



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR

Ciências Sociais e Humanas

**Programas de Combate às Listas de Espera em
Portugal e no Estrangeiro: Análise de Impacto**

Sofia Maria da Costa Bento de Matos Silva

**Dissertação para a obtenção do Grau de Mestre em
Gestão de Unidades de Saúde
(2º Ciclo de Estudos)**

Orientador: Prof. Doutora Anabela Almeida

Covilhã, Outubro de 2010

“Se alguém procura a saúde, pergunta-lhe primeiro se está disposto a evitar no futuro as causas da doença; em caso contrário, abstém-te de o ajudar”

(Sócrates)

AGRADECIMENTOS

A Ti, Mãe, por me ensinares que é nas dificuldades e nos momentos mais complicados que buscamos a força para alcançar os nossos objectivos e seguir em frente. Obrigada por me tornares na pessoa que hoje sou. Mãe... Consegui!

A ti, Pai, por teres sempre uma palavra amiga e pelo teu sorriso no rosto. Obrigada por nunca me teres deixado desistir e por teres sempre acreditado em mim. Pai... Consegui!

A Ti, João Fazenda, por todos os momentos em que estive ausente e não te dei a atenção que mereces. Obrigada por seres o meu porto de abrigo e por me dares a força que eu precisei para levar a cabo este trabalho. Conseguimos vencer esta batalha!

À minha querida Tia, Fernanda Sequeira, pois sem o seu apoio incondicional, este trabalho não teria sido possível. Obrigada por tudo tia. Consegui!

Ao meu Tio Mário e à minha Tia Ana, por todo o carinho e confiança depositados em mim! Por sempre terem estado ao meu lado e nunca me terem faltado com uma palavra amiga, o meu muito obrigada aos dois!

À Professora Doutora, Anabela Almeida, pelo apoio incondicional durante a realização deste trabalho. Obrigada pela força e pelos seus preciosos ensinamentos!

Para não me esquecer de ninguém, um muito obrigada a todos os amigos que acreditaram em mim e que me deram todo o apoio durante a realização deste trabalho. Obrigada por compreenderem os momentos em que estive ausente!

Resumo: A presente dissertação tem como objectivo principal a análise dos resultados da aplicação de programas de combate às listas de espera em cirurgia, em Portugal e no Estrangeiro. Concretizando, pretende-se avaliar a evolução das listas de espera cirúrgicas bem como os resultados que se obtiveram após a aplicação de medidas neste sentido. Verificou-se que, quer em Portugal quer no Estrangeiro, houve uma diminuição das listas de espera cirúrgicas bem como uma diminuição do tempo de espera para cirurgia, no entanto o problema das listas de espera não foi totalmente resolvido, o que leva a ponderar a questão da aplicação de outro tipo de mudanças de carácter mais global nos sistemas de saúde vigentes. Como tal, no final do trabalho é feita uma reflexão para a prática, apontado as limitações do estudo e sugerindo pistas para futuras investigações.

Palavras - Chave: Saúde, Lista de Espera, Lista de Inscritos para Cirurgia, Serviço Nacional de Saúde, Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia.

Abstract: This dissertation aims to analyse the main results of the application of programs to combat waiting lists for surgery in Portugal and abroad. Realizing it is intended to assess the evolution of surgical waiting lists and the results that were obtained after the application of measures in this direction. It was found that, both in Portugal and abroad, there was a reduction in surgical waiting lists as well as a decrease on the waiting time for surgery, however the problem of waiting lists has not been fully resolved, which leads to consider the question of the application of another type of more comprehensive changes in health systems in place. As such, at the end of the work, a reflection upon the practice is showed, pointing out the limitations of the study and suggests indications for future research.

Keywords: Health, Waiting Lists, Waiting Lists for Surgery, Serviço Nacional de Saúde, Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia.

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Tempo de espera para cirurgia. (Fonte: Barros, 2008: 2,3)	13
Figura 2 - Processo de gestão de utentes inscritos na LIC (Fonte: UCGIC, 2005: II - 2)	16
Figura 3 - Rede entre os sistemas de informação dos hospitais e o SIGIC (Fonte: UCGIC, 2005: II - 3)	17
Figura 4 - Fluxo e determinantes do tempo de espera (Fonte: UCGIC, 2005: III - 3)	18
Figura 5 - Fase I do processo de gestão de inscritos para cirurgia (Fonte: UCGIC, 2005: IV - 7)	23
Figura 6 - Fase II do processo de gestão de inscritos para cirurgia (Fonte: UCGIC, 2005: IV - 7).....	23
Figura 7 - Efeitos do SIGIC sobre as listas de espera (Fonte: Barros, 2008: 7).....	29
Figura 8 - Mediana do tempo de espera na lista de inscritos para cirurgia por região (Fonte: Adaptado de: Ministério da Saúde, 2007.).....	30
Figura 9 - Evolução da medicina do tempo de espera na lista de inscritos para cirurgia por região (Fonte: Adaptado de: Ministério da Saúde, 2007.).....	30
Figura 10 - Distribuição da lista de inscritos para cirurgia por grupos de serviços (Fonte: Adaptado de: Ministério da Saúde, 2007.)	31
Figura 11 - Mediana do tempo de espera na lista de inscritos para cirurgia em meses, por grupos de serviços (Fonte: Adaptado de: Ministério da Saúde, 2007.)	32
Figura 12 - Percentagem de utentes em Lista de Espera para Cirurgia com Tempo de Espera Superior a 12 meses. (Fonte: Adaptado de: Ministério da Saúde, 2007.)	33
Figura 13 - Evolução da Lista de Inscritos para Cirurgia relativa a Neoplasias Malignas (2005 - 2009) (Fonte: Unidade Central de Gestão de Inscritos para Cirurgia, 2010: 2.)	33
Figura 14 - Percentagem de Admissões por Especialidade Cirúrgica, Austrália, Junho de 2008. (Fonte: Department of Health, western Austrália, 2008: 4.)	39
Figura 15 - Admissões das Listas de Espera em Hospitais Públicos, Austrália, Setembro de 2006 - Junho de 2008 (Fonte: Department of Health, western Austrália, 2008: 5.)	40
Figura 16 - Casos e Percentagem de Casos das Listas de Espera dos hospitais públicos admitidos para cirurgia, Austrália, Setembro de 2006 - Junho de 2008 (Fonte: Department of Health, western Austrália, 2008: 6.)	40

ÍNDICE DE QUADROS

Tabela 1 - Motivos de cancelamento do agendamento da cirurgia	26
Tabela 2 - Tempos de espera em cinco países.....	36
Tabela 3 - Percentagem de utentes em lista de espera há mais de 12 semanas em 9 países da OCDE (ano de 1990)	41

LISTA DE ACRÓNIMOS

ARS - Administração Regional de Saúde
CA - Conselho de Administração
DGS - Direcção Geral de Saúde
IGIF - Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde
LIC - Lista de Inscritos para Cirurgia
LVT - Lisboa e Vale do Tejo
OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
PECLEC - Programa Especial de Combate às Listas de Espera
PERLE - Programa Específico de Resolução de Listas de Espera
PPA - Programa de Promoção do Acesso
PNS - Plano Nacional de Saúde
RIS - Rede Informática da Saúde
SAP - Serviço de Ambulatório Permanente
SI - Sistema de Informação
SIGIC - Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia
SIGLIC - Sistema Informático de Gestão da Lista de Inscritos para Cirurgia
SNS - Serviço Nacional de Saúde
UCGIC - Unidade Central de Gestão de Inscritos para Cirurgia
UHGIC - Unidade Hospitalar de Gestão de Inscritos para Cirurgia
URGIC - Unidade Regional de Gestão de Inscritos para Cirurgia

ÍNDICE GERAL

1. Introdução	1
2. O Conceito de Saúde	3
3. Produção de Cuidados de Saúde	4
3.1 - Níveis dos Serviços de Saúde	5
3.1.1 - Serviços de Cuidados de Saúde Primários	5
3.1.2 - Serviços de Cuidados Diferenciados	6
3.2 - Articulação entre Serviços	7
4. O SNS	8
4.1 - O Modelo do SNS	8
4.2 - Diagnóstico de um Sistema	9
4.3 - Tendências	10
4.4 - Políticas Sociais do SNS	11
5. As Listas de Espera em Portugal	12
5.1 - O SIGIC	15
5.1.1 - Objectivos e Estratégias	19
5.1.2 - Princípios - Chave	19
5.1.3 - Estrutura e Funções das Unidades de Apoio ao SIGIC	20
5.1.4 - Direitos e Deveres dos Utentes	22
5.1.5 - Fases do Processo de Gestão do Utente	23
5.1.6 - Sistema de Informação de Suporte ao SIGIC	24
5.2 - O Processo de Gestão de Utentes no Hospital de Origem	24
6. Análise Comparativa da Situação em Diversos Países	28
6.1 - Análise de Dados em Portugal	28
6.2 - Análise de Dados no Estrangeiro	34
7. Considerações Finais	42
8. Bibliografia	45

1. Introdução

Desde sempre que o sector da saúde assume uma importância notável nas sociedades. Nomeadamente, a década de 1980 e 1990 foi forte no que diz respeito às formas de indicadores de processo na tentativa de controlar os serviços de saúde. Por todo o mundo e, por exemplo, nos Estados Unidos, a atenção tem sido mais centrada em indicadores de *outcome* (qual foi o resultado) do que de processo (o que foi feito), à semelhança do que acontece em Portugal. No entanto acredita-se que a introdução de indicadores de processo numa organização de saúde reforçará a qualidade dos procedimentos, o que, por sua vez, melhorará os *outcomes* ao nível da população e da poupança de recursos (Giraldes, 2008).

