informação centralizado, SIGLIC, o que contribui para a monitorização do tempo de acesso à cirurgia e permite controlar e avaliar de forma integrada todo o processo de gestão da LIC¹⁰.

Importa, igualmente, referir que o Regulamento do Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para cirurgia, publicado pela Portaria nº 271/2012¹¹, de 4 setembro, alarga o âmbito do SIGIC às entidades privadas convencionadas, de forma a assegurar melhor a liberdade de escolha dos utentes sempre que sejam ultrapassados 75% dos TMRG, a igualdade de acesso e tratamento cirúrgico nos TMRG.

Este sistema visa garantir a todos os utentes do SNS a igualdade/equidade no acesso ao tratamento cirúrgico, programado em tempos máximos estabelecidos para todas as patologias, servindo-se de instrumentos de avaliação e controlo da atividade cirúrgica realizada a nível nacional para rentabilizar a capacidade instalada do SNS, aumentando a eficiência (ACSS. SIGIC, 2007 e 2008).

Acresce referir a criação e aprovação da Carta dos Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde¹², cujo objetivo passa por *“garantir a prestação dos cuidados de saúde pelo SNS e pelas entidades convencionadas em tempo considerado clinicamente aceitável para a condição de saúde de cada doente”*, devendo definir os TMRG (**Anexo I**) e o direito de informação sobre essa atividade aos utentes.

3.3.2. O CTH

A par do SIGIC, salienta-se a implementação do Sistema Integrado de Referência e de Gestão do Acesso à Primeira Consulta de Especialidade Hospitalar nas instituições do SNS, designado por CTH criado através da Portaria n.º 615/2008, de 11 de julho.

Este sistema tem como objetivo facilitar o acesso dos cidadãos à primeira consulta de especialidade hospitalar, tratando todos os utentes na marcação da consulta de modo igual, informar os cidadãos, de forma transparente, sobre o estado do pedido da consulta

¹⁰De acordo com o Regulamento do SIGIC, LIC é o “conjunto das inscrições dos utentes que aguardam a realização de uma intervenção cirúrgica, independentemente da necessidade de internamento ou do tipo de anestesia utilizada, proposta e validada por médicos especialistas num hospital do SNS ou numa instituição do sector privado ou do sector social que contratou com aquele Serviço a prestação de cuidados aos seus beneficiários e para a realização da qual esses mesmos utentes já deram o seu consentimento expresso”;

¹¹ Substitui o anterior regulamento aprovado pela Portaria nº 45/2008, de 15 de janeiro.

¹² Cfr. Lei n.º 41/2007, de 24 de agosto.

e o tempo de resposta do hospital, conhecer o tempo de resposta em todos os hospitais, por especialidade e, conseqüentemente, envolver os hospitais e as unidades de Cuidados de Saúde Primários na melhoria da capacidade de resposta do SNS, aumentando a efetividade e eficiência na prestação de cuidados.

O Regulamento do CTH¹³ tem como objetivo harmonizar os procedimentos inerentes à implementação e gestão do acesso à primeira consulta de especialidade hospitalar, estabelecendo um conjunto de regras que vinculam as instituições do SNS e os profissionais de saúde intervenientes no processo, articulando-os de forma criteriosa e transparente (Ministério Saúde, 2015 em Relatório Anual de Acesso ao SNS).

Assim, são reconhecidas ao CTH as seguintes vantagens:

- ⇒ Transparência no processo de marcação de primeira consulta de especialidade hospitalar no SNS;
- ⇒ Triagem clínica nos hospitais com atribuição de níveis de prioridade adequados às situações dos utentes;
- ⇒ Uniformização do tratamento da informação sobre o acesso à primeira consulta de especialidade;
- ⇒ Mais eficácia e eficiência na resposta das instituições prestadoras de cuidados e maior facilidade na comunicação entre os profissionais de saúde; e
- ⇒ Melhor orientação dos utentes para a consulta da especialidade de que efetivamente necessitam.

No contexto de acessibilidade, destacam-se, ainda, as Redes de Referência Hospitalar que constituem *“sistemas através dos quais se pretende regular as relações de complementaridade e de apoio técnico entre todas as instituições, de modo a garantir o acesso de todos os doentes aos serviços e unidades prestadoras de cuidados de saúde, sustentado num sistema integrado de informação interinstitucional”* (Ministério da Saúde. DGS. Direção de Serviço e Planeamento, 2001).

¹³ Aprovado pela Portaria n.º615/2008, de 11 de julho. Em 2013, face à experiência adquirida na utilização do CTH, surgiu a necessidade de publicar nova Portaria n.º 95/2013, de 4 de março, mantendo-se inalteráveis a finalidade, os objetivos, os princípios assim como a estrutura organizacional.

Refira-se que, à semelhança do SIGIC, também estão legalmente estipulados TMRG para a primeira consulta de especialidade (**Anexo I**).

3.3.3. O SIGA

Em maio de 2016, foi criado um novo sistema de informação designado por Sistema Integrado de Gestão do Acesso no SNS (SIGA) que consiste na Livre Escolha e Circulação de Doentes¹⁴ no SNS. Este sistema permite ao utente, ajudado pelo médico de família, decidir qual o hospital do SNS para onde será encaminhado, para a realização da primeira consulta de especialidade. A unidade hospitalar poderá ficar situada em qualquer ponto do país, bastando que disponha da especialidade. A apresentação das alternativas ao utente é feita de acordo com critérios de proximidade geográfica e a informação sobre os tempos médios de resposta em cada especialidade, por unidade hospitalar.

No caso do utente e do médico de família entenderem que deve haver lugar a encaminhamento para determinada consulta de especialidade, o médico deve aceder à plataforma de marcação de consultas e iniciar o processo de agendamento.

Anteriormente, o utente seria encaminhado para um hospital indicado para uma rede de unidades hospitalares pré-definida e limitada. O novo regime permite que o médico e o utente sejam informados sobre os hospitais públicos, com aquela consulta de especialidade e os tempos de espera registados.

Munido desta informação, e mediante o aconselhamento do seu médico de família, o utente poderá optar por deslocar-se ao hospital que apresenta o menor tempo de espera, independentemente da sua localização geográfica.

Porém, no caso de se tratar de uma consulta de especialidade cirúrgica, a escolha do utente e do médico considera não só o tempo médio de resposta para a consulta, como também o tempo médio de resposta para a intervenção cirúrgica, de forma a permitir uma tomada de decisão que considera uma resposta integral às necessidades do utente.

¹⁴ Criado segundo o Despacho nº 5911-B/2016, publicado a 3 de maio. A referência é efetuada tendo por base critérios prioritários como o interesse do utente, a proximidade geográfica e os tempos médios de resposta, acessíveis através do Portal do SNS, para a primeira consulta de especialidade hospitalar nas várias instituições do SNS.

Para tal, os médicos de família terão acesso à informação sobre os tempos de espera da especialidade por hospital, registado no último trimestre. Os tempos de resposta dos hospitais públicos podem ser consultados através do Portal do SNS, na área de consulta dos Tempos de Espera, onde é possível pesquisar estes tempos por hospital, consulta de especialidade ou por tipo de cirurgia.

Importa, ainda, referir que o SNS assegura as despesas de transporte nos termos definidos da Portaria n.º 142-B/2012, de 15 de maio, na sua redação atual, destacando-se que ficam isentos de pagamento de despesas de transporte pessoas que cumulativamente cumpram as condições de insuficiência económica e uma situação clínica que o justifique.

Paralelamente, e no âmbito da implementação do SIGA, iniciou-se em maio de 2016 um Programa de Incentivo à Realização de Atividade Cirúrgica no SNS que visa melhorar a capacidade de resposta cirúrgica dos hospitais públicos (ACSS, Circular Normativa, 2016).

Este programa aplica-se a todas as instituições hospitalares do SNS que reúnam condições para responder atempadamente e eficaz às necessidades cirúrgicas nacionais e tem os seguintes objetivos específicos:

- ⇒ Melhorar os tempos de resposta no acesso à cirurgia programada;
- ⇒ Rentabilizar a capacidade cirúrgica instalada na rede de estabelecimentos públicos;
- ⇒ Criar mecanismos competitivos para realização de atividade cirúrgica no SNS; e
- ⇒ Aumentar a produtividade das instituições do SNS.

Este programa mantém em vigor o procedimento de responsabilização financeira do hospital de origem pela não prestação de cuidados cirúrgicos atempados, assegurando o pagamento da atividade cirúrgica que vier a ser transferida para outros hospitais do SNS ou para entidade convencionadas no âmbito do SIGIC.

4. A Caracterização da Região do CHBV

Este capítulo tem por objetivo efetuar um breve retrato da região de Aveiro em particular a sub-região Baixo Vouga, onde se insere o CHBV. Para tal, privilegiou-se a utilização de alguns indicadores representativos da população da região.

Demografia

A Região Centro é constituída por 12 sub-regiões NUTS III congregando 100 municípios e, de acordo com o Instituto Nacional de Estatística (INE), ocupa uma área equivalente a 31% (28199,34 km²) do território nacional. A **Figura 6** representa geograficamente a Divisão territorial da Região NUTS II do Centro: NUTS III e Municípios.

Figura 6 | Divisão territorial da Região NUTS II do Centro: NUTS III e Municípios



Fonte: Anuário Estatístico da Região Centro 2014 (INE, 2015)

Para uma melhor compreensão sobre a evolução da população da área geográfica de influência da sub-região do Baixo Vouga, as tabelas seguintes (**Tabela 1**, **Tabela 2** e **Tabela 3**) apresentam um pequeno resumo dos indicadores que melhor retratam a variação da população. Para esta análise opta-se pelo período de 2011 por coincidir com o ano da pré

fusão do CHBV. Porém, como o objetivo passa por comparar um período pré fusão e pós-fusão, são igualmente apresentados os dados mais recentes disponíveis pelo INE que reportam ao ano 2013, dado que não estão disponíveis dados relativos a 2015.

A **Tabela 1** apresenta a variação da população residente e a densidade populacional no Continente, Região Centro e sub-região Baixo Vouga entre 2011 e 2013.

Tabela 1 | Produção residente e densidade populacional

Local de residência (NUTS - 2002)	População residente (N.º)			Densidade populacional (N.º/ km ²)		
	2011	2013	Δ 2011/2013	2011	2013	Δ 2011/2013
Continente	10 030 968	9 918 548	-1,1%	112,6	111,3	-1,2%
Centro	2 316 169	2 281 164	-1,5%	82,1	80,9	-1,5%
<i>Baixo Vouga</i>	<i>389 675</i>	<i>386 341</i>	<i>-1%</i>	<i>216,1</i>	<i>214,2</i>	<i>-1%</i>

Fonte: Elaboração própria a partir de dados extraídos do INE

Em termos de principais indicadores demográficos, tal como se observa na **Tabela 1** verificou-se que, em 2013, a sub-região do Baixo Vouga abrangeu uma população residente de 386 341 habitantes, o que representa 17% da população da região Centro (2 281 164 habitantes). Entre 2011 e 2013 a população residente do Baixo Vouga diminuiu 1%, mostrando a tendência de evolução decrescente da região Centro (-1,5%) e do Continente (-1,1%). Concomitante, a densidade populacional, também registou idêntica tendência decrescente, mostrando a sub-região do Baixo Vouga com uma variação de menos 1%, a região Centro menos 1,5% e o Continente com um decréscimo de 1,2%.

A **Tabela 2** mostra a variação da taxa bruta de natalidade e mortalidade para o Continente, Região Centro e sub-região Baixo Vouga entre 2011 e 2013.

Tabela 2 | Taxa bruta de natalidade e Taxa bruta de mortalidade

Local de residência (NUTS - 2002)	Taxa bruta de natalidade (‰)			Taxa bruta de mortalidade (‰)		
	2011	2013	Δ 2011/2013	2011	2013	Δ 2011/2013
Continente	9,1	7,9	-13,2%	9,8	10,2	4,1%
Centro	7,9	6,9	-12,7%	11,3	12,0	6,2%
<i>Baixo Vouga</i>	<i>8,3</i>	<i>7,5</i>	<i>-10%</i>	<i>9,5</i>	<i>9,8</i>	<i>3%</i>

Fonte: Elaboração própria a partir de dados extraídos do INE

A taxa bruta de natalidade na sub-região do Baixo Vouga (7,5‰) tem acompanhado a tendência decrescente da região Centro (6,9‰) e do Continente (7,9‰), embora tenha registado valores superiores ao da região Centro e próximos do Continente conforme se pode confirmar na **Tabela 2**.

O mesmo quadro revela que a taxa bruta de mortalidade do Baixo Vouga registou um aumento de 3%, entre 2011 e 2013. Porém, este acréscimo é inferior ao da região Centro (6,2%) e do Continente (4,1%).

A **Tabela 3** expõe a variação dos indicadores da população: índice de envelhecimento, índice de dependência a idosos e índice de longevidade para o Continente, Região Centro e sub-região Baixo Vouga entre 2011 e 2013.

Tabela 3 | Indicadores da População¹⁵

Local de residência (NUTS - 2002)	Índice de envelhecimento (N.º)			Índice de dependência de idosos (N.º)			Índice de longevidade (N.º)		
	2011	2013	Δ 2011/2013	2011	2013	Δ 2011/2013	2011	2013	Δ 2011/2013
Continente	130,5	138,9	6,4%	29,3	30,8	5,1%	48,7	49,1	0,8%
Centro	160,7	170,3	6,0%	34,2	35,3	3,2%	51,3	52,0	1,4%
<i>Baixo Vouga</i>	<i>128,7</i>	<i>138,4</i>	<i>8%</i>	<i>27,7</i>	<i>29,1</i>	<i>5%</i>	<i>48,5</i>	<i>48,7</i>	<i>0,4%</i>

Fonte: Elaboração própria a partir de dados extraídos do INE

¹⁵ Descrição dos indicadores da População de acordo com o INE:

-Índice de Envelhecimento corresponde à relação entre a população idosa e a população jovem, ou seja População com 65 ou mais anos / População com menos de 15 anos) * 100;

-Índice de Dependência de Idoso corresponde à relação entre a população idosa e a população em idade ativa, definida habitualmente como População com 65 ou mais anos / População com 15-64 anos) * 100;

-Índice de Longevidade corresponde à relação entre a população mais idosa e a população idosa, ou seja (População com 75 ou mais anos / População com 65 ou mais anos) * 100.

Na análise ao índice de envelhecimento (**Tabela 3**), verifica-se que a sub-região do Baixo Vouga registou uma variação de 8%. Esta variação é superior comparativamente à região Centro (6,0%) e ao Continente (6,4%). Do mesmo modo, o índice de dependência de idosos mostra que o Baixo Vouga e o Continente registaram um aumento de 5%. Por sua vez, a região Centro registou um aumento ligeiramente inferior (3,2%).

Outro indicador importante que permite analisar a evolução da população, principalmente no sector da saúde, é o índice de longevidade. Deste modo, da observação à **Tabela 3** destaca-se o aumento da sub-região do Baixo Vouga de 0,4% que tem acompanhado a região Centro (1,4%) e o Continente (0,8%).

Condições Sociais

No que concerne aos indicadores que melhor refletem as condições sociais desta região, e que podem condicionar o acesso aos cuidados de saúde, optou-se por considerar o poder de compra *per capita*¹⁶, a taxa de desemprego e a taxa de alfabetização.

No que diz respeito à taxa de desemprego e analfabetismo importa referir que a escolha destes indicadores foi condicionada pela disponibilidade de informação estatística para os níveis de análise que se pretendiam, pelo que os períodos disponíveis no INE reportam a 2001 e 2011.

A **Tabela 4** apresenta a variação do poder de compra *per capita* do Continente, Região Centro e Região de Aveiro entre 2011 e 2013.

Tabela 4 | Poder de compra per capita

Localização geográfica (NUTS - 2013)	Poder de compra per capita		
	2011	2013	Δ 2011/2013
Continente	100,8	100,8	-0,1%
Centro	87,5	89,2	2,0%
Região de Aveiro	81	92	13%

Fonte: Elaboração própria a partir de dados extraídos do INE

¹⁶ Segundo o INE, este indicador pretende traduzir o poder de compra manifestado quotidianamente, em termos *per capita*, nos diferentes municípios ou regiões, tendo como referência o valor nacional.

Da análise à tabela *supra* verifica-se que a região de Aveiro registou em 2013 um aumento de 13% do poder de compra *per capita* face a 2011, com um poder de compra per capita (92) superior ao da região Centro (89,2).

A **Tabela 5** mostra a variação da taxa de desemprego e analfabetismo do Continente, Região Centro e Região de Aveiro entre 2001 e 2011.

Tabela 5 | Taxa de desemprego e analfabetismo

Localização geográfica (NUTS - 2013)	Taxa Desemprego (Censos)			Taxa Analfabetismo (Censos)		
	2001	2011	Δ 2001/2011	2001	2011	Δ 2001/2011
Continente	6,9	13,2	91,3%	8,9	5,2	-41,6%
Centro	5,8	11,0	89,7%	10,9	6,4	-41,3%
<i>Região de Aveiro</i>	5	11	117%	7	4	-41%

Fonte: Elaboração própria a partir de dados extraídos do Pordata

Relativamente à taxa de desemprego (**Tabela 5**) tem acompanhado a tendência crescente da região Centro e do Continente. Não obstante, a região de Aveiro destacou-se das restantes apresentando um aumento da taxa de desemprego de 117% entre 2001 e 2011.

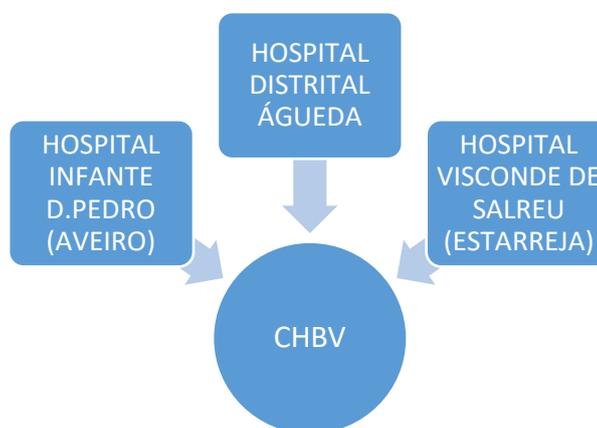
Conforme demonstra a **Tabela 5**, a taxa de analfabetismo registou um decréscimo de 41% entre 2001 e 2011, acompanhando a diminuição da taxa de analfabetismo na região Centro (-41,3%) e no Continente (-41,6%).

Após a caracterização da região do Baixo Vouga descreve-se, de seguida, o CHBV no que respeita à sua estrutura organizacional, área de influência, serviços e valências, recursos físicos e humanos de modo pormenorizado.

4.1. O CHBV

O CHBV foi criado em Março de 2011 por aglutinação do Hospital Infante D. Pedro de Aveiro, Hospital Visconde Salreu de Estarreja e Hospital Distrital de Águeda ao abrigo do Decreto-Lei n.º 30/2011 de 2 de março. É uma pessoa coletiva de direito público, enquanto EPE integrada no SNS, e constitui-se por junção das três unidades de saúde anteriormente referidas, conforme documenta a **Figura 7**:

Figura 7 | Criação do CHBV



Fonte: Elaboração própria. Adaptado do Relatório e Contas CHBV 2013

Os seus órgãos dirigentes iniciaram funções a 24 de fevereiro de 2012 pelo que a operacionalização desta nova estrutura só teve início a partir daquela data, muito embora o seu diploma de constituição previsse o início de funções em 1 de abril de 2011.

No seu regulamento interno, o CHBV assume como missão *“prestar, em tempo útil e com um elevado nível de qualidade, efetividade, eficiência e custos socialmente comportáveis, cuidados de saúde diferenciados, articulando-se com outros Serviços de Saúde e Sociais da Comunidade que serve, bem como a Rede de Cuidados de Saúde Primários e com a Rede Nacional de Cuidados Integrados, apostando na motivação e satisfação dos seus Profissionais e Colaboradores”* (Regulamento Interno CHBV, artigo 3º, n.º1).

Faz, igualmente, parte do regulamento interno do CHBV a função de *“assegurar, a cada utente, os cuidados de que, efetivamente carece de acordo com as melhores práticas médicas e numa lógica de governação clínica, promovendo, simultaneamente, uma eficiente utilização dos recursos disponíveis”* (Regulamento Interno CHBV, artigo 3º, n.º2)

Estrutura Organizacional

Quanto à estrutura organizativa, o CHBV consagra a organização dos serviços de acordo com as seguintes áreas:

Figura 8| Estrutura Organizativa CHBV



Fonte: Elaboração própria. Adaptado do Relatório e Contas CHBV 2013

Paralelamente, encontram-se definidas e criadas comissões de apoio técnico e de assessoria direta ao Conselho de Administração (**Anexo II**).

Área de influência

O CHBV detém uma área de influência física que corresponde, praticamente, à totalidade do “Baixo Vouga” com exceção dos concelhos de Ovar, Anadia e Mealhada. Esta sub-região limita a Norte com o Grande Porto e o Entre Douro e Vouga; a Leste com o Dão-Lafões; a Sul com o Baixo Mondego e a Oeste com o Oceano Atlântico.

Figura 9| Mapa Área de Influência de Aveiro



Fonte: Relatório de Atividades ACES Baixo Vouga 2014

O **Anexo III** mostra, para cada um dos concelhos da área de influência do CHBV, a distância em quilómetros (km) e o tempo médio de distância (TMD) para os meios de transporte carro e comboio.

Destaca-se o concelho de Sever de Vouga como o mais distante quando o local da prestação do serviço de saúde é Aveiro (47,9 km) ou Estarreja (42,2 km).

Por outro lado, quando o local da prestação do serviço de saúde é Águeda, os utentes com residência em Vagos encontram-se geograficamente mais afastados, cerca de 46 km. No entanto, é o concelho da Murtosa que dista em 45 minutos de TMD de carro.

Porém, a delimitação geográfica da intervenção definida para o CHBV não pode conflitar o princípio da universalidade e da liberdade de escolha no respeito pelas regras de organização e de articulação com as Redes de Referência Hospitalares e de Cuidados de Saúde Primários (Relatório e Contas CHBV, 2013).

Um dos principais fatores de sucesso de um processo de centralização de estruturas hospitalares prende-se com a promoção do acesso dos utentes aos serviços hospitalares para efeitos terapêuticos, nomeadamente de consulta externa e para intervenção cirúrgica.

Esse desiderato, presente na constituição do CHBV (Relatório e Contas 2013 CHBV, 2013), consegue-se pelas seguintes vias:

- ⇒ Concentração de serviços clínicos potenciando a rentabilização dos recursos conjuntos em termos de oferta;
- ⇒ Centralização das listas de espera uniformizando toda a região conseguindo reduzir demoras médias e medianas por força da nivelção quantitativa das listas de espera dos hospitais anteriormente consideradas de forma isolada;
- ⇒ Depuração de repetição de episódios em lista de espera para uma mesma eventual terapêutica; e
- ⇒ Descentralização da oferta pelas várias instituições hospitalares promovendo a maior acessibilidade dos utentes aos serviços oferecidos.

Serviços e Valências

A **Tabela 6** identifica a oferta de serviços e valências para os três hospitais de acordo com as suas linhas de atividade de prestação de cuidados.

Tabela 6 | Oferta de Serviços e Valências nos 3 Hospitais

Serviços e Valências	Aveiro		Águeda		Estarreja	
	2011	2015	2011	2015	2011	2015
Internamento	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Maternidade/Serviço de Partos	Sim	Sim	Não	Não	Não	Não
Consultas Externas	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Intervenções Cirúrgicas	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Não
Serviço de Urgência	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Não
Atos Complementares de Diagnóstico	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Atos Complementares de Terapêutica	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Sessões de Tratamento	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	Sim
Integração na Rede Nacional/Regional de Cuidados Continuados Integrados	Não	Não	Não	Não	Não	Não

Fonte: Elaboração própria. Adaptado dos dados dos 3 hospitais para o Inquérito aos Hospitais realizado pelo INE em 2012 e 2016

Da análise à tabela *supra* realça-se o facto do Hospital de Águeda no ano 2011 não dispor de “Sessões de Tratamento” e em 2015 os utentes passaram a ter acesso a esse serviço. Em contrapartida, em 2015 deixaram de se realizar “Intervenções Cirúrgicas” no Hospital de Estarreja conforme se observa na **Tabela 6**.

Recursos Físicos

De seguida apresentam-se os recursos físicos afetos aos três hospitais que constituem o CHBV, nomeadamente número de camas e salas.

Tabela 7 | Recursos Físicos em 2011 e 2015

Recursos Físicos	Aveiro			Águeda			Estarreja		
	2011	2015	Δ (%)	2011	2015	Δ (%)	2011	2015	Δ (%)
Camas de internamento	319	357	12% ↗	89	22	-75% ↘	41	23	-44% ↘
Outras Camas*	51	72	41% ↗	6	22	267% ↗	1	0	-100% ↘
Salas Operatórias	6	5	-17% ↘	2	2	0%	1	0	-100% ↘
Salas de Partos	1	1	0%	0	0		0	0	
Salas para Trabalho de Parto	5	5	0%	0	0		0	0	
Salas de Consulta	93	93	0	15	14	-7% ↘	5	8	60% ↗

* inclui cadeirões

Fonte: Elaboração própria. Adaptado dos dados dos 3 hospitais para o Inquérito aos Hospitais realizado pelo INE em 2012 e 2016

Ao analisar a **Tabela 7** no que diz respeito a camas e salas, verificou-se uma perda significativa destes recursos no Hospital de Estarreja, nomeadamente a extinção da sala operatória, de “outras camas” e uma redução de 44% de camas de internamento entre 2011 e 2015. O Hospital de Águeda também refletiu um decréscimo de camas de internamento (-75%). Em contrapartida, o Hospital de Aveiro aumentou o número de camas de internamento em 12% e “outras camas” (inclui cadeirões) em 41%. No que se refere às salas operatórias verificou-se o fecho de uma das salas.

Recursos Humanos

Na tabela *infra* apresentam-se os recursos humanos, por grupo profissional, afetos a cada um dos três hospitais em análise.

Tabela 8 | Recursos Humanos em 2011 e 2015

Recursos Humanos	2011			Total	2015	Δ (%)
	Aveiro	Águeda	Estarreja		CHBV EPE	
Médicos	257	19	9	285	328	15% ↗
Enfermeiros	545	99	29	673	655	-3% ↘
Pessoal de Gestão	14	2	2	18	15	-17% ↘
Técnicos Superiores de Saúde	19	2	2	23	21	-9% ↘
Técnicos Superiores	19	1	2	22	18	-18% ↘
Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica	90	19	9	118	115	-3% ↘
Pessoal Técnico-Profissional e Administrativo	120	33	0	153	138	-10% ↘
Pessoal Auxiliar	326	0	0	326	358	10% ↗
Outros	3	46	0	49	8	-84% ↘
Total	1.393	221	53	1.667	1.656	-1%

Fonte: Elaboração própria. Adaptado dos dados dos 3 hospitais para o Inquérito aos Hospitais realizado pelo INE em 2012 e 2016

Da análise à **Tabela 8** verifica-se uma ligeira diminuição no número de profissionais, entre 2011 e 2015, à exceção do aumento do número dos médicos (15%)¹⁷.

¹⁷ No caso concreto do pessoal auxiliar (10%) poderá ter existido uma falha no preenchimento dos dados. Em 2011, Águeda e Estarreja apresentaram zero elementos para esta categoria profissional. Relativamente a “Outros”, no Inquérito do INE, diz respeito a todas as outras categorias não mencionadas anteriormente.

5. Objetivos

O presente estudo tem como principal objetivo avaliar o impacto da criação do CHBV na perspetiva do acesso à primeira consulta de especialidade e à cirurgia programada, comparando o período pré fusão (31/12/2011) e pós fusão (31/12/2015) das três unidades hospitalares: Hospital Infante D. Pedro de Aveiro, Hospital Visconde Salreu de Estarreja e Hospital Distrital de Águeda.

Como ponto de partida, a pergunta de investigação que se colocou foi a seguinte:

- ⇒ A criação do CHBV melhorou o acesso dos utentes à primeira consulta de especialidade e à cirurgia programada?

Considerando a pergunta de investigação bem como o objetivo principal do presente estudo, a investigação orientou-se pelos seguintes objetivos específicos, avaliar:

1. O acesso às primeiras consultas, com base na variação de primeiras consultas realizadas entre 2011 e 2015;
2. Os tempos de espera das primeiras consultas, analisando a variação dos pedidos de consulta entre 2011 e 2015;
3. O acesso às cirurgias programadas, analisando a variação de cirurgias realizadas entre 2011 e 2015; e
4. Os tempos de espera dos doentes em LIC, analisando a variação dos doentes em LIC entre 2011 e 2015;

Atendendo aos objetivos do estudo, de seguida apresenta-se a metodologia adotada.

6. Metodologia

Para a prossecução dos objetivos propostos foram realizadas pesquisas bibliográficas e análise documental e estatística para os períodos de 2011 e 2015.