Em 2007, Giraldes procedeu a uma avaliação dos hospitais (Avaliação da Eficiência e da Qualidade em Hospitais em Entidades Públicas Empresariais e Sector Público Administrativo), cujo objectivo foi proceder a uma avaliação dos Hospitais numa perspectiva de eficiência, utilizando indicadores de gestão, e de qualidade, nomeadamente indicadores de processo e de *outcome* (Giraldes, 2007). A referida equipa construiu também um Indicador Agregado de Avaliação da Qualidade, que considera indicadores de processo tais como: a percentagem de cirurgias em ambulatório e a percentagem de cesarianas no total de partos e a taxa de autópsias e, um indicador de *outcome*, a percentagem de episódios de internamento por infecções cirúrgicas no total de procedimentos cirúrgicos.

A baixa percentagem de cirurgias em ambulatório, no valor de 17,6%, que é mesmo inexistente em vários hospitais revela a necessidade de uma intervenção neste domínio, dado que a política das cirurgias em ambulatório indica a qualidade da prestação. A percentagem de cesarianas no total de partos é de uma forma geral muito elevada em todos os hospitais, em que o valor médio do Continente é de cerca de 30%, valor idêntico ao de 2003, apesar dos conhecidos esforços realizados neste domínio (Giraldes, 2007). O autor sugere a criação de uma Comissão sobre Intervenção Cirúrgica em Ambulatório, a qual deverá definir, caso a caso, as patologias e as condições específicas dos utentes, idade, situação socioeconómica, assim como, a gravidade da situação clínica, com vista a implementar uma política de cirurgia em ambulatório. O tratamento cirúrgico de muitos dos utentes em regime de ambulatório contribui para diminuir os tempos de internamento, e as listas de espera, com consequentes benefícios sócio-familiares, económicos e psicológicos para o utente.

À semelhança do estudo apresentado, também no estrangeiro, a percentagem de cirurgias realizadas em ambulatório foi de 17,6% no ano de 2004, no entanto, em Portugal a percentagem de cirurgias realizadas em ambulatório é muito inferior ao Reino Unido. Exemplo disso são as cirurgias

realizadas às hérnias, cataratas, varizes e artrite do joelho, que em Portugal apresentam valores de 7%, 3,1%, 2,5% e 1,9%, ao passo que no Reino Unido, essas mesmas cirurgias assumem valores de 37,6%, 67,2%, 45,4% e 66,6%, respectivamente (Giraldes, 2007).

Precisamente, no caso específico de utentes submetidos a cirurgia cardíaca, embora os dados sejam escassos, verifica-se que esta requer um rigor de procedimentos, quer devido ao risco clínico que envolvem quer ao conjunto de reacções emocionais que podem provocar no utente, pelo que constituem um exemplo claro da necessidade de apostar na qualidade e eficiência dos procedimentos cirúrgicos (Costa *et al.*, 2008).

O aumento da qualidade e eficiência dos serviços cirúrgicos, embora permita uma melhor *performance* aos serviços de saúde, coloca um desafio que tem preocupado e tomado a atenção do corpo científico: o conseqüente aumento das listas de espera para cirurgia (Barros, 2008).

Deste modo, quer em Portugal quer no estrangeiro tem-se desenvolvido vários programas para fazer face a esta problemática. Assim, os objectivos deste trabalho, realizado no âmbito do mestrado em Gestão de Unidades de Saúde, passam por:

- Analisar e compreender a problemática das listas de espera em Portugal e no Estrangeiro;
- Analisar os programas utilizados para minimizar as listas de espera;
- Compreender o impacto desses programas nas listas de espera para cirurgia.

Desta forma, começa-se por realizar uma pequena explanação de alguns aspectos teóricos inerentes ao tema, tais como: o conceito de saúde, o tipo de serviços prestados e a caracterização do SNS. Seguidamente apresenta-se o programa mais utilizado em Portugal como forma de combate às listas de espera, o SIGIC, passando-se depois à análise de dados no que concerne ao impacto dos programas utilizados em Portugal e no Estrangeiro, seguindo-se as considerações finais e bibliografia.

2. O Conceito de Saúde

A palavra saúde ouve-se no quotidiano com frequência, sobretudo quando as pessoas têm este bem tão precioso em causa. Esta é pois *“uma palavra que não nos abandona mesmo quando o corpo se arrasta e desfalece. Se se faz esquecer é apenas momentaneamente”* (Honoré, 2002).

Segundo Ferreira (1989), a realidade com que a nossa sociedade se confronta é que a saúde não é um bem público acessível a toda a população. No entanto, numa sociedade democrática e solidária considera-se que todo o cidadão tem o direito de acesso a cuidados de saúde. Não obstante, para que a saúde possa ser considerada um bem público, seria necessário que o consumo de bens de saúde de alguns não interferisse com a quantidade de cuidados disponíveis para outros.

Sabe-se que a saúde é um factor essencial da vida humana e um valor que supera todos os outros ao longo da existência de cada indivíduo na criação de bem-estar, capacidade de trabalho e de felicidade pessoal. Reconhece-se que a doença é uma situação corporal e espiritual exactamente oposta à saúde. Mas, as noções de saúde e doenças não são absolutas e universais, nem alguma vez foram perfeitamente definidas no que concerne à separação ou distinção das mudanças que ocorrem na passagem de um conceito para outro. A ideia de saúde ou doença corresponde assim a conceitos gerais em evolução com o progresso dos conhecimentos sobre o funcionamento do organismo humano e os factores intrínsecos e/ou extrínsecos que o afectam, pelo que o seu significado e conteúdo têm sido histórica e culturalmente contingentes (Honoré, 2002).

Segundo Ferreira (1989), ao longo dos tempos, têm-se desenvolvido ideias culturais diferentes sobre as causas e a natureza das doenças, tidas como entidades opostas à condição natural de saúde. Vários são os investigadores que têm procurado demonstrar que os conceitos e o comportamento das pessoas e comunidades a respeito da doença e suas causas assentaram sempre no tipo de cultura e ideias religiosas dominantes em cada sociedade. Até épocas mais recentes, cada sociedade interpretou os estados de saúde e doença de uma forma simplista e muito própria. No entanto, o pensamento das sociedades nos últimos 100 anos, passou a ser dominado por interpretações assentes em conhecimento científico, o que levou à premissa de que é mais correcto estabelecer um conceito de saúde - doença com graus de manifestação variáveis, no que concerne aos aspectos físico e psicológico.

O sector da saúde ocupa actualmente um espaço essencial na sociedade, quer em termos económicos, sociais ou meramente mediáticos. Deste modo, a análise da saúde e a procura de mecanismos que melhorem o seu funcionamento podem ser vistos mediante uma perspectiva

económica. O papel da economia da saúde, como instrumento de compreensão e intervenção nas organizações tem assumido um papel cada vez mais marcante (Barros, 2001).

Pinto, citado por Barros (2005) afirma que *“a sociedade e a vida têm um valor infinito... é o que se costuma dizer, embora seja talvez difícil de o assumir em todas as suas conseqüências... em economia, o valor de um bem é o seu custo de substituição. Em saúde, a vida e a saúde têm um valor infinito, para o próprio e para os seus próximos... mas numa óptica populacional o custo de substituição de uma vida é nulo”*.

3. Produção de Cuidados de Saúde

A produção de cuidados de saúde inclui realidades e serviços de características muito distintas, pelo que se torna necessário tratar de forma individualizada os diferentes tipos de cuidados prestados. Os serviços públicos, pela sua natureza e pela origem dos seus recursos devem sempre constituir-se e funcionar de acordo com os seguintes princípios (Barros, 2008):

- Qualidade e efectividade da sua produção;
- Garantia de acessibilidade e transparência;
- Rigor e economia de meios.