A pesquisa bibliográfica efetuada permitiu uma reflexão profunda desta temática, cuja discussão na sua vertente mais teórica se pretendeu realçar nos primeiros pontos deste trabalho. Porém, entendeu-se ser pertinente complementar esta primeira reflexão com uma pesquisa mais objetiva. Ou seja, procurou-se, com base num conjunto de dados obtidos, tornar possível estabelecer uma comparação entre as primeiras consultas de especialidade e as cirurgias programadas antes e após a fusão do CHBV.

Para a análise foi recolhida informação junto do Gabinete de Planeamento e Controlo de Gestão (GPCG) do CHBV (relatórios, mapas estatísticos e documentos produzidos para os Inquéritos do INE ao Hospital Infante D. Pedro de Aveiro, Hospital Visconde Salreu de Estarreja e Hospital Distrital de Águeda para o ano 2011 e 2015) e do Departamento de Planeamento e Contratualização – Área Funcional de Cuidados Hospitalares da Administração Regional de Saúde do Centro (ARSC) (base de dados relativa aos anos 2011 e 2015 com informação relativa às consultas realizadas, lista de espera da consulta, cirurgias realizadas e lista de espera cirúrgica).

Os dados obtidos foram devidamente autorizados pelo Conselho de Administração do CHBV e solicitados ao Coordenador do GPCG e à ARSC via correio eletrónico.

As variáveis consideradas para este estudo, no que diz respeito à consulta externa, foram as seguintes:

- ⇒ Tipologia da Consulta: primeiras;
- ⇒ Especialidade médica: todas as especialidades médicas que realizaram consultas externas;
- ⇒ Tempo de espera: *On Time* (as consultas realizadas dentro do número de dias indicado para o respetivo nível de prioridade) e *Out Time* (as consultas realizadas fora do número de dias indicado para o respetivo nível de prioridade).

No que se refere à cirurgia programada, as variáveis utilizadas foram as seguintes:

- ⇒ Tipo de Cirurgia: ambulatório e convencional;
- ⇒ Especialidade cirúrgica: todas as especialidades cirúrgicas que realizaram cirurgias programadas;
- ⇒ Tempo de espera: *On Time* (as cirurgias realizadas dentro do número de dias indicado para o respetivo nível de prioridade) e *Out Time* (as cirurgias realizadas fora do número de dias indicado para o respetivo nível de prioridade).

Definidas as variáveis em estudo e tendo como premissa os objetivos propostos, procedeu-se de seguida ao tratamento e análise dos dados com o recurso ao programa informático Microsoft Excel que demonstrou ser suficiente para o tipo de análises aqui desenvolvidas.

Relativamente ao primeiro objetivo específico - *“avaliar o acesso às primeiras consultas, com base na variação de consultas realizadas entre 2011 e 2015”* - a análise incidiu nas primeiras consultas de especialidade¹⁸ uma vez que são a porta de entrada dos utentes nos cuidados de saúde hospitalares, salvo em situações de urgência/emergência. O que aliado ao facto de existirem TMRG legalmente fixados justificam a pertinência de serem utilizadas como elemento relevante de análise e avaliação do acesso dos utentes ao CHBV.

Para a concretização deste objetivo foi utilizado o cálculo da *“taxa de acessibilidade”* que pondera o peso das primeiras consultas no total das consultas realizadas. Ou seja, mede o grau de acesso dos utentes às consultas externas¹⁹.

Numa primeira fase apresentou-se o total das três unidades nos anos 2011 e 2015. Posteriormente, foi escalpelizado por especialidade a variação de primeiras consultas bem como a taxa de acessibilidade.

¹⁸ Segundo a Portaria 615/2008 de 11 de julho, a primeira consulta é definida como a *“consulta médica em hospital em que o utente é examinado pela primeira vez num serviço de especialidade/valência e referente a um episódio de doença.”* Ou seja, a primeira consulta tem origem nas unidades de cuidados de saúde primários, e é agendada de acordo com os critérios de prioridade clínica e de antiguidade do registo do pedido de consulta.

¹⁹ De acordo com a Portaria n.º 234/2015 de 7 de agosto, entende-se por Consulta Externa o *“ato em saúde no qual um profissional de saúde avalia a situação clínica de uma pessoa e procede ao planeamento da prestação de cuidados de saúde. A consulta pressupõe um registo que contenha a identificação da pessoa, a data e a hora, os profissionais envolvidos e as ações tomadas, podendo ser presencial e/ou mediada por tecnologias de informação, ou não presencial, e ser realizada por um profissional de saúde ou vários”*.

No que diz respeito ao segundo objetivo específico – *“avaliar os tempos de espera das primeiras consultas, analisando a variação dos pedidos de consulta entre 2011 e 2015”* – a análise centrou-se, numa primeira fase, no número de utentes a aguardar por uma primeira consulta e, numa fase posterior, na análise ao tempo de espera²⁰, uma vez que é o indicador que melhor traduz o nível de acesso. Para a análise do tempo de espera para primeira consulta teve-se presente os TMRG legalmente estipulados pelo Decreto-Lei 1529/2008 de 26 de dezembro (**Anexo I**). Nesta análise, de acordo com a informação obtida pela ARSC, apenas foram observados os pedidos de consultas que entraram no CHBV referenciados pela aplicação CTH, ou seja não foram contemplados os utentes para os quais deu entrada um pedido de consulta em formato papel. Relativamente a estes utentes foi impossível obter qualquer informação, uma vez que existiam algumas unidades de cuidados de saúde primários que não enviavam os pedidos de marcação de consultas através do sistema de informação que suporta aquela aplicação por não disporem do equipamento adequado para aplicação do sistema (Tribunal de Contas, 2009).

Por outro lado, de forma a efetuar-se uma análise mais detalhada aos TMRG, foram analisadas as especialidades que realizaram primeiras consultas *On Time* e *Out Time*.

Por último, foram analisados os tempos de espera utilizando como medidas o tempo máximo e o tempo médio até à data de agendamento da primeira consulta de especialidade.

Para a realização do terceiro objetivo específico – *“avaliar o acesso às cirurgias programadas, analisando a variação de cirurgias realizadas entre 2011 e 2015”* - a análise incidiu no número de intervenções cirúrgicas²¹ realizadas entre os dois períodos em estudo. Para avaliar o acesso à cirurgia programada, ou seja *“aquela que é efetuada no bloco operatório com data de realização previamente marcada e não inclui a pequena cirurgia”* (Regulamento do SIGIC (Portaria 45/2008 de 15 de Janeiro, Anexo, Parte II), optou-se por realizar uma análise por tipologia: cirurgia de ambulatório e convencional.

²⁰ De acordo com o INE, o tempo de espera é o *“número de dias seguidos (incluindo sábados, domingos e feriados) que medeia entre a requisição de um evento em saúde e a sua realização ou cancelamento.”*

²¹ De acordo com o Regulamento do SIGIC, as intervenções cirúrgicas dizem respeito ao *“ato ou mais atos operatórios realizados por um ou mais cirurgiões no bloco operatório na mesma sessão”*;

Por último, no quarto objetivo específico – *“avaliar os tempos de espera dos doentes em LIC, analisando a variação dos doentes em LIC entre 2011 e 2015”* – a análise, inicialmente, incidiu no número de doentes em LIC e no tempo de espera para intervenção cirúrgica, ou seja *“no número de dias de calendário que medeia entre o momento em que é proposta uma intervenção cirúrgica pelo médico especialista e a observação, o cancelamento do registo ou a saída do utente da LIC”* (Regulamento do SIGIC (Portaria 45/2008 de 15 de Janeiro, Anexo, Parte II). Os tempos de espera foram analisados utilizando como medidas de tendência central a média e a mediana. Porém, para enriquecer esta análise foi, ainda, observado o tempo de espera das intervenções cirúrgicas realizadas *On Time* e *Out Time* tendo em conta os TMRG legalmente estipulados para as cirurgias programadas (**Anexo I**).

7. Resultados

De seguida apresentam-se os resultados obtidos no que diz respeito à análise descritiva da primeira consulta de especialidade e cirurgia programada, entre 2011 e 2015.

7.1. Primeiras Consultas

Neste capítulo apresentam-se os dados obtidos para a primeira consulta de especialidade entre 2011 e 2015 (ano pré e pós fusão, respetivamente) recorrendo a duas abordagens: num primeiro momento na análise das consultas realizadas e, num segundo momento, ao tempo de espera das mesmas.

7.1.1. Consultas Realizadas

A **Tabela 9** apresenta as consultas realizadas por tipologia assim como a taxa de acessibilidade para o período de 2011 e 2015.

Tabela 9 | Consultas Realizadas por Tipologia em 2011 e 2015

Tipo de Consulta	2011	2015	Δ (abs)	Δ (%)	
Primeiras Consultas	69.976	58.641	-11.335	-16%	↘
Consultas Subsequentes	140.713	147.750	7.037	5%	↗
Total de Consultas	210.689	206.391	-4.298	-2%	↘
Taxa de Acessibilidade	33%	28%	n/a	-5%	

Fonte: Elaboração própria com base nos dados da ARSC

Assim, de acordo com os dados obtidos (**Tabela 9**), a taxa de acessibilidade diminuiu 5 p.p. entre 2011 e 2015. Para tal, contribuiu o decréscimo de 16% das primeiras consultas de especialidade. Em 2015 realizaram-se menos 11 335 primeiras consultas face às realizadas em 2011.

A acompanhar a tendência decrescente das primeiras consultas, também o total das consultas externas diminuiu, em 2015, tendo sido realizadas menos 4 298 consultas, o que corresponde a um decréscimo de 2% face a 2011.

A **Tabela 10** refere-se às primeiras consultas realizadas assim como à taxa de acessibilidade entre 2011 e 2015 desagregadas por especialidade.

Tabela 10| Primeiras Consultas Realizadas e Taxa de Acessibilidade (por Especialidade) entre 2011 e 2015

Especialidades	N.º Primeiras Consultas				Taxa de Acessibilidade				
	2011	2015	Δ (abs)	Δ (%)	2011	2015	Δ (%)		
Anestesiologia	5 362	5 647	285	5%	↗	91%	95%	4%	↗
Cardiologia	2 553	2 550	-3	0%	↗	24%	23%	-1%	↘
Cirurgia Geral	7 381	4 819	-2 562	-35%	↘	36%	28%	-8%	↘
Dermatologia	1 203	2 647	1 444	120%	↗	30%	42%	12%	↗
Dor	836	833	-3	0%		18%	18%	0%	
Endocrinologia e Nutrição	1 481	1 866	385	26%	↗	18%	22%	4%	↗
Estomatologia	430	648	218	51%	↗	12%	16%	3%	↗
Gastroenterologia	1 095	667	-428	-39%	↘	22%	20%	-2%	↘
Ginecologia	3 128	2 455	-673	-22%	↘	37%	31%	-6%	↘
Hematologia Clínica	354		-354	-100%	↘	13%	0%	-13%	↘
Imuno-alergologia	680	618	-62	-9%	↘	20%	27%	7%	↗
Imuno-hemoterapia	559	466	-93	-17%	↘	8%	9%	1%	↗
Infeciologia	536	491	-45	-8%	↘	19%	15%	-5%	↘
Medicina Física e Reabilitação	1 674	1 233	-441	-26%	↘	35%	30%	-5%	↘
Medicina Interna	1 792	1 277	-515	-29%	↘	16%	12%	-4%	↘
Nefrologia	367	512	145	40%	↗	25%	21%	-4%	↘
Neurologia	1 287	743	-544	-42%	↘	31%	19%	-12%	↘
Obstetrícia	3 162	3 429	267	8%	↗	41%	45%	5%	↗
Oftalmologia	11 658	5 367	-6 291	-54%	↘	60%	29%	-30%	↘
Oncologia Médica	574	565	-9	-2%	↘	13%	30%	17%	↗
Ortopedia	9 757	6 677	-3 080	-32%	↘	42%	35%	-7%	↘
Otorrinolaringologia	2 993	3 217	224	7%	↗	44%	35%	-8%	↘
Pediatria	5 788	5 790	2	0%		49%	37%	-12%	↘
Pneumologia	1 249	1 252	3	0%		36%	22%	-14%	↘
Psiquiatria	1 213	1 453	240	20%	↗	11%	14%	3%	↗
Psiquiatria da Infância e Adolescência (Instituição)	207	267	60	29%	↗	14%	21%	7%	↗
Reumatologia	783	634	-149	-19%	↘	17%	11%	-6%	↘
Urologia	1 836	2 255	419	23%	↗	26%	28%	2%	↗
Outras Especialidades/Médicas	38	263	225	592%		10%	31%	21%	
Total	69 976	58 641	-11 335	-16%		33%	28%	-5%	

Fonte: Elaboração própria com base nos dados da ARSC

No que diz respeito às primeiras consultas, conforme se pode observar na **Tabela 10**, no total das 29 especialidades analisadas verificou-se um decréscimo, em termos de variação percentual nas primeiras consultas em 14 especialidades enquanto 11 aumentaram esta

percentagem e as restantes 4 mantiveram. Nas especialidades que se destacaram com uma variação positiva encontramos: Dermatologia (120%), Estomatologia (51%), Nefrologia (40%) e Endocrinologia e Nutrição (26%).

No polo oposto, as especialidades que se destacaram com um decréscimo expressivo nas primeiras consultas foram: Oftalmologia (-54%), Neurologia (-42%), Gastroenterologia (-39%), Cirurgia Geral (-35%) e Ortopedia (-32%). Importa, ainda, referir a especialidade de Hematologia Clínica como uma das especialidades que contribuiu para a diminuição de primeiras consultas (-100%).

Não nos é possível saber de que forma a formação do CHBV contribuiu diretamente para estas variações. No entanto, sabe-se que especialidades como a Hematologia Clínica foram extintas no CHBV, por questões clínicas, tendo sido os doentes transferidos por referência para o Centro Hospitalar Universitário de Coimbra, colocando-se, por esta via, maiores constrangimentos no acesso aos cuidados destes pacientes.

Não obstante, convém mencionar que, conforme revelou a **Tabela 1**, a população residente no Baixo Vouga diminuiu 1% de 2011 para 2013. O que quer dizer que, ao verificar-se menos pessoas residentes nesta área de influência, é compreensível que estejam menos utentes aguardar por uma consulta de especialidade.

Nesta análise, é importante ter em conta que o índice de envelhecimento no Baixo Vouga aumentou 8% (**Tabela 3**). Isto é, se o aumento da esperança média de vida é amplamente reconhecida como uma importante conquista, constata-se também que a mesma conduz a mudanças nas principais causas de mortalidade da população, uma vez que à medida que as pessoas atingem idades mais avançadas, há um aumento no risco de aquisição de doenças crónicas e degenerativas com fortes implicações na utilização de cuidados e serviços de saúde.

De acordo com a publicação da Direção Geral de Saúde, (...) *“em alguns países da OCDE, entre 40% a 50% dos gastos com saúde são atribuídos aos idosos e o custo per capita daqueles que possuem mais de 65 anos é 3 a 5 vezes maior que dos outros grupos etários”* (DGS, 2014, p.8) e ainda na mesma publicação lê-se que *“Portugal ostenta uma elevada percentagem (26,6%) de pessoas idosas, sendo expectável que esse valor aumente para*

40,4% até 2050, passando de oitavo para segundo lugar relativamente à população idosa, entre 195 países” (DGS, 2014, p.19).

No que se refere à taxa de acessibilidade, entre 2011 e 2015, as especialidades que se destacaram com uma redução no rácio de primeiras consultas sobre o total de consultas foram: Oftalmologia (-30%), Pneumologia (-14%), Hematologia Clínica (-13%), Neurologia (-12%) e Pediatria (-12%).

Por outro lado, as especialidades evidenciaram uma taxa de acessibilidade mais acentuada, entre 2011 e 2015, foram: Oncologia Médica (17%) e Dermatologia (12%).

Da análise aos dados, não nos é possível sustentar hipóteses explicativas para estas diferenças. No entanto, podemos levantar a hipótese de alguns médicos destas especialidades se tenham dedicado mais à prática privada diminuindo a capacidade de oferta do CH. Por outro lado, também poderá ter havido alterações na incidência de certas doenças na população o que significa que a redução do número de consultas se ficaria a dever a uma diminuição dos pedidos de consulta.

7.1.2. Tempos de Espera

De seguida são analisados e apresentados os dados referentes à variação nos pedidos de primeira consulta. A **Tabela 11** mostra a situação dos pedidos de primeira consulta de especialidade hospitalar solicitados ao CHBV, via CTH, pelas unidades de cuidados primários em 2011 e 2015.

Tabela 11| Pedidos aguardar Primeira Consulta de Especialidade em 2011 e 2015 (CTH)

Especialidades	2011	2015	Δ (abs)	Δ (%)	
Anestesiologia	29	47	18	62%	↗
Cardiologia	590	357	-233	-39%	↘
Cirurgia	1.895	1.356	-539	-28%	↘
Dermatologia	4.367	2.365	-2.002	-46%	↘
Endocrinologia-Nutrição	1.095	438	-657	-60%	↘
Estomatologia	1.043	452	-591	-57%	↘
Gastroenterologia	583	579	-4	-1%	↘
Ginecologia	1.088	737	-351	-32%	↘
Hematologia Clínica	454	1	-453	-100%	↘
Imuno-alergologia	347	287	-60	-17%	↘
Imuno-hemoterapia	18	16	-2	-11%	↘
Infeciologia	6	25	19	317%	↗
Medicina Física e Reabilitação	32	29	-3	-9%	↘
Medicina Interna	135	102	-33	-24%	↘
Nefrologia	308	148	-160	-52%	↘
Neurologia	169	695	526	311%	↗
Obstetrícia	318	253	-65	-20%	↘
Oftalmologia	5.718	5.193	-525	-9%	↘
Oncologia Médica	18	0	-18	-100%	↘
Ortopedia	1.015	1.143	128	13%	↗
Otorrinolaringologia	2.709	812	-1.897	-70%	↘
Pediatria	367	267	-100	-27%	↘
Pneumologia	356	543	187	53%	↗
Psiquiatria -Consulta Geral	229	171	-58	-25%	↘
Psiquiatria da Infância e Adolescência	173	58	-115	-66%	↘
Reumatologia	586	397	-189	-32%	↘
Urologia	650	150	-500	-77%	↘
Total	24.298	16.621	-7.677	-32%	

Fonte: Elaboração própria com base nos dados da ARSC

Da tabela *supra*, verifica-se uma redução na procura de consulta, isto é o número de pedidos a aguardar primeira consulta diminuiu em 7 677 doentes de 2011 para 2015, o que significa um decréscimo de 32%.

As especialidades que mais contribuíram para esse decréscimo foram Hematologia Clínica (-100%), Oncologia Médica (-100%), Urologia (-77%), Otorrinolaringologia (-70%), Psiquiatria da Infância e adolescência (-66%), Endocrinologia-Nutrição (-60%) e Estomatologia (-57%).

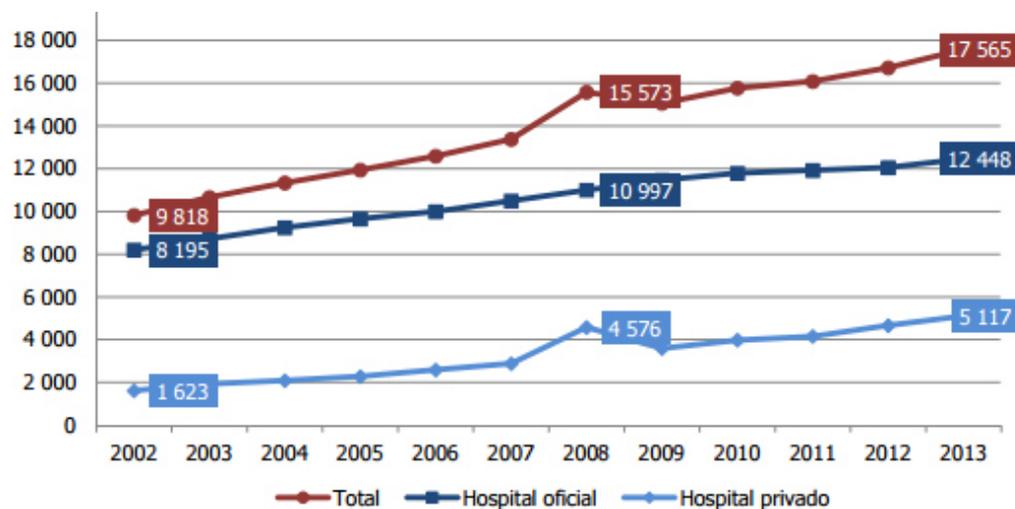
Por outro lado, os acréscimos mais significativos em termos de doentes em lista de espera para uma primeira consulta de especialidade registaram-se nas especialidades de Infeciologia (317%), Neurologia (311%), Anestesiologia (62%) e Pneumologia (53%).

Mais uma vez não nos é possível sustentar hipóteses explicativas para estas diferenças. No entanto, pode estar relacionado com um aumento da preferência dos utentes por outro tipo de serviços de saúde (por exemplo, no setor privado).

Neste sentido, e no âmbito do Dia Mundial da Saúde, o INE divulgou um conjunto de dados em que salienta que *“as consultas médicas no âmbito da consulta externa dos hospitais privados mais do que triplicaram em 11 anos”* (Destaque INE, abril 2015, p.4).

O **Gráfico 1** revela que, em 2002, os hospitais privados asseguraram 16,5% do total de consultas médicas realizadas no âmbito da consulta externa dos hospitais portugueses (cerca de 1,6 milhões de consultas), enquanto em 2013 foram responsáveis por 29% (cerca de 5,1 milhões de consultas).

Gráfico 1- Consultas Externas dos Hospitais Portugueses em milhares (2002-2013)



Fonte: Destaque INE, 6 de abril 2015, p.4

A **Tabela 12** apresenta as primeiras consultas realizadas via CTH *On Time* e *Out Time* em 2011 por especialidade.

Tabela 12| Primeiras Consultas Realizadas *On Time* e *Out Time* em 2011 (CTH)

Especialidades	Total 1ª Consultas realizadas 2011				TOTAL
	<i>On Time</i>	%	<i>Out Time</i>	%	
Anestesiologia	110	98%	2	2%	112
Cardiologia	563	65%	308	35%	871
Cirurgia	1 459	51%	1 388	49%	2 847
Dermatologia	65	13%	421	87%	486
Endocrinologia - Nutrição	101	27%	270	73%	371
Estomatologia	0	0%	6	100%	6
Gastroenterologia	95	20%	373	80%	468
Ginecologia	552	42%	775	58%	1 327
Hematologia Clínica	42	30%	98	70%	140
Imunoalergologia	186	72%	71	28%	257
Imuno-hemoterapia	9	64%	5	36%	14
Infeciologia	41	98%	1	2%	42
Medicina Física e Reabilitação	15	68%	7	32%	22
Medicina Interna	278	75%	94	25%	372
Nefrologia	22	11%	170	89%	192
Neurologia	447	95%	25	5%	472
Obstetrícia	615	76%	192	24%	807
Oftalmologia	183	5%	3 682	95%	3 865
Oncologia Médica	6	67%	3	33%	9
Ortopedia	2 072	68%	987	32%	3 059
Otorrinolaringologia	146	21%	550	79%	696
Pediatria	415	73%	153	27%	568
Pneumologia	184	54%	158	46%	342
Psiquiatria -Consulta Geral	227	62%	142	38%	369
Psiquiatria da Infância e Adolescência	25	27%	68	73%	93
Reumatologia	26	8%	308	92%	334
Urologia	226	31%	504	69%	730
Total	8 110	43%	10 761	57%	18 871

Fonte: Elaboração própria com base nos dados da ARSC

Da análise à **Tabela 12** destaca-se que o total das 69 976 primeiras consultas realizadas em 2011, apenas 18 871 (26,9%) foram referenciadas via CTH. Destas, 43% foram referenciadas *On Time* e 57% *Out Time*. Tendo em atenção estes dados, os resultados que aqui expostos estão longe de incluir toda a realidade do CHBV.

Importa referir que as especialidades que realizaram primeiras consultas *On Time* foram Anestesiologia (98%), Infeciologia (98%), Neurologia (95%), Obstetrícia (76%), Medicina Interna (75%), Pediatria (73%) e Imunoalergologia (72%).

As especialidades que realizaram primeiras consultas *Out Time* foram Estomatologia (100%), Oftalmologia (95%), Reumatologia (92%), Nefrologia (89%), Dermatologia (87%), Gastroenterologia (80%) e Otorrinolaringologia (79%).

De seguida, na **Tabela 13**, apresentam-se as primeiras consultas realizadas via CTH *On Time* e *Out Time* em 2015 por especialidade.

Tabela 13 | Primeiras Consultas Realizadas *On Time* e *Out Time* em 2015 (CTH)

Especialidades	Total 1ª Consultas realizadas 2015				
	<i>On Time</i>	%	<i>Out Time</i>	%	TOTAL
Anestesiologia	174	98%	4	2%	178
Cardiologia	965	70%	415	30%	1 380
Cirurgia	2 629	79%	679	21%	3 308
Dermatologia	22	1%	1 782	99%	1 804
Endocrinologia	451	43%	607	57%	1 058
Estomatologia	66	19%	289	81%	355
Gastroenterologia	122	37%	211	63%	333
Ginecologia	708	46%	826	54%	1 534
Hematologia Clínica	0		0		0
Imunoalergologia	52	27%	143	73%	195
Imuno-hemoterapia	43	90%	5	10%	48
Infeciologia	119	98%	3	2%	122
Medicina Física e Reabilitação	51	88%	7	12%	58
Medicina Interna	387	97%	12	3%	399
Nefrologia	327	98%	5	2%	332
Neurologia	64	21%	245	79%	309
Obstetrícia	1 545	98%	28	2%	1 573
Oftalmologia	2 681	64%	1 482	36%	4 163
Oncologia Médica	6	100%	0	0%	6
Ortopedia	4 212	99%	38	1%	4 250
Otorrinolaringologia	200	12%	1 499	88%	1 699
Pediatria	591	73%	222	27%	813
Pneumologia	401	74%	138	26%	539
Psiquiatria -Consulta Geral	521	94%	33	6%	554
Psiquiatria da Infância e Adolescência	104	70%	44	30%	148
Reumatologia	99	31%	216	69%	315
Urologia	897	66%	459	34%	1 356
Total	17 437	65%	9 392	35%	26 829

Fonte: Elaboração própria com base nos dados da ARSC

Da análise à **Tabela 13** verifica-se que o número de primeiras consultas realizadas em 2015 referenciadas via CTH aumentou em relação a 2011 (45,5%). Também o número de consultas realizadas *On Time* melhorou em 2015, passando para 65%.

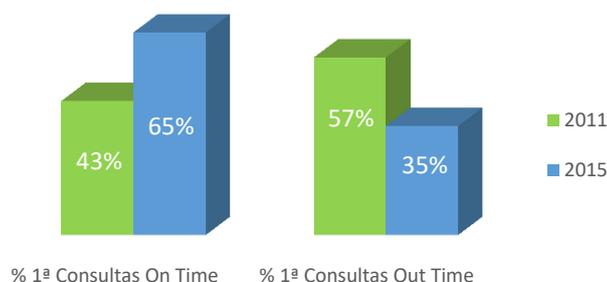
As especialidades que realizaram primeiras consultas *On Time*, em 2015, foram Oncologia Médica (100%), Ortopedia (99%), Obstetrícia (98%), Nefrologia (98%), Infeciologia (98%), Anestesiologia (98%), Medicina Interna (97%), Imuno-hemoterapia (90%), Psiquiatria-Consulta Geral (94%) e Medicina Física e Reabilitação (88%).

No que concerne às especialidades que realizaram primeiras consultas *Out Time* foram Dermatologia (99%), Otorrinolaringologia (88%), Estomatologia (81%) e Neurologia (79%).

Recorrendo aos dados anteriormente apresentados, compreende-se que as especialidades ao realizarem menos consultas é expectável que realizem também menos consultas *Out Time*. Porém, importa destacar a especialidade de Neurologia pelo facto de que realizou menos primeiras consultas (-42%) e simultaneamente aumentou o número de consultas *Out Time* (de 5% em 2011 para 79% em 2015). No polo oposto, salientam-se as especialidades de Nefrologia, Obstetrícia e Psiquiatria que obtiveram um acréscimo de primeiras consultas (40%, 8% e 20% respetivamente) e concomitantemente também realizaram mais primeiras consultas *On Time* e menos *Out Time* de 2011 para 2015.

O **Gráfico 2** sintetiza a percentagem das primeiras consultas realizadas via CTH *On Time* e *Out Time* entre 2011 e 2015.

Gráfico 2 | % 1ª Consulta *On Time* e *Out Time* entre 2011 e 2015 (CTH)



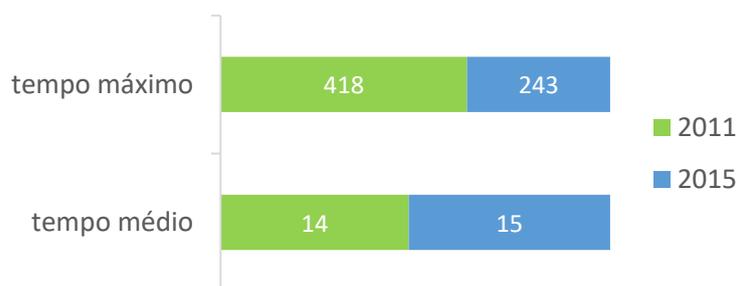
Fonte: Elaboração própria com base nos dados da ARSC

Da análise ao gráfico *supra* importa referir a melhoria de primeiras consultas realizadas *On Time*, entre 2011 e 2015, de 43% para 65%, assim como a redução de primeiras consultas realizadas *Out Time*, de 57% para 35%.