Os serviços de saúde têm cada vez mais necessidade de compatibilizar a equidade de acesso e tratamento com a eficiência e qualidade global. Na verdade, a teoria documenta as vantagens clínicas que se obtêm quando se trabalha com casuística significativa, sob a concentração de recursos humanos e tecnológicos, uma condição necessária para a obtenção simultânea de efectividade. A concentração de recursos deve ser conciliada com o acesso, descentralização e localização em função da população e sua relevância (Simões, 2004).

A estrutura e organização dos serviços de saúde tem em vista garantir que a população tem à sua disposição todos os cuidados necessários, devendo assentar numa hierarquia de competências, inter-relações e áreas de intervenção bem definidas, compatibilizando tal necessidade de planeamento, com o aumento da liberdade de opção dos utilizadores dos serviços (Barros, 2001).

Segundo Barros (2005), no período compreendido entre 2005 e 2010 haveria situações críticas no que concerne à prestação dos cuidados de saúde, contribuindo para esse factores aspectos como: mudanças globais de poder, alterações económicas e políticas, alterações climatéricas e os elevados custos com a saúde. Desta forma, o autor considera que a economia *“consiste no estudo da afectação de recursos escassos susceptíveis de usos alternativos a necessidades virtualmente ilimitadas”*, o que no âmbito da saúde em geral assume uma importância cada vez mais

significativa. Assim, assistiu-se a um progressivo aumento no peso das despesas em saúde em termos de consumo de recursos, nomeadamente em termos da despesa pública.

O envelhecimento da população, associado ao aumento da esperança média de vida e ao progresso tecnológico, está a ter um papel preponderante na prestação de cuidados de saúde. De entre a população com mais de 65 anos, 41% tem mais de 75 e, 21% tem mais de 80 (Delgado, 1999). Vivemos pois, numa época em que se valoriza os direitos dos utentes, sendo as suas exigências cada vez maiores no que respeita à prestação de cuidados de saúde, o que determina um investimento cada vez maior nesta área (Delgado, 1999; Barros, 2005).

3.1 - Níveis dos Serviços de Saúde

Quando se trata de racionalizar a oferta de cuidados tem-se forçosamente que concentrar os recursos humanos e tecnológicos em unidades com a dimensão adequada para garantir a qualidade dos cuidados prestados e, conjugar este pressuposto com uma localização que assegure a acessibilidade às populações. A estrutura destes serviços terá como objectivo proporcionar o maior número de cuidados primários e secundários possível, alicerçados numa hierarquia de competências, inter-relações e áreas de intervenção bem definidas (Pedro, 2008).

3.1.1 - Serviços de Cuidados de Saúde Primários

Os cuidados de saúde primários são definidos como aqueles cuidados essenciais, baseados em metodologias práticas, fundamentadas do ponto de vista científico e socialmente aceitáveis, bem como acessíveis a todos os indivíduos (Direcção Geral da Saúde, 2006).

Os referidos cuidados representam o primeiro nível de contacto entre o utente e um serviço permanente, sendo o centro de saúde a unidade física e funcional que assume esta responsabilidade, garantindo a promoção de saúde e a prevenção de doenças e problemas de saúde (Ministério da Saúde, 2007).

Nesta linha de raciocínio, cabe ao centro de saúde garantir os recursos adequados ao aumento das suas áreas de intervenção, tendo em vista a rentabilização dos recursos e a efectividade da intervenção, através de (Instituto de Gestão Informática da Saúde, 2006):

- Sistema de vigilância epidemiológica;
- Sistema de avaliação/garantia da qualidade das intervenções;

- Articulação com os hospitais e outros sectores da comunidade para a consecução daqueles objectivos, de forma a assegurar a participação de profissionais em áreas específicas de cuidados básicos.

Qualquer instituição de saúde deve organizar as suas intervenções segundo uma perspectiva multidisciplinar de trabalho. No que concerne aos centros de saúde, colaboram os seguintes profissionais/áreas de intervenção (Ministério da Saúde, 2007):

- Engenharia sanitária;
- Segurança Social/Solidariedade Social;
- Educação;
- Medicina do Trabalho/Saúde Ocupacional;
- Saúde Mental;
- Serviços de Apoio a Idosos.

3.1.2 - Serviços de Cuidados Diferenciados

Os hospitais constituem uma das valências mais significativas do SNS. Neles estão instalados os saberes, os conhecimentos e as tecnologias capazes de recuperar a vida, aliviar a dor e curar a doença. Aqui trabalham milhares de profissionais, cujas competências constituem um património técnico e científico indispensável para fazer evoluir o sistema de prestação de cuidados para níveis que se adequam melhor às exigências, às expectativas e às necessidades dos cuidados. Neste seguimento, e no virar do século, o hospital é cada vez mais referido como o local principal da prestação de cuidados de saúde diferenciados, e da promoção da mesma, em regime de permanência, 24 horas por dia (Giraldes, 2008).

Além das tarefas tradicionais em matéria de acolhimento e de prestação de cuidados diferenciados, o hospital deve promover a introdução das inovações tecnológicas, apoiar a investigação, avaliar a qualidade dos cuidados, assegurar o aperfeiçoamento dos níveis técnicos do seu pessoal e, procurar soluções alternativas à hospitalização clássica. Tratando-se de serviços que não podem ter todos o mesmo tipo de meios e atender o mesmo tipo de patologias, é indispensável hierarquizá-los, distribuí-los pelo território e conseguir a sua articulação recíproca (Giraldes, 2007).

A rede hospitalar envolve algumas valências diferenciadas as quais se articulam entre si de modo a responder às necessidades da população abrangente (Giraldes, 2003).

3.2 - Articulação entre Serviços

Os serviços prestadores de cuidados de saúde devem constituir uma rede hierarquizada. Desta forma os centros de saúde funcionam na escala dos cuidados de saúde primários, com vocação e âmbito distintos dos hospitais. Por seu lado, o recurso ao hospital só deveria verificar-se quando se impusesse a necessidade de um diagnóstico ou tratamento diferenciados (Delgado, 1999).

Estas características de complementaridade entre os dois níveis de cuidados obrigam a aperfeiçoar o modelo organizacional e a prática profissional dos vários intervenientes no processo. A consecução dos objectivos impõe, entre outras medidas, uma articulação efectiva entre os serviços dos vários níveis e uma boa relação entre as várias instituições e os diferentes profissionais (Campos, 2005), nomeadamente através das seguintes medidas (Simões, 2004):

- Estimular o interesse do especialista hospitalar pelas actividades desenvolvidas nos centros de saúde, chamá-lo a colaborar e demonstrar-lhe a importância destes cuidados para a melhoria da organização dos cuidados diferenciados;
- Melhorar o atendimento hospitalar, reduzindo os tempos de espera através de um alargamento dos horários de funcionamento das consultas externas e dos serviços de apoio;
- Criar um sistema que permita a troca de informação entre serviços do mesmo hospital, entre o hospital e os centros de saúde e hospitais entre si, o que implica a adopção de um sistema de informação necessária e evite a sua redundância;
- Criar canais de comunicação entre médicos de família e especialistas hospitalares que facilitem o intercâmbio de informação e a referência personalizada;
- Estabelecer uma cooperação técnica e científica entre os dois níveis de cuidados.

4. O SNS

4.1 - O Modelo do SNS

Os primeiros passos para a construção do actual modelo do Serviço Nacional de Saúde (SNS) foram preconizados por Gonçalves Ferreira, quando este, em 1971, lançou a rede de Centros de Saúde. No entanto, o modelo só começa a ganhar forma em 1979, com a aprovação do constante na Constituição da República Portuguesa de 1976. Ainda neste ano e, com o “*Despacho Arnaut*”, a rede de Centros de Saúde passou a abranger os postos de Previdência Social, através dos quais os cuidados prestados seriam igualmente acessíveis a todos os cidadãos, independentemente do seu poder económico e, como consequência, da sua capacidade contributiva. Apesar dos importantes progressos verificados até 1976, só em 1979 se verifica a mudança crucial, ou seja, a criação propriamente dita do Serviço Nacional de Saúde, salientando-se o direito à saúde, o qual se pretendia universal e gratuito, independentemente das capacidades económicas dos cidadãos (Campos, 2003).

No seguimento do constante no artigo nº 64 da Constituição da República de 1976 (“*todos têm direito à protecção da saúde e o dever de a defender e promover*”), foi decretado esse mesmo. De forma mais detalhada, no que respeita ao SNS, foi decretado que (Giraldes, 1991):

- Todos têm direito à protecção da saúde e o dever de a defender e promover;
- O direito à protecção da saúde é realizado;
- O serviço nacional de saúde tem gestão descentralizada e participada.