Este parece resultar num dado bastante positivo para o CHBV. Não obstante importa referir que existe uma limitação nestes dados pelo facto de incluírem apenas primeiras consultas realizadas via CTH. Não podemos escamotear a hipótese de existirem outros pedidos realizados por outras vias e que não são aqui contabilizados.

Neste âmbito, o **Gráfico 3** mostra o tempo máximo e o tempo médio até à data de agendamento para a primeira consulta (em dias) via CTH.

Gráfico 3 | Tempos de espera para Consulta (em dias)



Fonte: Elaboração própria com base nos dados da ARSC

Da análise ao gráfico *supra*, cumpre referir que o tempo médio de espera, em 2015, para o agendamento de primeira consulta de especialidade foi de 15 dias, mais 1 dia que em 2011.

No que diz respeito ao tempo máximo de agendamento de consulta verificou-se uma diminuição de 175 dias de 2015 para 2011, representando um decréscimo de 42%.

No capítulo seguinte apresentam-se os dados estatísticos obtidos para as cirurgias programadas antes e após a fusão do CHBV.

7.2. Cirurgias Programadas

À semelhança da análise efetuada para as primeiras consultas de especialidade, este capítulo apresenta os dados obtidos para a cirurgia programada no ano 2011 e 2015. Inicialmente apresentam-se os dados das cirurgias realizadas e, posteriormente, o tempo de espera das mesmas.

7.2.1. Cirurgias Realizadas

A **Tabela 14** apresenta o número de intervenções cirúrgicas programadas no ano 2011 e 2015 por tipologia (ambulatório e convencional).

Tabela 14| Intervenções Cirúrgicas Programadas

Especialidades	Total Cirurgias Programadas												
	2011			2015			Δ (abs)			Δ (%)			
	Amb.	Conv.	Total	Amb.	Conv.	Total	Amb.	Conv.	Total	Amb.	Conv.	Total	
Cardiologia	50	126	176	38	148	186	-12	22	10	-24%	17%	6%	↗
Cirurgia Geral	617	1393	2.010	997	719	1.716	380	-674	-294	62%	-48%	-15%	↘
Dermatologia	214		214	78		78	-136	0	-136	-64%		-64%	↘
Estomatologia	1	23	24		13	13	-1	-10	-11	-100%	-43%	-46%	↘
Ginecologia	823	651	1.474	803	413	1.216	-20	-238	-258	-2%	-37%	-18%	↘
Oftalmologia	1766	22	1.788	3222	59	3.281	1.456	37	1.493	82%	168%	84%	↗
Ortopedia	426	1504	1.930	1202	1124	2.326	776	-380	396	182%	-25%	21%	↗
Otorrinolaringologia	18	292	310	28	500	528	10	208	218	56%	71%	70%	↗
Urologia	10	324	334	155	414	569	145	90	235	1450%	28%	70%	↗
Total	3.925	4.335	8.260	6.523	3.390	9.913	2.598	-945	1.653	66%	-22%	20%	

Fonte: Elaboração própria com base nos dados da ARSC

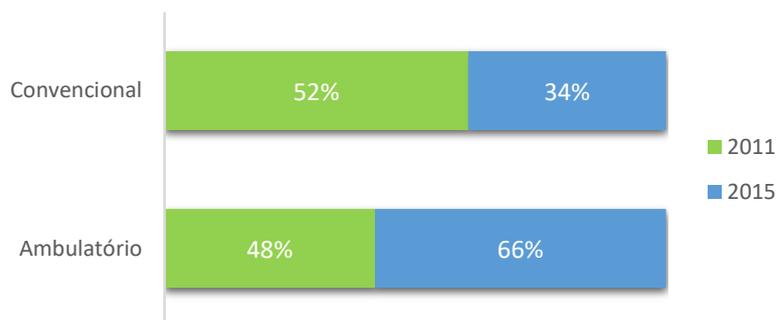
Conforme se pode observar na **Tabela 14**, em 2015 a atividade cirúrgica aumentou 20% comparativamente ao ano de 2011. Este acréscimo refletiu-se na realização de mais 1 653 intervenções cirúrgicas programadas que foi alavancado, essencialmente, pela produção de ambulatório (aumento de 66%).

Ainda da análise à tabela *supra*, por especialidade, verifica-se que o maior número de intervenções cirúrgicas se concentrou nas especialidades de Oftalmologia (84%), Otorrinolaringologia (70%) e Urologia (70%).

Por outro lado, as especialidades que se destacaram com piores performances foram Dermatologia (-64%), Estomatologia (-46%), Ginecologia (-18%) e Cirurgia Geral (-15%).

O **Gráfico 4** mostra a variação (em %) do tipo de cirurgia realizada entre 2011 e 2015.

Gráfico 4 | Tipo de Cirurgia em 2011 e 2015 (em %)



Fonte: Elaboração própria com base nos dados da ARSC

Conforme demonstra o gráfico *supra*, a percentagem de cirurgias de ambulatório no total de cirurgias programadas aumentou 18 p.p. entre 2011 e 2015, o que vai ao encontro dos desígnios nacionais no que respeita a esta prática, ou seja, privilegiar os cuidados prestados em ambulatório (médicos e cirúrgicos), em benefício da qualidade e conforto assistenciais, em detrimento dos cuidados prestados em internamento (cirurgia convencional). Desta forma, permite ao doente um maior conforto e uma menor exposição aos riscos do internamento hospitalar mantendo a mesma qualidade do acompanhamento médico.

7.2.2. Tempos de Espera

A **Tabela 15** mostra a variação do número de LIC em 2011 e 2015 por especialidade e tipologia (ambulatório e convencional).

Tabela 15 | Lista de Inscritos para Cirurgia em 2011 e 2015

Especialidades	2011			2015			LIC			Δ (%)			
	Amb.	Conv.	Total	Amb.	Conv.	Total	Amb.	Conv.	Total	Amb.	Conv.	Total	
Cardiologia	6	1	7	2	3	5	-4	2	-2	-67%	200%	-29%	✓
Cirurgia Geral	76	1558	1.634	222	1143	1.365	146	-415	-269	192%	-27%	-16%	✓
Dermatologia	0	0	0	20		20	20	0	20				
Estomatologia	0	0	0		1	1	0	1	1				
Ginecologia	136	299	435	155	125	280	19	-174	-155	14%	-58%	-36%	✓
Oftalmologia	596	448	1.044	511	182	693	-85	-266	-351	-14%	-59%	-34%	✓
Ortopedia	220	1225	1.445	522	720	1.242	302	-505	-203	137%	-41%	-14%	✓
Otorrino	1	219	220	10	442	452	9	223	232	900%	102%	105%	↗
Urologia	0	493	493	36	475	511	36	-18	18		-4%	4%	↗
Total	1.035	4.243	5278	1.478	3.091	4569	443	-1.152	-709	43%	-27%	-13%	

Fonte: Elaboração própria com base nos dados da ARSC

Da análise da tabela *supra* verifica-se que a dimensão de doentes a aguardarem por intervenção cirúrgica diminuiu 13%, o que corresponde a uma diminuição de 709 doentes relativamente ao ano de 2011. As especialidades que evidenciam um maior decréscimo são Ginecologia (-36%), Oftalmologia (-34%) e Cardiologia (-29%).

Ao mesmo tempo, a especialidade de Otorrinolaringologia assume a pior performance, neste indicador, registando um aumento de 105% na sua LIC.

A **Tabela 16** mostra o número de intervenções cirúrgicas realizadas *On Time* e *Out Time* entre 2011 e 2015 por especialidade.

Tabela 16| Intervenções Cirúrgicas *On Time* e *Out Time* em 2011 e 2015

Especialidades	<i>On Time</i>		<i>Out Time</i>		Total		Δ (abs)	% <i>On Time</i>		% <i>Out Time</i>			
	2011	2015	2011	2015	2011	2015		2011	2015	2011	2015		
Cardiologia	172	186	4		176	186	10	97,7%	100,0%	↗	2,3%	0,0%	↘
Cirurgia Geral	1716	1520	294	196	2.010	1.716	-294	85,4%	88,6%	↗	14,6%	11,4%	↘
Dermatologia	146	65	68	13	214	78	-136	68,2%	83,3%	↗	31,8%	16,7%	↘
Estomatologia	19	13	5		24	13	-11	79,2%	100,0%	↗	20,8%	0,0%	↘
Ginecologia	1151	1213	323	3	1.474	1.216	-258	78,1%	99,8%	↗	21,9%	0,2%	↘
Oftalmologia	1610	2752	178	529	1.788	3.281	1.493	90,0%	83,9%	↘	10,0%	16,1%	↗
Ortopedia	1760	2221	170	105	1.930	2.326	396	91,2%	95,5%	↗	8,8%	4,5%	↘
Otorrinolaringologia	266	440	44	88	310	528	218	85,8%	83,3%	↘	14,2%	16,7%	↗
Urologia	219	424	115	145	334	569	235	65,6%	74,5%	↗	34,4%	25,5%	↘
Total	7.059	8.834	1.201	1.079	8.260	9.913	1.653	85%	89%		15%	11%	

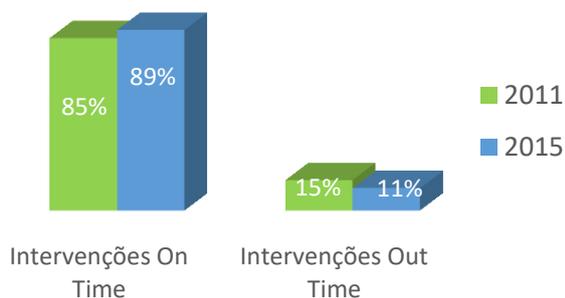
Fonte: Elaboração própria com base nos dados da ARSC

Analisando a componente relativa à percentagem de inscritos que ultrapassaram os TMRG, conforme a desagregação por especialidade evidenciada na **Tabela 16**, as especialidades que obtiveram os melhores tempos de espera, ou seja, as especialidades que apresentaram uma percentagem de doentes cirúrgicos tratados dentro do TMRG (*On Time*) foram Cardiologia e Estomatologia (100%), Ginecologia (99,8%), Ortopedia (95,5%), Cirurgia (88,6%), Dermatologia (83,3%) e Urologia (74,5%).

As especialidades que apresentaram uma redução dos doentes tratados *On Time* foram Oftalmologia (83,9%) e Otorrinolaringologia (83,3%). Concomitantemente, também apresentaram uma percentagem de doentes cirúrgicos tratados fora do tempo adequado (*Out Time*) atingindo rácios de 16,1% para Oftalmologia e 16,7% para a especialidade de Otorrinolaringologia.

Neste âmbito, o **Gráfico 5** resume a percentagem de intervenções cirúrgicas *On Time* e *Out Time* entre 2011 e 2015.

Gráfico 5 | % Intervenções Cirúrgicas *On Time* e *Out Time* entre 2011 e 2015



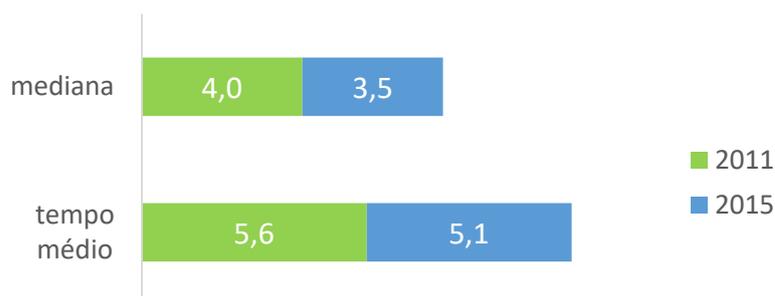
Fonte: Elaboração própria com base nos dados da ARSC

Da análise ao gráfico cumpre referir que, em 2011, 85% das cirurgias foram efetuadas *On Time*, isto é, 85% dos doentes foram operados dentro do TMRG. Em 2015, o número de cirurgias *On Time* melhorou para 89%.

A melhoria deste indicador permitiu reduzir, entre 2011 e 2015, a percentagem de doentes que não foram operados dentro do TMRG, de 15% para 11% respetivamente.

O **Gráfico 6** expõe a variação da mediana e tempo médio de espera para cirurgia (em meses) entre 2011 e 2015.

Gráfico 6 | Tempos de espera para Cirurgia (em meses)



Fonte: Elaboração própria com base nos dados da ARSC

A análise ao gráfico *supra* revela que o tempo médio de espera registou uma diminuição de 5,6 meses para 5,1 meses entre 2011 e 2015, ainda assim aquém da meta da Região Centro assente no Contrato Programa²² em dezembro de 2015 que era de 4,3 meses.

Além disso, também a mediana revela uma diminuição do tempo de espera em LIC passando de 4,0 meses em 2011 para 3,5 meses em 2015 ficando próximo do objetivo nacional, em 2016, de 3,3 meses.

²² Os contratos – programa estimulam a uma maior responsabilização das instituições na utilização eficiente dos recursos e na obtenção de melhores resultados.

8. Discussão dos Resultados

O principal objetivo deste trabalho – analisar o “*impacto da criação do Centro Hospitalar do Baixo Vouga na ótica do acesso dos utentes aos cuidados de saúde*” - foi concretizado embora com algumas limitações metodológicas que devem ser tidas em consideração aquando da interpretação dos resultados obtidos.

Aponta-se como principal limitação a dificuldade em obter dados consistentes das três unidades hospitalares para efeitos de comparabilidade. Esta limitação levou a que fossem solicitados os dados à ARSC, em que as três unidades hospitalares se inserem.

Outro elemento limitativo a ter em consideração é o facto de, em 2011, cada unidade hospitalar ser responsável pelo envio dos dados à ARSC. Estes dados podem estar condicionados pela diferente interpretação que cada unidade hospitalar atribuía à informação requerida pela ARSC ou pelo INE, nomeadamente no que diz respeito aos recursos humanos.

Outro fator limitativo diz respeito ao facto de apenas terem sido analisados os pedidos de primeira consulta referenciados pela aplicação CTH, excluindo-se os pedidos em formato papel por indisponibilidade de informação. A falta destes dados constituiu um obstáculo, uma vez que poderiam ter enriquecido e viabilizado uma análise mais abrangente.

Por outro lado, a limitação de tempo e de recursos impossibilitou a realização de entrevistas para melhor compreensão e confirmação dos resultados obtidos.

Não obstante, a tabela seguinte apresenta uma síntese dos principais resultados obtidos no que concerne ao acesso à primeira consulta de especialidade.

Tabela 17| Resumo Consulta Externa em 2011 e 2015

Consulta Externa	2011	2015	Δ (abs)	Δ (%)	
N.º utentes em espera (CTH)	24.298	16.621	-7.677	-32%	↙
Tempo médio até à data de agendamento (em dias) (CTH)	14	15	1	7%	↗
Tempo máximo até à data de agendamento (em dias) (CTH)	418	243	-175	-42%	↙
N.º Primeiras consultas Realizadas <i>On Time</i> (CTH)	8.110	17.437	9.327	115%	↗
N.º Primeiras consultas Realizadas <i>Out Time</i> (CTH)	10.761	9.392	-1.369	-13%	↙
N.º Primeiras consultas realizadas (CTH)	18.871	26.829	7.958	42%	↗
N.º Primeiras consultas Realizadas	69.976	58.641	-11.335	-16%	↙
Total de Consultas Realizadas	210.689	206.391	-4.298	-2%	↙

Fonte: Elaboração própria com base nos dados da ARSC

No âmbito da primeira consulta de especialidade (**Tabela 17**), da análise da documentação requerida pela ARSC verificou-se uma significativa diminuição de primeiras consultas realizadas assim como um decréscimo expressivo de pedidos de primeira consulta de especialidade. Por consequência, ao entrarem menos pedidos de consulta é compreensível que se realizem mais consultas *On Time* e menos consultas *Out Time*.

Contudo, apesar da diminuição do número de primeiras consultas, entre 2011 e 2015, é de evidenciar o aumento de primeiras consultas referenciadas via CTH, o que traduz uma melhoria em termos de acessibilidade e, por outro lado, uma melhoria do número de primeiras consultas realizadas *On Time*.

De uma forma geral, os dados obtidos sugerem uma melhoria no acesso, e no caso particular da percentagem de utentes referenciados para consulta externa atendidos em tempo adequado superou o objetivo nacional para esse indicador em 5 p.p., pois a meta a atingir era de 60%²³ (**ver Tabela 13**).

Porém, a primeira conclusão que se pode retirar é que vários fatores podem ter contribuído para estes decréscimos tanto na procura como na produção de primeiras consultas.

Um dos fatores que pode concorrer para este decréscimo estará relacionado com reestruturações administrativas, nomeadamente expurgos da lista de espera. Sabe-se

²³ De acordo com o Contrato-Programa 2015 do CHBV.

que, como medida de gestão da lista de espera, procedeu-se ao levantamento das especialidades com pedidos de consulta muito antigos (Dermatologia, Estomatologia e Otorrinolaringologia) e como forma de verificar se os utentes ainda necessitavam de consulta foram realizados telefonemas aos utentes para confirmarem a necessidade de consulta. Desta forma foram retirados da lista de espera os utentes falecidos, os que já realizaram consulta no particular ou pedidos duplicados.

Porém, note-se o aumento da despesa dos prestadores privados. Segundo o destaque do INE “ (...) registou-se o aumento do peso da despesa em prestadores privados de cuidados de saúde em ambulatório (19,4% em 2013 e 19,5% em 2014), em hospitais privados (10,2% em 2013 e 10,7% em 2014), em prestadores privados de cuidados auxiliares (4,2% em 2013 e 4,3% em 2014) e em todas as outras vendas de bens médicos (4,1% em 2013 e 4,2% em 2014) ”.

Este facto pode, em muito, contribuir para o decréscimo de pedidos de primeira consulta assim como o total de primeiras consultas realizadas no CHBV.

Por outro lado, a contratação de novos médicos, conforme referido anteriormente (**Tabela 8**), pode ter contribuído para a diminuição de doentes em espera e consequentemente uma melhoria nas consultas realizadas *On Time*. Com a criação do CHBV verificou-se um aumento de 43 novos médicos, que correspondeu a um incremento de 15% levando à diminuição dos tempos de espera e ao “aumento” da capacidade de resposta (**Anexo IV**).

Não podemos esquecer que a ACSS, no plano estratégico 2015-2017, editado em setembro de 2015, fixou como meta reduzir 25% os tempos de espera nas consultas e nas cirurgias e, ainda, garantir que os hospitais que não cumpram os tempos de espera sejam penalizados no financiamento, havendo incentivos financeiros para aqueles que obtenham melhores resultados. Este também poderá ter sido um estímulo para a redução dos doentes em espera e para a obtenção de melhores tempos de espera.

Não obstante, “apesar da melhoria observada nos últimos anos, os indicadores para acesso a consulta hospitalar mantêm-se débeis e merecem uma continuada atenção em termos do desenvolvimento das políticas de acesso” (Relatório Anual sobre o Acesso a

Cuidados de Saúde nos Estabelecimentos do SNS e Entidades Convencionadas (2013), MS, 2014 p:11).

Por outro lado, no que diz respeito à cirurgia programada, a **Tabela 18** mostra o resumo dos principais indicadores analisados no que concerne ao acesso à cirurgia programada entre 2011 e 2015.

Tabela 18 | Resumo Cirurgia Programada em 2011 e 2015

Cirurgia Programada	2011	2015	Δ (abs)	Δ (%)	
N.º utentes em LIC	5.278	4.569	-709	-13%	↙
Tempo médio até à data de cirurgia (em meses)	5,6	5,1	-0,5	-9%	↙
Mediana até à data de cirurgia (em meses)	4,0	3,5	-0,5	-13%	↙
N.º intervenções cirúrgicas realizadas <i>On Time</i>	7.059	8.834	1.775	25%	↗
N.º intervenções cirúrgicas realizadas <i>Out Time</i>	1.201	1.079	-122	-10%	↙
Total de operados	8.260	9.913	1.653	20%	↗

Fonte: Elaboração própria com base nos dados da ARSC

No que respeita à análise dos resultados obtidos para a cirurgia programada, conforme se observa na tabela *supra*, registou-se uma melhoria nos indicadores de acesso à cirurgia programada.

A par da diminuição de doentes em LIC também se registou um aumento no número de doentes operados, ou seja mais utentes resolveram os seus problemas cirúrgicos, e como tal, realizaram-se mais intervenções cirúrgicas *On Time*.

Apesar das limitações com que este estudo se deparou, já previamente referidas, observou-se uma evolução positiva da LIC.

Esta diminuição observada parece ter ocorrido para maior benefício do utente, permitindo uma maior igualdade em termos de acesso, sobretudo porque atualmente a posição dos doentes em LIC está informatizada e estes podem consultar a mesma, o que tornou o sistema mais transparente (Rego e Nunes, 2010).

A tabela *supra* também mostra que se verificou um decréscimo de doentes operados *Out Time*. Em 2015, à partida o CHBV fez um esforço em chamar os utentes há mais tempo

em lista de espera, o que terá sido alavancado pelo PIC que terá contribuído para atenuar o crescimento da LIC e, conseqüentemente traduzir uma melhoria do número de doentes operados *On Time*.

É importante referir a diversidade das políticas aplicadas à saúde que, como é previsível, vêm influenciar indiretamente os resultados obtidos, os incentivos financeiros decorrentes do cumprimento das metas plasmadas no Contrato-Programa, assim como dos programas suplementares que contribuem para a melhoria do acesso no sistema de saúde. É deste modo importante referir que são necessários dados mais completos que permitam avaliações mais exaustivas e abrangentes.

9. Conclusão

A pertinência deste estudo assentou, em primeira linha, no facto de se verificar uma ausência de estudos sobre o impacto da criação do CHBV na ótica do acesso aos cuidados de saúde e, em segunda linha, por representar um tema de enorme interesse não só social como também em termos pessoais e profissionais.

Para a prossecução do objetivo proposto foi realizada uma comparação antes (ano 2011) e depois (ano 2015) à criação do CHBV através de uma análise ao acesso aos cuidados de saúde recorrendo a alguns indicadores assistenciais e aplicando técnicas de estatística descritiva. A amostra em estudo foi constituída por 3 hospitais: Hospital Infante D. Pedro (Aveiro), Hospital Visconde Salreu (Estarreja) e Hospital Distrital de Águeda que se fundiram criando o CHBV.

Ao longo do trabalho de investigação procurou-se analisar os dados de modo a procurar resposta para a seguinte pergunta de investigação - “A criação do CHBV melhorou o acesso dos utentes a primeira consulta de especialidade e cirurgia programada?”.

Os resultados obtidos sugerem **uma melhoria do acesso à primeira consulta de especialidade via CTH e cirurgia programada com a criação do CHBV.**

Reconhece-se que, no que se refere ao acesso a primeira consulta de especialidade, o objetivo geral não foi totalmente conseguido uma vez que a falta de informatização prévia, nomeadamente nos pedidos de consulta em formato papel, cria um défice de dados completos que permitiriam estabelecer uma comparação exata.

Contudo, num sector tão problemático como é o da saúde, é de todo impossível isolar uma única variável, uma vez que muitos outros fatores podem concorrer para os resultados obtidos. Neste sentido, importa referir alguns constrangimentos encontrados ao longo da investigação.

Apona-se como principal constrangimento a limitação de tempo e de recursos que não permitiu o alargamento do estudo à perceção dos utentes bem como dos profissionais de saúde, pelo que seria interessante deixar em aberto esta possibilidade, para realizar uma segunda investigação, a curto ou médio prazo.

Independentemente das dificuldades encontradas, parece-nos que o estudo aqui apresentado é inovador e de enorme interesse para a análise das políticas públicas de saúde, em particular na Região de Aveiro em grande parte decorrente, como referimos anteriormente, de até ao presente momento não ter sido realizado nenhum estudo que avaliasse o impacto da criação do CHBV na ótica do acesso à primeira consulta de especialidade e à cirurgia programada.

Destaca-se, ainda, que sendo este um estudo exploratório, outras linhas de investigação poderiam ter sido abordadas e diferentes metodologias poderiam ter sido utilizadas.

Recomenda-se que se realizem mais estudos nesta área que permitam uma avaliação mais exaustiva, o que pode depender do sucesso em conseguir dados antigos e atuais fiáveis e precisos, que permitam uma avaliação mais completa e abrangente para tornar possível a existência de conclusões mais robustas.

Será de todo o interesse aprofundar o presente estudo pois, de acordo com a revisão da literatura efetuada, vários são os modelos que podem caracterizar o acesso em várias dimensões e contemplando outras variáveis, pelo que se sugerem alguns temas para futuras investigações, nomeadamente:

- ⇒ A elaboração de um estudo mais profundo relativo ao impacto da criação do CHBV recorrendo às cinco dimensões do acesso que Penchansky e Thomas (1981) destacaram: capacidade, proximidade, esforço financeiro, adequabilidade e aceitabilidade;
- ⇒ O alargamento do estudo à área das urgências por ser um tema bastante atual no que diz respeito aos tempos de resposta; e
- ⇒ Analisar a atividade dos hospitais privados na Região de Aveiro em comparação com o CHBV, na medida em que se verificou, com este estudo, uma redução significativa de consultas, diminuição de doentes à espera de primeira consulta e cirurgia que poderá estar relacionada com o facto de os utentes recorrerem ao privado em vez do público.

Contudo, esta questão poderá, ainda, representar outra via de exploração desta temática, como por exemplo:

- ⇒ Avaliar se os Cuidados de Saúde Primários estão a ser eficientes na medida em que enviam para os hospitais apenas os doentes agudos; e ainda
- ⇒ Analisar se a Linha Saúde 24 estará a ter um desempenho adequado na medida em que encaminha os utentes “certos” para as instituições de saúde de modo a reduzir o uso inapropriado do SNS.

Em suma, a análise dos dados possível com este trabalho aponta, em geral, para uma melhoria no acesso aos cuidados com a criação do CHBV. No entanto existem questões relevantes que estas conclusões suscitam e que exigem análises mais elaboradas. Assim podemos questionar: o acesso melhorou porque se centralizaram os recursos e estes foram utilizados de forma mais eficiente? Ou, porque tem havido um foco considerável na melhoria do acesso por parte de tutela? Ou por outra ordem de razões?

Desta forma, estas considerações finais constituem-se mais como uma abertura à realização de novos estudos do que como uma assunção assertiva da escolha pela reconfiguração hospitalar como uma forma de melhorar o acesso aos cuidados.

10. Bibliografia

- ACSS, “Manual do Processo de Contratualização-Hospitais e ULS”. Julho 2011, Governo de Portugal, Ministério da Saúde
- ACSS, “Plano Estratégico 2015-2017”, setembro 2015, Governo de Portugal, Ministério da Saúde
- ACSS, “Relatório Anual Sobre Acesso a Cuidados de Saúde nos Estabelecimentos do SNS e Entidades Convencionadas (2014)”, julho 2015, Governo de Portugal, Ministério da Saúde
- ACSS, Circular Normativa N.12/2016/DPS-UGA/ACSS, “Operacionalização do programa de incentivo à realização de atividade cirúrgica no SNS e responsabilização financeira do hospital de origem- Regras e Procedimentos”, 19 de maio de 2016
- Barros, P.P., Lourenço, A., Moura, A., Correia, F., Silvério, F., Gomes, J.P., Sousa, J., Matias, M.A., Cipriano, R. (2015). “Políticas Públicas em Saúde:2011-2014. Avaliação do Impacto”. Nova Healthcare Initiative-Research, Universidade Nova de Lisboa
- Barros, P.P., Machado, S.R., Simões, J. (2011). “Portugal Health systems review. Health Systemas in Transition”, Disponível em http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0019/150463/e95712.pdf
- Cabral, AP (2011). “O Sistema de Saúde Português”. A Revista Portuguesa de Gestão e Saúde (p. 6-9), Consultada em 20 agosto 2016, Disponível em <http://spgsaude.pt/website/wp-content/uploads/2012/01/Revista-Portuguesa-de-Gest%C3%A3o-Sa%C3%BAde-n%C2%BA5.pdf>
- Carvalho, M. T. G. “Nova Gestão Pública e Reformas da Saúde: o Profissionalismo numa Encruzilhada.” Lisboa: edições Sílabo, 2009 ISBN 978-972-618-546-8
- Comissão Europeia. “Comunicação da Comissão sobre sistemas de saúde eficazes, acessíveis e resilientes (2014)”
- Contrato-Programa 2015, ACSS
- Denhardt, J. A., Denhardt, R., B. (2007). “The New Public Service: serving, not steering”. London: M.E. Sharpe, Inc. Expanded ed. ISBN 978-0-7656-1998-3
- Direção Geral de Saúde. “Plano Nacional de Saúde 2012-2016”
- Direção Geral de Saúde. “Portugal Idade Maior em números -2014: a Saúde da População Portuguesa com 65 anos ou mais anos de idade”, setembro 2014
- Entidade Reguladora da Saúde (ERS). “Estudo do Acesso aos Cuidados de Saúde Primários do SNS”. Ministério da Saúde, fevereiro 2009