O princípio da gratuitidade completa mantido até então foi posto de parte em 1989, aquando da segunda revisão constitucional, no entanto, as alterações não se esgotaram neste ponto: a Lei de Bases da Saúde de 1990 e o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde de 1993 consagraram a diferenciação entre Sistema Nacional de Saúde e Serviço Nacional de Saúde (Giraldes, 2003).

No sistema de organização hospitalar é indispensável proporcionar oportunidades que melhorem a efectividade e eficiência dos serviços prestados, visto que a oferta de um serviço de qualidade, não dependente de factores económicos, sociais e geográficos, é um direito que assiste à população portuguesa (Giraldes, 2003).

Rapidamente, o SNS tornou-se numa das bandeiras do regime, uma espécie de desígnio colectivo e nacional, cujas bases são subscritas até hoje por todos os partidos com assento parlamentar. Este consenso abriu espaço a que, ao longo dos anos, e entre outros aspectos, a Saúde fosse absorvendo, e de forma exponencialmente crescente, cada vez mais recursos, com algumas vantagens visíveis.

Hoje em dia, em Portugal, existe uma vasta e variada oferta de cuidados de saúde, capaz de responder a um leque significativo de necessidades das populações. Facilitou-se também aos cidadãos um amplo acesso ao medicamento e foram desenvolvidas várias acções no plano da prevenção, com resultados positivos verificáveis no bom posicionamento relativo de Portugal nos índices internacionais de Saúde Pública (IGIF, 2006).

A população, mais do que as suas deficiências, valorizou ao longo dos anos os benefícios que o actual sistema trouxe para o país. Por isso, é difícil equacionar soluções fora do quadro constitucional vigente, já que não merecerão qualquer acolhimento ao nível das políticas públicas, por não serem capazes de quebrar, no actual momento, o consenso geral. Este tipo de abordagem, embora confortável, conduz muitas vezes a uma perda da objectividade, rodeada que está de uma enorme carga “afectivo-ideológica”. Aqui, mais que acentuar os dogmas, parte-se para soluções que atendam ao contexto actual do país, em matéria de recursos e capacidade instalada, à sua complexidade e diversidade (Campos, 1995).

Na actualidade o SNS enfrenta um conjunto de problemas que têm sido objecto de interesse dos analistas bem como das políticas de saúde sendo eles: as listas de espera, as situações que não carecem de recurso às urgências hospitalares mas que ocupam este serviço, a insatisfação de utentes e profissionais, o crescimento da despesa no sector da saúde, o aparecimento de grupos com necessidades especiais (toxicoddependência, alcoolismo, VIH), A generalização dos transplantes e os acidentes de viação (DGS, 2000).

4.2 - Diagnóstico de um Sistema

No que concerne à organização económica da saúde, embora partilhe vários aspectos com outras realidades, existem factores que o tornam único em termos de problemas económicos, nomeadamente: presença de incerteza, papel das instituições sem fins lucrativos e fortes juízos éticos (Barros, 2005). O exemplo mais flagrante em termos de juízos éticos é precisamente a premissa de que ninguém deverá ser privado de cuidados de saúde, independentemente da condição financeira (Barros, 2001).

Num sistema de saúde, baseado no preço e livre no mercado, o preço funciona como medida de valor, actuando como distribuidor de recursos e permitindo medir a eficácia do mesmo (Barros, 2008), o que o torna num forte esquema de informação e incentivos (Berky, citado por Simões, 2004).

Nos últimos anos, no sector da saúde, o governo optou por um modo de funcionamento diferente das demais áreas do mercado. Deste modo o Orçamento de Estado financiou quase todos os

encargos com a saúde, sendo as políticas de saúde avaliadas de acordo com a despesa, o que de acordo com Barros (2001) foi favorável aos governos, que poderiam viabilizar as unidades e serviços de saúde, mesmo quando estas implicavam custos elevados e prestadores de cuidados insuficientes.

Deste modo, a saúde viria a ser gerida tendo em conta a oferta, a qual teve que fazer face à despesa, sempre crescente, o que, do ponto de vista económico, se tornou inviável pois não se teve em conta o princípio económico da escassez dos recursos (Barros, 2005).

Em consequência, e de forma cada vez mais acentuada, o poder político da saúde foi-se transportando para o lado dos profissionais em detrimento dos utentes, o que faz com que nem sempre os serviços vão de encontro às reais necessidades dos mesmos. O que compromete o sistema do ponto de vista da qualidade (Barros, 2005).

4.3 - Tendências

Dado o panorama anterior, compreende-se a necessidade de uma mudança, pelo que o Ministério da Saúde foi tomando a promoção de alterações no sistema, tais como a comparticipação dos medicamentos e o modelo de financiamento dos hospitais. Surgem assim o financiamento prospectivo e o cumprimento de contratos - programa, como um esforço no sentido de uma melhor gestão da saúde (Campos, 2005).

Embora todos os passos mencionados tenham sido válidos e necessários, não foram suficientes para a mudança efectiva, sendo para isso necessário um sistema de preços formado livremente no mercado, a divulgação da informação e um reajuste dos incentivos (Barros, 2008). Um sistema com estas características permitirá um equilíbrio das necessidades dos utentes e do sistema, bem como aferir quais as unidades que prestam melhores cuidados do ponto de vista da qualidade - eficiência (Campos, 2003).

Com estas alterações é possível ao poder político proceder ao encerramento das unidades que se encontrem num ciclo vicioso de ineficiência e sem qualidade. No entanto, mais do que conciliar do financiador da saúde com a respectiva unidade, para conseguir alterações efectivas, será também necessário conciliar os interesses dos profissionais de saúde com os órgãos de gestão (Barros, 2008).

As novidades, em termos de actuação pública, com reflexos na organização económica do sector, têm sido várias: apoio ao sector privado, com ou sem fins lucrativos, cuidados tendencialmente gratuitos, a possibilidade de encorajar seguros de saúde privados, a possibilidade da gestão de serviços públicos ser feita pelo sector privado e a transformação de unidades de prestação de cuidados de saúde em entidades com funcionamento mais próximo da lógica empresarial (Barros, 2005).

Devem ainda valorizar-se os cidadãos que, ao longo da vida, optaram por manter hábitos saudáveis que se traduzem numa menor oneração das finanças públicas. A melhor forma de controlar a despesa passa precisamente pela prevenção, pelo que seria interessante o estado recompensar aqueles que preservem a saúde e, com a sua conduta, evitem a doença. Acima de tudo, importa perceber que os próximos tempos vão ser de enorme dificuldade, mas que o bem-estar a longo prazo depende da capacidade de saber introduzir as mudanças certas, rumo a uma sociedade mais rigorosa, responsável e livre (Giraldes, 1995).

4.4 - Políticas Sociais do SNS

A saúde é um bem e um direito que deve assistir a todos os cidadãos, constituindo uma das políticas sociais que mais contribui para uma sociedade justa e solidária. O essencial é que todos tenham acesso aos melhores cuidados de saúde sempre que deles necessitem. É fundamental garantir às pessoas um atendimento de qualidade, em tempo útil, com eficácia e humanidade, através de um sistema de saúde centrado no cidadão e orientado para a prestação de cuidados de saúde a quem precisa e não para a satisfação das necessidades do próprio sistema (Giraldes, 1991). Desta forma, os objectivos do sistema de saúde deveram passar por (Campos, 2003):

- Propiciar melhores cuidados de saúde e com maior proximidade ao utente, assumindo o desafio da qualidade;
- Garantir a acessibilidade dos portugueses aos cuidados de saúde, em especial no que se refere às listas de espera cirúrgicas e à melhoria do acesso aos cuidados primários;
- Assegurar a sustentabilidade financeira do sistema, incrementando a eficiência e o rigor na aplicação dos recursos disponibilizados;
- Optimizar e promover os recursos humanos do sector.

É impreterível reorientar a saúde, caminhando do domínio da luta contra a doença para uma visão mais moderna dos ganhos em saúde, onde o instrumento de mudança é o Plano Nacional de Saúde (PNS). Concluído em 2004, o PNS concretiza a estratégia fundamental em função da qual este deve ser modernizado. Este identifica os factores de risco de doença mais importantes a combater e concretiza as áreas prioritárias de investimento na saúde dos portugueses (Campos, 1995).

É necessário orientar o SNS para a prevenção da doença e para a construção de respostas adequadas às necessidades concretas dos cidadãos. Este, está demasiado centrado em serviços que tratam a doença e dirige ainda pouco investimento para as acções que a previnem. Os recursos encontram-se excessivamente voltados para a oferta de cuidados, para os edifícios, os equipamentos, os direitos e regalias dos prestadores, em desfavor de uma mais forte consideração das necessidades das pessoas, na base da procura dos serviços. Desta forma, torna-se premente investir mais na informação ao cidadão, na flexibilidade das soluções, no combate ao hospitalocentrismo, na

formação dos prestadores para a qualidade e excelência e na proximidade das respostas (Giraldes, 2003).