- Entidade Reguladora da Saúde (ERS). *"Estudo de Avaliação dos Centros Hospitalares"*. Ministério da Saúde, fevereiro 2012
- Escoval, A., Fernandes, A., C., Matos, T., T., Santos, A., T., L. (2010). *"Plano Nacional de Saúde 2011-2016 Cuidados de Saúde Hospitalares"*. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde. Ministério da Saúde, 2010
- Fernandes, J., Barros, P., Fernandes, A. (2001) *"Três Olhares sobre o Futuro da Saúde em Portugal"*. 1ªed. Cascais: Príncipia Editora, Lda. 2001. ISBN 978-989-8131-87-4
- Furtado, C., Pereira, J. *"Equidade e Acesso aos Cuidados de Saúde"*. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde 2010.
- Graça, L. (2005) *"Importância da gestão em saúde"* [editorial]. Revista Portuguesa de Saúde Pública. 23 : 1. (Janeiro/Junho 2005) 3-4.
- Harfouche, A. (2008). *"Hospitais transformados em empresas - Análise do impacto na eficiência: estudo comparativo"*. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.
- Hood, C. (1991). *"A public management for all seasons?"* Public Administration, 69 (Spring), 3-19
- Hugges, O. (2003). *"Public management and administration. An Introduction"*. New York: Palgrave Macmillan.
- INE. *"Conta Satélite da Saúde 2000-2015Pe"* de 27 de junho de 2016 (p.4)
- INE. *"Destaque Dia mundial da Saúde – 7 de abril (2002-2013)"* de 6 de abril de 2015 (p.4)
- INE. Anuário Estatístico da Região Centro 2014 (2015), Disponível em https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=224764684&PUBLICACOESmodo=2
- Lynn, L. (1998). *"The New Public Management how to transform a theme into a leagy?"* Public Administration Review, 58 (3), 231-237
- Mckee, M., Healy, J. (2002) *"Hospitals in a changing Europe"* Open University Press: Buckingham. Philadelphia, 2002
- Ministério da Saúde (2001). *"Rede hospitalar de urgência/emergência"*. Lisboa: Direção de Serviços e Planeamento. Direcção-Geral da Saúde, 2001
- Ministério da Saúde (2014). *"Relatório Anual sobre o Acesso a Cuidados de Saúde nos Estabelecimentos do SNS e Entidades Convencionadas (2013)"*
- Ministério da Saúde (2015). *"Relatório Anual sobre o Acesso a Cuidados de Saúde nos Estabelecimentos do SNS e Entidades Convencionadas (2014)"*

Moreira, J. M., Alves, A. A. (2009) *“Gestão Pública: entre a visão clássica da Administração Pública e o novo paradigma da Governação Pública”*. Revista Enfoques. Vol. VII, N.º 11 pp:11-36 (2009)

OCDE (2013). *“Waiting Time Policies in the Health Sector-What Works?”*

OPSS (2006). *Relatório de Primavera 2006. “Um ano de governação em saúde: sentidos e significados”* Coimbra: Mar da Palavra, 2006

OPSS (2008). *Relatório de Primavera 2008. “Riscos e incertezas”*. Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (CEISUC), 2008.

OPSS (2009). *Relatório Primavera 2009. “10/30 anos: razões para continuar”*. Coimbra: Mar da Palavra, 2009.

OPSS (2011). *Relatório de Primavera 2011. “Da Depressão da Crise para a Governação Prospetiva da Saúde”* Coimbra: Observatório Português dos Sistemas de Saúde. Escola Nacional de Saúde Pública. Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra e da Universidade de Évora, 2011.

OPSS. (2001). *Relatório de primavera de 2001*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.

OPSS. (2002). *Relatório de primavera de 2002. “O estado da saúde e a saúde do Estado.”* Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.

OPSS. (2015). *Relatório Primavera 2015. “Acesso aos cuidados de saúde. Um direito em risco?”* Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública

Osborne, D., Gaebler, T. (1992). *“Reinventing Government. How the Entrepreneurial Spirit in Transforming the public sector”*. Reading, MA: Addison-Wesley.

Osborne, S. & McLaughlin, K. (2002), *“The New Public Management in Context. In K. McLaughlin, S. Osborne & E. Ferlie (Eds.), New Public Management. Current trends and future prospects”* (pp.7-15). London e New York: Routledge.

Penchansky, R., e Thomas, J.W., (1981), *“The Concept of Access: Definition and Relationship to Consumer Satisfaction”*, Medical Care, Vol. 19, No. 2, pp. 127-140

Pinto, F. (2009), *“Balanced Scorecard-Alinhar Mudança, Estratégia e Performance nos Serviços Públicos”*. Lisboa: Edições Sílabo. ISBN:978-972-618-459-1.

Pollit, C. (1993). *“Managerialism and the public services”* Cambridge: Blackwell

Pollit, C., Birchall, J. & Putman, K. (1998). *“Decentrelising public service management”*. London: Macmillan Press

Raposo, Vítor (2007). *“Governação Hospitalar: Uma proposta conceptual e metodológica para o caso Português”*. Tese de Doutoramento em Organização e Gestão de Empresas,

na Especialidade de Ciências dos Sistemas nas Organizações. Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra.

Rego, G. *“Gestão Empresarial dos Serviços Públicos- uma Aplicação ao Sector da Saúde”*. Porto: Vida Económica. 978-972-788-425-4, 2011

Reis, V. (2007). *“Gestão em saúde: um espaço de diferença”*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública. UNL (2007)

Relatório e Contas CHBV (2013)

Relatório e Contas do CHBV (2013)

Rocha, J. J. Nogueira (1997). *“A estrutura do hospital – Tendências”*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública. UNL

Rosa, E. (2014). *“A destruição dos subsistemas de saúde, o aumento da degradação do SNS, e a criação de mercado para privados”*. (Consultado em 20 agosto 2016), Disponível em <http://www.eugeniorosa.com/Sites/eugeniorosa.com/Documentos/2014/4-2013-adse.pdf>

Sakellarides, C. et al. (2004). *“O futuro do sistema de saúde português: Saúde 2015”*. Lisboa : ENSP, 2004.

Santana, R., Costa, C. *“A integração vertical de cuidados de saúde: aspetos conceptuais e organizacionais”*. (Em linha) Lisboa: UNL, 2008 (Consultado em 31/10/2015), Disponível em <https://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2000-2008/pdfs/volume-tematico-7-2008-administracao-hospitalar/E-02-2008.pdf>

Santinha, G. *“Serviços de Interesse Geral e Coesão Territorial: o Caso da Saúde”*. Dissertação de Doutoramento, UA. Aveiro, 2014

Silva, M. V. (2012) *“Políticas Públicas de Saúde. Tendências Recentes”*, (ISCTE-IUL), CIES-IUL, Disponível em <file:///G:/MESTRADO/PDF/Teses%20fusões%20hospitalares/políticas%20publicas%20saudede%20mariana%20silva.pdf>

Simões, J. (2009) *“Retrato Político da Saúde: Dependência do Percurso e Inovação em Saúde- da Ideologia ao Desempenho”*. Coimbra: Livraria Almedina. ISBN 972-40-2342-7, 2009

Simões, J. et al. (2007) *“Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento do Serviço Nacional de Saúde – Relatório final”*, Fevereiro 2007.

Sousa, P. A. F. (2009). *“O sistema de saúde em Portugal: realizações e desafios”*. Ata Paulista de Enfermagem. Vol.22, p884-894, 2009

Tribunal de Contas (2007). Relatório Final da Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento do Serviço Nacional de saúde. 2007. Disponível em: <http://www.sg.min-saude.pt/NR/rdonlyres/050CB0A2-7ACC-4975-A1E4-4312A1FBE12D/0/RelatorioFinalComissaoSustentabilidadeFinanciamentoSNS.pdf>

Tribunal de Contas (2009). Auditoria de Seguimento das Recomendações Formuladas no Relatório de Auditoria ao “Acesso aos Cuidados de Saúde do SNS – Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia - SIGIC”, Disponível em http://www.tcontas.pt/pt/actos/rel_auditoria/2009/2s/audit-dgtec-rel027-2009-2s.pdf

10.1. Legislação Consultada

Decreto -Lei n.º 151/98

Decreto -Lei n.º 207/99

Decreto -Lei n.º 30/2011

Decreto -Lei n.º 48/358

Decreto -Lei n.º 76/2001

Decreto -Lei n.º 93/2005

Lei n.º 27/2002

Lei n.º 41/2007

Lei n.º 48/90

Lei n.º 1/76

Lei n.º 56/79

Portaria n.º 45/2008

Portaria n.º 615/2008

Portaria n.º 87/2015

Portaria n.º 95/2013

Portaria n.º 179-A/2015

Portaria n.º 271/2012

RCM n.º 59/2002

RCM n.º 79/2004

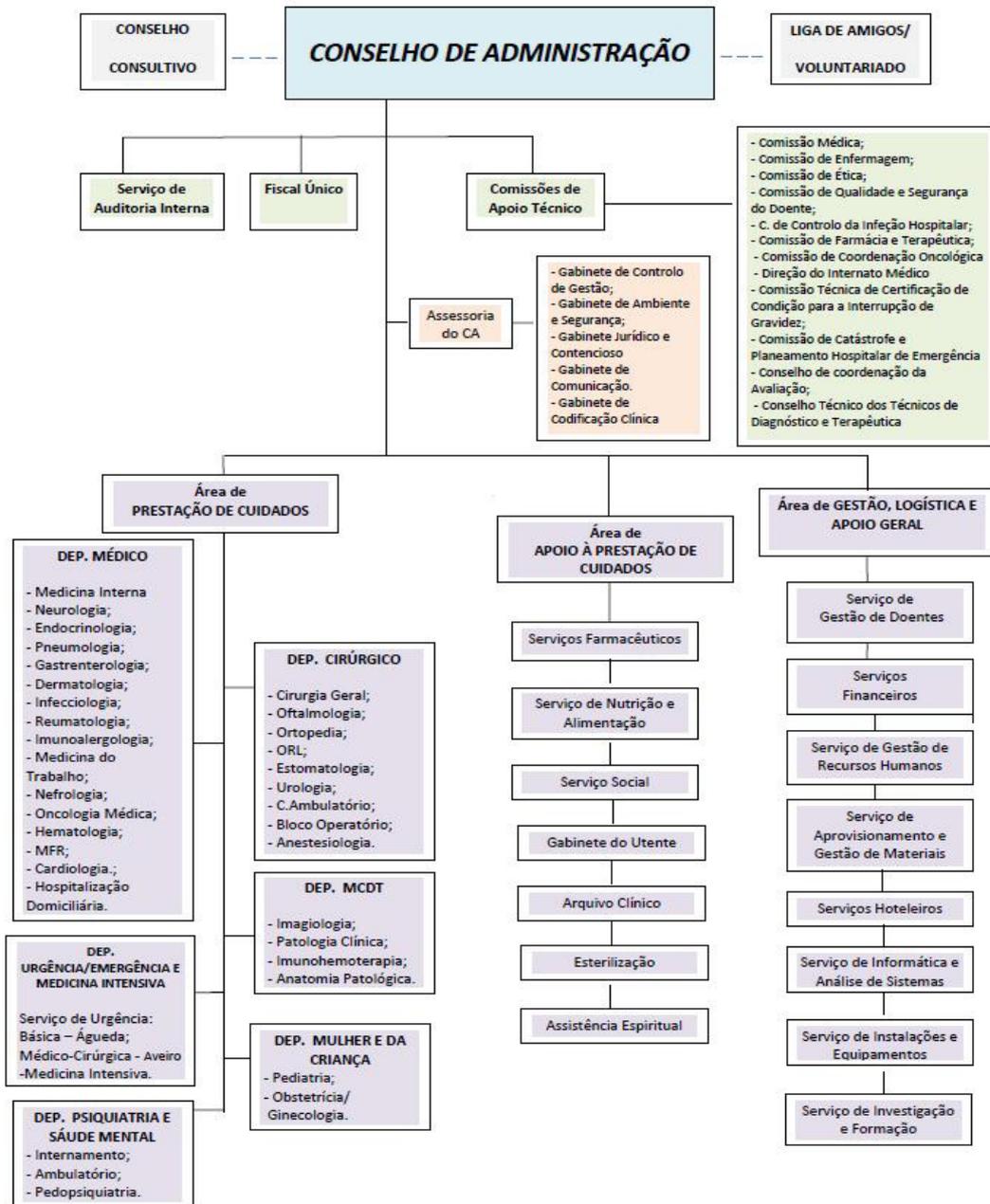
11. Anexos

Anexo I - TMRG

Primeira Consulta de especialidade hospitalar referenciada pelos Centros de Saúde (Não Oncológico)	
Nível de acesso	TMRG
De realização " muito prioritária " de acordo com a avaliação em triagem hospitalar	30 (trinta) dias a partir do registo do pedido da consulta no sistema informático CTH pelo médico assistente do centro de saúde
De realização " prioritária " de acordo com a avaliação em triagem hospitalar	60 (sessenta) dias a partir do registo do pedido da consulta no sistema informático CTH pelo médico assistente do centro de saúde
De realização " normal " de acordo com a avaliação em triagem hospitalar	150 (cento e cinquenta) dias a partir do registo do pedido da consulta no sistema informático CTH pelo médico assistente do centro de saúde
Cirurgia programada (Não Oncológico)	
Prioridade de nível 4 (Urgência diferida) de acordo com a avaliação da especialidade hospitalar	72 (setenta e duas) horas após a indicação clínica
Prioridade de nível 3 (Muito prioritária) de acordo com a avaliação da especialidade hospitalar	15 (quinze dias) dias após a indicação clínica
Prioridade de nível 2 (Prioritária) de acordo com a avaliação da especialidade hospitalar	60 (sessenta) dias após a indicação clínica
Prioridade de nível 1 (Normal) de acordo com a avaliação da especialidade hospitalar	270 (duzentos e setenta) dias após a indicação clínica

Fonte: Portaria CTH e SIGIC

Anexo II- Organigrama CHBV EPE



Fonte: Relatório e Contas 2013 do CHBV

Anexo III- Proximidade¹ por área de influência do CHBV EPE

Local Prestação do Serviço	Concelho área influência	Km's	TMD Carro	TMD Comboio
Aveiro	Águeda	26,4	00:32	00:52
	Albergaria a Velha	27,4	00:33	n/a
	Aveiro (Nariz*)	24,5	00:21	n/a
	Estarreja	31,8	00:24	00:33
	Ílhavo	6,8	00:14	n/a
	Murtosa	29,5	00:32	n/a
	Oliveira do Bairro	26,9	00:25	00:43
	Sever do Vouga	47,9	00:38	n/a
	Vagos	12	00:21	n/a
Águeda	Águeda (Macieira de Alcôba*)	28	00:35	n/a
	Albergaria a Velha	18,5	00:24	n/a
	Aveiro	25,8	00:32	00:49
	Estarreja	29,5	00:32	n/a
	Ílhavo	28,2	00:37	n/a
	Murtosa	37,2	00:45	n/a
	Oliveira do Bairro	11,8	00:17	n/a
	Sever do Vouga	29,3	00:34	n/a
	Vagos	46,2	00:37	n/a
Estarreja	Águeda	30,1	00:34	n/a
	Albergaria a Velha	24,5	00:22	n/a
	Aveiro	33,7	00:27	00:32
	Estarreja (Avanca*)	9,6	00:13	00:27
	Ílhavo	24,3	00:29	n/a
	Murtosa	10,7	00:14	n/a
	Oliveira do Bairro	36,8	00:34	n/a
	Sever do Vouga	42,2	00:40	n/a
	Vagos	29,7	00:36	n/a

Fonte: Elaboração própria

¹ Para a análise da proximidade foi usado o Google Maps (<https://www.google.pt/maps>). Foram sempre utilizados os dados mais altos para o tempo de viagem que o *site* apresentava independentemente dos Km's. Importa, ainda, referir que foi considerada a freguesia mais distante quando a residência do utente é a mesma do local da prestação de saúde.