Quando se trata de priorizar as áreas de intervenção na saúde da população portuguesa surge sempre a questão das listas de esperar nos vários sectores da saúde, nomeadamente no que concerne às listas de espera para cirurgia.

5. As Listas de Espera em Portugal

A existência de listas de espera é um dos aspectos do acesso a cuidados de saúde que mais tem sido alvo de discussão política. Uma das explicações para o aumento das listas de espera prende-se com os importantes avanços na tecnologia cirúrgica e anestésica, verificadas nas últimas décadas, as quais vieram aumentar o alcance, a segurança e a eficiência dos procedimentos cirúrgicos oferecidos pelos sistema de saúde. Este facto teve como consequência o aumento significativo na procura de cirurgias (Barros, 2008). No entanto, e numa visão menos favorável, podem entender-se as listas de espera como o resultado de uma incapacidade do sistema de saúde em satisfazer as necessidades elementares de saúde dos cidadãos.

Uma visão global das listas de espera nos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) aponta para a existência de listas de espera para cirurgia programada em pelo menos metade dos países analisados. Embora exista alguma diversidade nestes países no que concerne às listas de espera, verificam-se algumas regularidades: tempos de espera elevados surgem sobretudo em países que recorrem a seguro de saúde público e restrições na capacidade cirúrgica (Barros, 2008). Se, por um lado, o seguro de saúde público elimina dos utentes as barreiras financeiras ao acesso, levando ao aumento da procura, por outro lado, restrições na capacidade cirúrgica evitam que a procura iguale a oferta. É chamada a atenção para o facto de o tempo óptimo de espera não ser zero, isto porque pode ser eficiente, em termos de custos, ter pequenas filas para casos de cirurgia programada, uma vez que as consequências adversas para a saúde de ligeiros atrasos são pequenos e permitem poupanças na capacidade do hospital (Barros, 2005).

A questão das listas de espera gera muitas vezes situações de conflito entre duas dimensões: eficiência e equidade. Exemplo disso seria a possibilidade de, perante um problema de excesso de procura, ter pagamentos entre pessoas em listas de espera para trocarem de lugar, o que de um ponto de vista ético poderá ser tomado como inadequado por algumas pessoas (Barros, 2001).

No que diz respeito aos tempos de espera, há vários pontos de análise, relativamente ao que se refere às intervenções cirúrgicas, tal como é apresentado na figura seguinte (Barros, 2008).

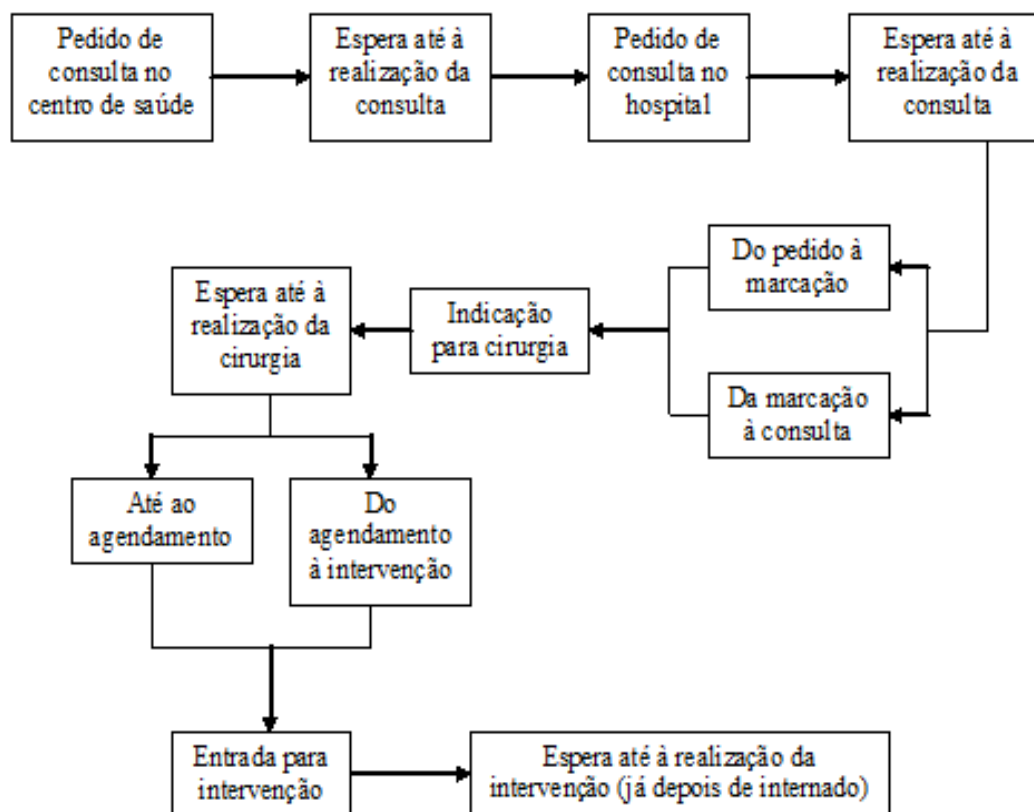


Figura 1 - Tempo de espera para cirurgia. (Fonte: Barros, 2008: 2,3)

O envelhecimento da população e a procura acrescida a que este obriga em relação a alguns procedimentos cirúrgicos não é um factor controlável pelas autoridades de saúde, assim como a adopção de novas tecnologias e as expectativas da população daí decorrentes. Porém, se o controlo destes factores escapa às autoridades de saúde, os aspectos de prática clínica podem ser indutores de uma utilização mais racional de recursos, nomeadamente através da criação de protocolos médicos, entre outras medidas (Pedro, 2008).

Uma das formas pela qual se tenta solucionar a questão das listas de espera é através da noção de tempo aceitável de espera, que depende da condição clínica do utente e da patologia envolvida. Esta permite que haja uma lista de espera que minimiza as oscilações na chegada de novos utentes ao sistema e que permite uma melhor programação da prática médica (Ministério da Saúde, 2007).

Na última década, a sociedade tem vindo a demonstrar, de forma crescente, um descontentamento em relação ao tempo de espera para a realização de cirurgias, factor este que deu lugar a algumas iniciativas governamentais que procuraram diminuir o número de utentes que se encontravam em lista de espera há mais de um ano. Exemplo disso é o Programa para a Promoção do Acesso que se iniciou em 1999 e que progrediu para o Programa Especial de Combate às Listas de Espera Cirúrgicas (PECLEC), iniciado em 2002 (Pedro, 2008).

Desde que o problema das listas de espera para cirurgia existe e tomou grandes proporções que se têm criado vários programas no sentido de o minimizar. Deste modo o primeiro desta linha de programas foi o PECLEC, aprovado pela Resolução do conselho de Ministros n.º 100/2002 de 26 de Abril, o qual foi concebido com um carácter temporário de dois anos, de modo a fornecer uma resposta rápida às necessidades dos utentes (Pedro, 2008).

Dada a proximidade do término do PECLEC, e numa tentativa de dar continuidade ao trabalho já iniciado, a mesma Resolução do Conselho de Ministros referida em epígrafe cria o SIGIC, com o objectivo de reduzir o tempo médio de espera para cirurgia e de controlar o tempo máximo de espera, sendo para isso necessário que todos os utentes estejam inscritos na LIC. Este sistema, que se pretendeu universal, abarcando toda a actividade cirúrgica que se realiza de forma programada nos hospitais do SNS, obtém o seu funcionamento em unidades criadas a nível central, regional e local e tem como suporte informático uma aplicação integradora de todos os sistemas informáticos dos hospitais, um programa desenvolvido no âmbito do Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde (IGIF) (Barros, 2008).

De facto, no caso da história recente das listas de espera em Portugal, tem-se registado a criação de diversos programas de combate às listas de espera, nomeadamente (Barros, 2008):

- O PERLE - Programa Específico de Resolução de Listas de Espera (1995);
- O PPA - Programa de Promoção do Acesso (1999);
- O PECLEC - Programa Especial de Combate às Listas de Espera Cirúrgicas (2001);
- O SIGIC - Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (2004).

Em 2004, dada a incapacidade detectada pelos programas anteriores, foi dado início a uma abordagem distinta, que começou a ser aplicada em 2005 nas regiões de saúde do Algarve e do Alentejo, o SIGIC, o qual tinha como objectivo a redução das listas de espera através de uma melhor gestão das mesmas e da própria actividade, aproveitando as possibilidades de troca de informação entre instituições. Passou também a existir um tempo máximo de espera aceitável ao fim do qual o utente teria direito a ser operado noutra estabelecimento (IGIF, 2006).

5.1 - O SIGIC

A necessidade de criar um sistema de combate às listas de espera tornou-se cada vez mais emergente e, em 27 de Abril de 2004 foi criado o Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC) para fazer face a este problema, uma vez que a resolução das listas de espera para cirurgia continuava a ser uma das principais preocupações da população portuguesa (figura 2). Deste modo tomou-se como ponto de partida as abordagens realizadas por outros países europeus, uma vez que estas tentavam resolver situações semelhantes (UCGIC, 2005), das quais resultaram cinco princípios sob os quais assenta o SIGIC (IGIF, 2004):

- Garantia do tratamento de acordo com as regras estabelecidas e dentro de um período de tempo definido;
- Emissão de um certificado de inscrição na LIC de modo a um maior compromisso do hospital;
- Garantia da uniformização do processo mediante a publicação de um regulamento processual;
- Constituição de estruturas ao nível hospitalar, regional e nacional, por forma a alcançar uma maior controlo e transparência de todo o processo;
- Assinatura, por parte do utente, do consentimento para a inscrição na LIC, para um melhor reconhecimento dos seus direitos e deveres.

Ainda no que diz respeito à experiência observada no estrangeiro surgiram algumas soluções para a resolução do problema das listas de espera (Pedro, 2008):

- Centralização da gestão da LIC - mantendo a informação permanentemente actualizada, optimizando-se assim os recursos disponíveis;
- Uniformização do processo de gestão da LIC - mediante a garantia de transparência e equidade;
- Divulgação da informação sobre a LIC - através da propagação por todos os intervenientes no processo, ou seja, utentes, hospitais e a própria sociedade;
- Definição de objectivos institucionais - centrados no estabelecimento de um tempo máximo de espera de acordo com a patologia em questão;
- Utilização de métodos alternativos nas terapêuticas cirúrgicas - como por exemplo a cirurgia de ambulatório;
- Criação de incentivos ou pagamentos para os profissionais;
- Oferta de alternativas de tratamento ao utente.

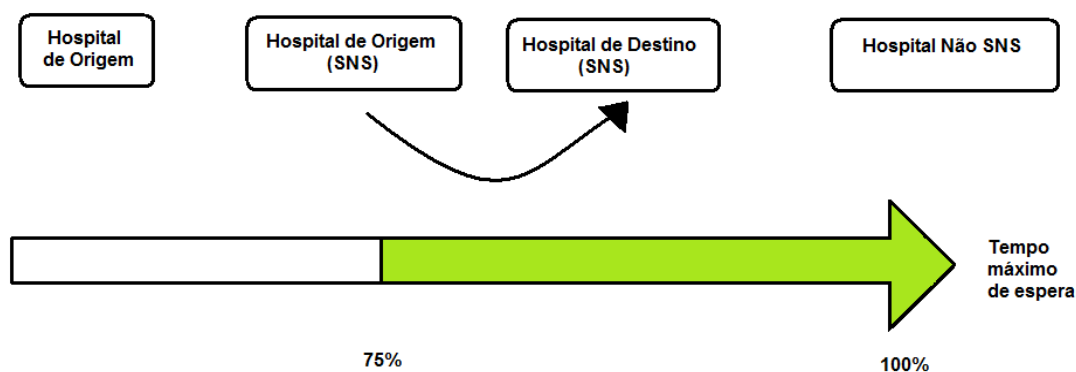


Figura 2 - Processo de gestão de utentes inscritos na LIC (Fonte: UCGIC, 2005: II - 2)

O esforço realizado para que o SIGIC se tornasse num sistema simples resultou na deslocação do utente ao hospital e, na sequência de uma consulta de especialidade, a proposta de realização de uma intervenção cirúrgica. Após a formalização do seu consentimento e posse de um certificado de inscrição na LIC, o utente fica a aguardar a cirurgia até um prazo máximo determinado mediante a prioridade clínica que lhe for atribuída (Ministério da Saúde, 2007).

Em relação ao tempo máximo de espera, o hospital dispõem de um período correspondente a 75%, o qual, se for ultrapassado, confere ao utente a possibilidade de transferência para outro hospital ou a emissão de um vale - cirurgia, o qual lhe permite a realização da intervenção cirúrgica num hospital privado (Barros, 2008). Caso o utente não pretenda nenhuma destas opções, não perde a possibilidade de ser intervencionado, no entanto, a contagem do tempo de espera é reiniciada, sem prejuízo para o hospital, podendo este restabelecer a prioridade clínica e, caso considere necessário, antecipar a cirurgia (Pedro, 2008).

A escolha do hospital público para a transferência do utente não é feita aleatoriamente, obedecendo a uma premissa baseada na disponibilidade da prestação dos cuidados cirúrgicos necessários e na proximidade da residência do utente. Quando realizada a cirurgia, o utente regressa ao hospital de origem onde, se necessário, continuará com outros tratamentos (UCGIC, 2005).

Para que todo este processo funcione correctamente foi criado um sistema informático paralelo ao SIGIC, permitindo uma melhor coordenação do processo, uma automatização de várias etapas, garantindo a conformidade das mesmas, uma visão global dos movimentos na LIC e da execução das cirurgias, constituindo assim uma ferramenta essencial de gestão hospitalar (IGIF, 2004).

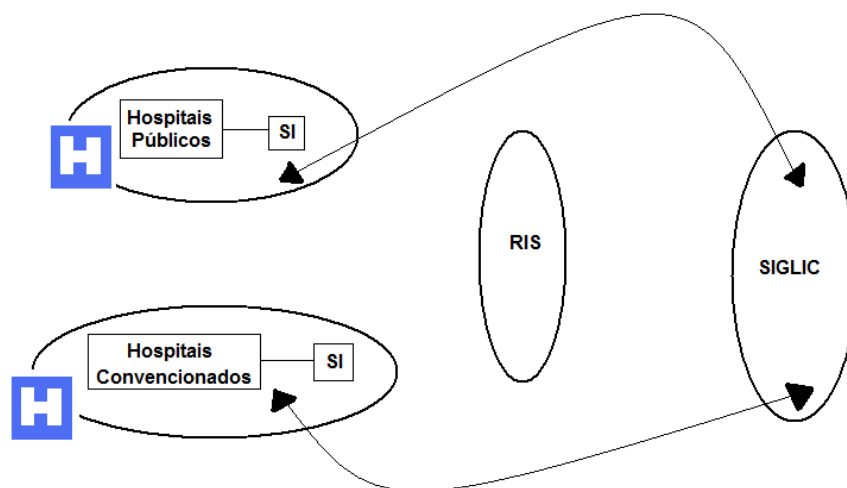


Figura 3 - Rede entre os sistemas de informação dos hospitais e o SIGIC (Fonte: UCGIC, 2005: II - 3)

No SIGIC, os sistemas informáticos dos hospitais interagem entre si e, por via da Rede Informática da Saúde (RIS), transferem a informação que for gerada nos hospitais para o SIGLIC. A transferência de utentes para outras instituições hospitalares e a emissão de vales-cirurgia é feita centralmente, de acordo com regras estabelecidas, permitindo assim a optimização dos recursos distribuídos pelo país (Pedro, 2008).

Neste seguimento, existem toda uma série de critérios subjacentes à gestão dos processos dos utentes na LIC, no sentido de a sua aplicação a todos os hospitais do Serviço Nacional de Saúde (SNS) ser um elemento de garantia de (UCGIC, 2005):

- Uma aplicação do SIGIC que assegure a identificação do episódio do utente e que inclua desde a indicação cirúrgica até à conclusão do processo, mediante:
 - Critérios uniformes de tratamento dos utentes ao longo das diferentes fases do processo;
 - Requisitos mínimos para a execução das tarefas/procedimentos inerentes ao processo;
 - Níveis de comunicação eficazes entre os diferentes intervenientes no processo.
- Uma definição rigorosa dos níveis de responsabilidade para os diferentes intervenientes no SIGIC, designadamente:
 - Utentes;
 - Serviços cirúrgicos e outras áreas hospitalares envolvidas;
 - Unidade Hospitalar de Gestão de Inscritos para Cirurgia (UHGIC);
 - Conselho de Administração do Hospital (CA);
 - Unidade Regional de Gestão de Inscritos para Cirurgia (URGIC);
 - Unidade Central de Gestão de Inscritos para Cirurgia (UCGIC).

- Uma gestão mais eficiente da LIC através da recolha de um conjunto pré - definido de dados;
- Uma maior e melhor comparação de resultados obtidos através da utilização de critérios uniformes de avaliação e controlo da qualidade na gestão da LIC.