Anexo IV- N.º de Médicos em 2011 e 2015

Médicos	2011			Total	2015	Δ (%)	
	Aveiro	Águeda	Estarreja		CHBV EPE		
Anestesiologia	17	2		19	22	16%	↗
Cardiologia	8	2		10	11	10%	↗
Cirurgia Geral	17	4	3	24	23	-4%	↘
Dermatovenereologia	2			2	3	50%	↗
Doenças Infecciosas	3			3	3	0%	
Endocrinologia	2			2	3	50%	↗
Estomatologia	2			2	2	0%	
Gastroenterologia	2			2	1	-50%	↘
Ginecologia-Obstetrícia	14			14	17	21%	↗
Imunoalergologia	1			1	1	0%	
Imuno-Hemoterapia	2			2	2	0%	
Medicina do Trabalho	1		1	2	1	-50%	↘
Medicina Física e de Reabilitação	2	1		3	3	0%	
Medicina Geral e Familiar			1	1	0	-100%	↘
Medicina Interna	19	4	1	24	34	42%	↗
Nefrologia	1			1	1	0%	
Neurologia	4			4	4	0%	
Oftalmologia	6			6	5	-17%	↘
Oncologia Médica	2			2	2	0%	
Ortopedia	12	4	2	18	18	0%	
Otorrinolaringologia	4			4	5	25%	↗
Patologia Clínica	3	1	1	5	5	0%	
Pediatria	15			15	23	53%	↗
Pneumologia	4			4	5	25%	↗
Psiquiatria	9			9	9	0%	
Psiquiatria da Infância e da Adolescência	2			2	2	0%	
Radiodiagnóstico	6	1		7	7	0%	
Reumatologia	3			3	3	0%	
Urologia	4			4	5	25%	↗
Outras Especialidades	5			5	0	-100%	
Especialistas	172	19	9	200	220	10%	
Internos	85		0	85	108	27%	
Total	257	19	9	285	328	15%	

Fonte: Elaboração própria. Adaptado dos dados dos 3 hospitais para o Inquérito aos Hospitais realizado pelo INE em 2012 e 2016

Anexo V- Autorização do Estudo pelo CHBV

Avenida Artur Ravara – 3814-501 AVEIRO
Tel. 234 378 300 – Fax 234 378 395
sec-geral@chbv.min-saude.pt
Matricula na Conservatória do Registo Comercial
de Aveiro
Capital Social 40.284.651 €
Pessoa Colectiva nº 510 123 210

Exma. Senhora

Sónia Marisa Figueiredo Ferrão
Departamento Cirúrgico CHBV

S/ Ref.ª

S/ Comunicação de

N/ Ref.ª

Aveiro, 12-01-2016

12 JAN 16 16:18 066839

ASSUNTO: Resposta ao V/ Pedido de autorização de realização de estudo no CHBV, E.P.E.

Em resposta à V/ solicitação para investigação sobre “O impacto da criação do Centro Hospitalar Baixo Vouga na ótica do acesso dos utentes aos cuidados de saúde”, vimos, pelo presente, informar que por deliberação do Conselho de Administração, nesta data, se encontra autorizado o pedido formulado.

Quando concluído, deverá ser enviado um relatório final ao Serviço de Investigação e Formação do CHBV, E.P.E.

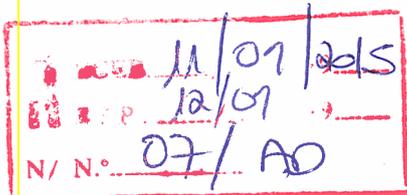
Com os melhores cumprimentos,

A Diretora do Serviço de Investigação e Formação



(Dra. Joana Guimarães)

Na resposta indicar o número e as referências deste documento. Em cada ofício tratar só de um assunto.



10-06-2015
do Serviço de Tempos
e Investigações para
acompanhamento processual

Rosa Tomás
Vogal CA, CHBY

Rosa Tomás
11/01/2016

EXMO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

DO

CENTRO HOSPITALAR DO BAIXO VOUGA EPE

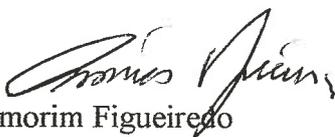
A Comissão de Ética reuniu com a ausência justificada da senhora enfermeira D. Maria do Céu, no dia 7 de Janeiro de 2016, pelas 10 e trinta horas no espaço provisório cedido pelo Conselho de Administração.

Analizou um pedido de investigação sobre “ O impacto da criação do Centro Hospitalar Baixo Vouga na ótica do acesso dos utentes aos cuidados de saúde.”

A Comissão é de parecer não haver problemas de ordem ética a considerar na petição pelo que o devolve ao CA para os devidos efeitos.

Respeitosos cumprimentos

Aveiro 7 de Janeiro de 2016


Amorim Figueiredo
(Presidente)

Anexo VI- Email a solicitar Datos à ARSC

De: Catarina Andreia Sousa Meneses Almeida Matos <CAMatos@arscentro.minsaude.pt>
Enviado: 31 de maio de 2016 14:31
Para: Sonia Ferrao
Cc: Carla Pereira; contratualizacao; Sonia Correia; Mauricio Loureiro Alexandre
Assunto: RE: Recolha de informa o: Tese Mestrado (Urgente)
A nexos: dados históricos de consultas chbv.xlsx; ERS_CHBV_2011_Hospital de Destino_ Unidade de Origem.xls; ERS_CHBV_2015_Hospital de Destino_ Unidade de Origem.xls; LEC_CBV_2015.xls; LEC_CHBV_2011.xls; LIC_31_12_2011.xlsx; LIC_31_12_2015.xlsx; Produ o 2011 CHBV v2.xlsx; Produ o 2015 CHBV v2.xlsx
Importância: Alta
Dra. S nia Ferrão,

Em resposta ao solicitado, vimos remeter os documentos referidos em cada uma das linhas do pedido efetuado, deixando igualmente alguns comentários relativos   utiliza o dos dados que podem ser úteis aquando da análise.

  data de 31 de dezembro de 2011/31 de dezembro de 2015 para cada uma das unidades hospitalares:

Lista de Espera para Consulta por especialidade que contenha, se possível, o concelho do utente, prioridade atribuída e o tempos de resposta (conforme informa o contida no relatório acesso) - Anexamos a Lista de Espera para Consulta a 31 de Dezembro de 2011, de cada um dos Hospitais referidos, particularizando a prioridade atribuída no pedido (aten o que a triagem pode ou não confirmar esta prioriza o) e a unidade de proveniência do pedido (o mais fino que conseguimos   por extensão de saúde). Não   possível incluir tempos de resposta, porque a Lista de Espera (por defini o) se reporta apenas a pedidos não concluídos.

Lista de Espera para Cirurgia por especialidade que contenha, se possível, o concelho do utente, prioridade atribuída, tipo de cirurgia (convencional/ambulatório/urgente) e o tempo médio de resposta (tempo que medeia entre o pedido de cirurgia e o dia da realiza o) - Envia-se as listagens dos episódios em espera nas referidas datas com os campos solicitados. Envia-se um campo que corresponde ao tempo de espera. A lista de espera não tem tempo de resposta pois   constituída por episódios que ainda se encontram em espera e não foram intervencionados.

Consultas Externas realizadas por especialidade (por tipologia (primeiras/subsequentes), por prioridade e as consultas realizadas dentro e fora do TMRG) - Não   possível particularizar a prioridade atribuída e as consultas realizadas dentro e fora do TMRG. Anexamos a informa o extraível da aplica o SICA, relativa a consultas externas realizadas (primeiras e subsequentes). Recordamos a ressalva telef nica de que o total de primeiras consultas extraído via SICA não será absolutamente coincidente com o valor reportado pelo ADW (aplica o de suporte ao CTH), atendendo a que neste último se consideram também os pedidos emitidos pelo Centro de Saúde que não chegam ao Hospital por qualquer motivo. No caso do CHBV há ainda uma dificuldade adicional, atendendo a que não conseguimos obter informa o por Hospital em 2015, uma vez que o SICA comnsidera uma única entidade hospitalar: o CHBV, EPE. Contudo, em 2011   possível faz, -lo.

Relat rios ERS - Anexamos o relatório solicitado ao presente e-mail

Relat rios Acesso - Não dispomos dos Relat rios de Acesso: são documentos produzidos por cada um dos Hospitais, pelo que o CHBV, EPE deverá estar em condi es de lhos facultar

Doentes Operados por especialidade (por tipo de cirurgia, por prioridade e os doentes operados dentro e fora do TMRG); Anexamos a produ o cirúrgica de 2011 e 2015 com todos os campo solicitados. Nestes mapas o tempo de espera   o tempo de resposta uma vez que os episódios já se encontram intervencionados.

As d vidas que surjam podem ser esclarecidas no caso dos dados SICA com o Dr. Luís Correia (equipa AFCH lmcorreia@arscentro.min-saude.pt) e no caso dos dados SIGLIC com a Eng. C tia Reis (equipa AFCH cmreis@arscentro). As restantes podem ser vistas comigo.

Com os melhores cumprimentos,

Catarina Meneses

Administra o Regional de Saúde do Centro IP (sede)
Departamento de Planeamento e Contratualiza o -  rea Funcional de Cuidados Hospitalares
Alameda Júlio Henriques
Apartado 1087
P-3001-553 Coimbra
Telefone + 351 239 796 800
Fax + 351 239 796 861
www.arscentro.min-saude.pt



De: Sonia Correia [mailto:Sonia.Correia.10219@chbv.min-saude.pt]
Enviada: terça-feira, 17 de Maio de 2016 09:32
Para: contratualizacao <contratualizacao@arscentro.min-saude.pt>
Cc: Sonia Ferrao <Sonia.Ferrao.10273@chbv.min-saude.pt>; Carla Pereira <Carla.Pereira.10266@chbv.minsaude.pt>
Assunto: FW: Recolha de informa o: Tese Mestrado (Urgente) Importância:
Alta

Bom Dia Dra. Concei o Toscano

A colega, a Dra. S nia Ferrão, do departamento cirúrgico, encontra-se a realizar a sua tese de mestrado sobre o impacto da cria o do CHBV na  tica do acesso dos utentes aos cuidados de saúde, e, uma vez que o Centro Hospitalar do Baixo Vouga E.P.E. não dispe da toda a informa o solicitada no email infra, venho por este meio pedir a vossa colabora o para obten o dos dados solicitados.

Envio, em anexo, a autoriza o dada pelo conselho de administra o e comissão de  tica.

Grata desde j pela aten o e ao dispor para qualquer esclarecimento adicional,

S nia Correia

De: Sonia Ferrao
Enviada: segunda-feira, 16 de Maio de 2016 20:31
Para: Sonia Correia
Assunto: Recolha de informa o: Tese Mestrado (Urgente)
Importância: Alta

Boa tarde S nia,

No seguimento da recolha de informa o para a disserta o com o tema "o impacto da cria o do CHBV na  tica do acesso dos utentes aos cuidados de saúde", no âmbito do Mestrado em Administra o e Gestão Pública a decorrer na Universidade de Aveiro, venho por este meio solicitar com a maior celeridade possível a informa o infra para o Hospital de  gueda (anterior Hospital Distrital de  gueda), Hospital de Aveiro (anterior Hospital Infante D. Pedro) e Estarreja (anterior Hospital Visconde Salreu)   data de 31 de dezembro de 2011 e 31 de dezembro de 2015, uma vez que estou a fazer um estudo comparativo entre 2011 (antes da integra o) e 2015 (após a integra o).

Assim,   data de 31 de dezembro de 2011 solicito para cada uma das unidades hospitalares a seguinte informa o:

-   Lista de Espera para Consulta por especialidade que contenha, se possível, o concelho do utente, prioridade atribuída e o tempos de resposta (conforme informa o contida no relatório acesso);
-   Lista de Espera para Cirurgia por especialidade que contenha, se possível, o concelho do utente, prioridade atribuída, tipo de cirurgia (convencional/ambulatório/urgente) e o tempo médio de resposta (tempo que medeia entre o pedido de cirurgia e o dia da realiza o);
-   Consultas Externas realizadas por especialidade (por tipologia (primeiras/subsequentes), por prioridade e as consultas realizadas dentro e fora do TMRG);
-   Relat rios ERS;
-   Relat rios Acesso; e
-   Doentes Operados por especialidade (por tipo de cirurgia, por prioridade e os doentes operados dentro e fora do TMRG);

  data de 31 de dezembro de 2015 solicito a seguinte informa o:

-   Lista de Espera para Consulta por especialidade que contenha, se possível, o concelho do utente, prioridade atribuída e o tempos de resposta (conforme informa o contida no relatório acesso);
-   Lista de Espera para Cirurgia por especialidade que contenha, se possível, o concelho do utente, prioridade atribuída, tipo de cirurgia (convencional/ambulatório/urgente) e o tempo médio de resposta (tempo que medeia entre o pedido de cirurgia e o dia da realiza o);

- ø Consultas Externas realizadas por especialidade (por tipologia (primeiras/subsequentes), por prioridade e as consultas realizadas dentro e fora do TMRG);
- ø Relatários ERS;
- ø Relatório Acesso; e
- ø Doentes Operados por especialidade (por tipo de cirurgia, por prioridade e os doentes operados dentro e fora do TMRG);

Agradecia, se possível, que a informação me fosse disponibilizada em ficheiro Excel para poder trabalhar os dados.

Desde já grata pela v/ imprescindível colaboração.

Os meus melhores cumprimentos,

Sónia Ferrão