O desenvolvimento do SIGIC teve assim início em Janeiro de 2004 em vários hospitais públicos e privados, bem como em Administrações Regionais de Saúde (ARS) e Direcção Geral de Saúde (DGS). Neste seguimento a maior atenção centrou-se no tempo de espera para cirurgia programada (figura 4), sendo a prioridade direccionada para o aumento dos recursos disponíveis, mediante o estabelecimento da prioridade clínica de acordo com a patologia e uma gestão adequada da LIC (UCGIC, 2005).

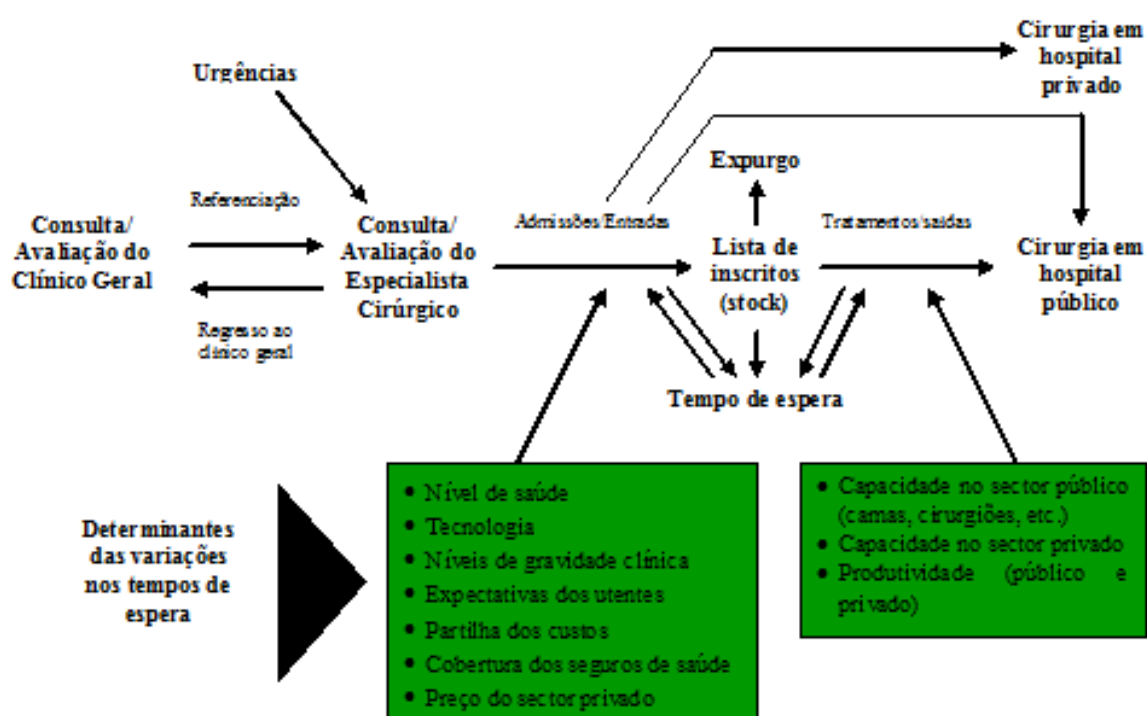


Figura 4 - Fluxo e determinantes do tempo de espera (Fonte: UCGIC, 2005: III - 3)

Em Portugal o estudo teve início no Algarve e Alentejo, procedendo-se ao levantamento do processo de gestão das listas de espera utilizado, passando-se ao desenho do modelo e seu registo por escrito. Procedeu-se à apresentação do modelo a diversas entidades e confrontaram-se os dados das ARS e dos hospitais. Posto isto arrancou-se com uma campanha de sensibilização junto dos Conselhos de Administração das regiões - piloto (Simões, 2004).

Numa visão abrangente, com a implementação do SIGIC pretendia-se (Barros, 2005):

- Obter um conhecimento integrado das necessidades de intervenção cirúrgica da população;

- Conhecer os procedimentos necessários e as patologias que lhes estão associadas;
- Conhecer a resposta assistencial dos hospitais e associá-la com a sua capacidade de intervenção.

A visão acima referida possibilita que, através do conhecimento partilhado entre os vários intervenientes no processo, seja viável a redução das listas de espera, organizar o SNS e aumentar a equidade e transparência no processo de tratamento cirúrgico (IGIF, 2006).

5.1.1 - Objectivos e Estratégias

De uma forma geral o SIGIC apresenta como principais objectivos, a redução do tempo médio de espera para a realização de uma cirurgia e o controlo do tempo máximo de espera para cirurgia no âmbito do SNS, incentivando as políticas de promoção do acesso aos cuidados de saúde (Barros, 2008). Deste modo, podem destacar-se os seguintes objectivos e estratégias (UCGIC, 2005):

- Redução do tempo médio de espera para cirurgia - através do aumento da capacidade produtiva dos hospitais, formas de remuneração atractivas, maior utilização dos recursos e criação de alternativas quando não existe capacidade de resposta;
- Controlo do tempo máximo de espera para a realização da cirurgia - transferência dos utentes que ainda aguardam pela cirurgia quando é atingido 75% do tempo máximo de espera ou emitindo vales - cirurgia em instituições privadas ou de carácter social;
- Rentabilização da capacidade instalada dos hospitais públicos - recorrendo a mecanismos de aumento do tempo de utilização dos recursos e transferindo a procura para hospitais com a capacidade assistencial não esgotada;
- Clareza e uniformidade nos critérios de realização de intervenções cirúrgicas - através da publicação das normas para a inscrição e progressão na LIC, do conjunto de direitos e deveres dos utentes inscritos e, dos indicadores sobre a actividade cirúrgica e sobre a LIC do hospital.

5.1.2 - Princípios - Chave

Os objectivos e as estratégias referidas em epígrafe assentam em cinco princípios - chave para a sua prossecução (Barros, 2001):

- Garantia de tratamento em tempo admissível - o médico classifica o utente de acordo com a prioridade clínica e caso seja previsível que não se obtenha uma resposta em tempo aceitável por parte do SNS, é dada a oportunidade ao utente de realizar a cirurgia noutro hospital à sua escolha, mediante a emissão de um vale - cirurgia;

- Maior compromisso do hospital - o financiamento do hospital passa a ser realizado em função do cumprimento da produção que este estabelece, emitindo-se um certificado de inscrição para cirurgia ao utente;
- Maior envolvimento do utente - junto do utente é formalizado o seu consentimento para a realização da cirurgia, sendo-lhe reconhecido um conjunto de direitos e deveres, passando este a ter um papel mais activo em todo o processo;
- Maior uniformidade do processo - o processo de gestão é uniforme para todos os hospitais, o qual é suportado por documentos formais que são do conhecimento de todos;
- Maior controlo e transparência do processo - a gestão da lista de inscritos passa a ser feita centralmente e a nível nacional e os principais indicadores desta gestão serão conhecidos por todos.

5.1.3 - Estrutura e Funções das Unidades de Apoio ao SIGIC

De modo a concretizar os objectivos e as estratégias pretendidos com a implementação do SIGIC, tornou-se necessário a definição de unidades de acesso ao SIGIC, bem como das suas funções, sendo as referidas unidades (Gouveia, 2006):

- Unidade Central de Gestão de Inscritos para Cirurgia (UCGIC);
- Unidade Regional de Gestão de Inscritos para Cirurgia (URGIC);
- Unidade Hospitalar de Gestão de Inscritos para Cirurgia (UHGIC).

A UGIC sediou-se no Ministério da Saúde, ficando à sua responsabilidade: a definição e implementação dos mecanismos adequados ao funcionamento do SIGIC, garantindo a actualização constante do registo de utentes na LIC, a selecção de processos e elaboração dos circuitos associados ao acompanhamento das transferências dos utentes, a definição de protocolos de transferência dos processos entre as várias entidades hospitalares e, a garantia da melhoria contínua da qualidade de todos os processos implementados (UCGIC, 2005).

As URGIC encontram-se sedeadas e na dependência das Administrações Regionais de Saúde, cabendo-lhes a monitorização, acompanhamento e controlo do processo, da produção cirúrgica hospitalar, da produção realizada face à contratada e do cumprimento dos objectivos fixados para cada hospital. As referidas unidades actuam ainda como garantias do cumprimento de protocolos de transferência previamente definidos, sendo responsáveis pela resolução de conflitos de interesse no âmbito do processo das transferências de utentes (DGS, 2006).

Por seu turno, as UHGIC estão localizadas nos vários hospitais, ficando à sua responsabilidade (DGS, 2000):

- A monitorização interna do processo;
- A correcção de inconformidades verificadas;
- A observação da actividade cirúrgica de cada serviço e confrontação com os respectivos objectivos programáticos;
- O esclarecimento de dúvidas ao utente e pelo seu acompanhamento;
- O tratamento das sugestões e reclamações apresentadas.

Ainda no que diz respeito à UHGIC esta é chamada à responsabilidade noutros dois domínios: os processos de gestão abrangidos pelo SIGIC e ser um intermediário do SIGIC com outras entidades (Campos, 2005). No que concerne aos processos de gestão cabe à UHGIC (UCGIC, 2005):

- Criar, monitorizar e alterar os processos do hospital abrangidos pelo SIGIC, no sentido de melhorar o processo de gestão do utente inscrito para cirurgia;
- Solicitar à URGIC ou UCGIC o esclarecimento de dúvidas sobre os processos do SIGIC;
- Contribuir com sugestões para a melhoria contínua dos processos do SIGIC;
- Monitorizar o processo de gestão do utente inscrito para a cirurgia de modo a identificar eventuais desconformidades.

No que diz respeito à comunicação com outras entidades, a UHGIC deve manter o diálogo com (Campos, 2005):

- Os serviços cirúrgicos, de modo a orientar as suas actividades de acordo com as necessidades do hospital;
- As unidades gestoras dos sistemas informáticos do hospital;
- O CA do hospital, fornecendo toda a informação necessária para as tomadas de decisão que optimizem a prestação de serviços;
- A URGIC e a UCGIC, garantindo a disponibilidade de recursos e informação necessários à execução dos processos.

Referiu-se em epígrafe a necessidade de comunicação com os CA dos hospitais e de facto, estes são de extrema importância para este processo, pois funcionam como os primeiros responsáveis pelo tratamento dos utentes e pela adequação dos recursos hospitalares às necessidades dos mesmos. Neste seguimento estes devem desempenhar um conjunto de competências, designadamente (Barros, 2008):

- Nomear os elementos e o coordenador da UHGIC;
- Zelar pelo cumprimento das regras inerentes ao funcionamento do SIGIC;
- Implementar as orientações emitidas pelas UCGIC e URGIC;

- Dimensionar os recursos hospitalares por forma a dar resposta à procura em tempo útil, com enfoque maior nas áreas em que o hospital apresenta vantagem face a outros estabelecimentos;
- Garantir a disponibilidade dos meios físicos e humanos necessários à produção de toda a cirurgia, com segurança e qualidade;
- Agir activamente na reorientação de utentes para os quais o hospital não tem capacidade de tratamento em tempo útil;
- Garantir prioritariamente a realização das cirurgias que, pela sua especificidade, têm uma oferta reduzida noutras unidades hospitalares;
- Promover a gestão otimizada do bloco operatório e serviços cirúrgicos;
- Garantir a avaliação dos níveis de prioridade clínica de cada proposta cirúrgica;
- Assegurar a segurança e confidencialidade dos dados.

5.1.4 - Direitos e Deveres dos Utentes

Se por um lado, as entidades organizacionais se vêm obrigadas ao cumprimento de uma série de funções, também o utente tem à sua responsabilidade o cumprimento de determinados deveres, nomeadamente (Barros, 2001):

- Manter actualizados os dados referentes ao seu registo na LIC;
- Informar de imediato a UHGIC de qualquer situação que impossibilite ou determine o adiamento da realização da intervenção cirúrgica programada;
- Comparecer a todos os episódios associados ao procedimento cirúrgico proposto ou justificar a sua ausência.

No entanto, cumprindo os seus deveres o utente deverá saber que está abrangido por um conjunto de direitos (Pedro, 2008):

- Fornecer o seu consentimento por escrito para a proposta de intervenção cirúrgica e aceitar as normas em vigor;
- Justificar a não comparência na cirurgia e nos episódios associados ao procedimento cirúrgico proposto, para os quais tenha sido convocado;
- Dispor de uma garantia de tratamento dentro do período máximo de espera;
- Apresentar reclamação escrita sempre que verifique alguma irregularidade em alguma das fases do procedimento.

5.1.5 - Fases do Processo de Gestão do Utente

Para além do sistema de gestão do utente estar definido por objectivos, estratégias e estruturas intervenientes, encontra-se dividido em duas fases distintas, sendo que só ocorre a segunda fase no caso de serem esgotadas todas as hipóteses de resolução da situação do utente na primeira fase, isto é, no hospital de origem (UCGIC, 2005).

Na primeira fase, até 75% do tempo máximo de espera o processo é gerido a nível do hospital de origem, de acordo com os procedimentos que a seguir se apresentam.

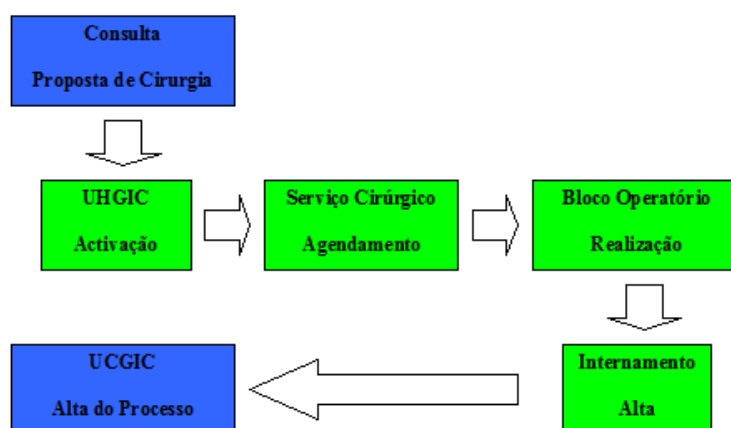


Figura 5 - Fase I do processo de gestão de inscritos para cirurgia (Fonte: UCGIC, 2005: IV - 7)

Com a necessidade de passar à segunda fase, isto é, decorrido mais de 75% do tempo máximo de espera e, exceptuando o caso em que o hospital de origem dê garantias de tratamento até 100% do tempo máximo de espera, o utente é transferido para outro hospital, de acordo com os procedimentos apresentados seguidamente.

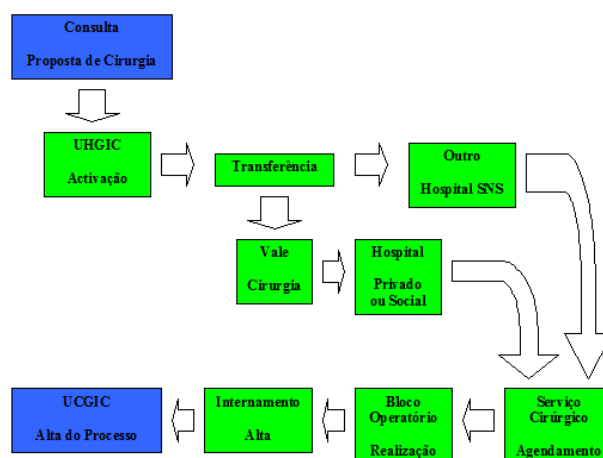


Figura 6 - Fase II do processo de gestão de inscritos para cirurgia (Fonte: UCGIC, 2005: IV - 7)

5.1.6 - Sistema de Informação de Suporte ao SIGIC

Tal como já foi referido anteriormente, juntamente com a implementação do SIGIC e, dada a sua abrangência, tornou-se necessário a criação de uma aplicação informática que consolidasse as informações hospitalares e suportasse algumas das etapas do processo. Surge assim o Sistema Informático de Gestão da Lista de Inscritos para Cirurgia (SIGLIC), o qual suporta as seguintes etapas (IGIF, 2004):

- Inscrição na lista de inscritos para cirurgia;
- Programação cirúrgica;
- Alta do internamento;
- Conclusão do processo;
- Transferência de utentes;
- Movimentos na lista de inscritos para cirurgia;
- Consultas no âmbito do SIGIC.

É precisamente no processo de transferência de utentes que o SIGLIC assume um papel fundamental a vários níveis, sendo eles: a previsão da capacidade de produção cirúrgica do hospital, o contacto com o utente de modo a averiguar a sua vontade em ser transferido para outro hospital, a definição dos hospitais disponíveis para transferência e a emissão do vale - cirurgia e, a concretização da transferência propriamente dita (Pedro, 2008).

Desta forma, o SIGLIC apresenta-se como uma ferramenta integradora da LIC de todos os hospitais, permitindo a interacção entre as diversas entidades envolvidas no processo de gestão do utente (Ministério da Saúde, 2007).

5.2 - O Processo de Gestão de Utentes no Hospital de Origem

O processo de gestão do utente inscrito para cirurgia de um hospital envolve um conjunto de etapas que passam por (UCGIC, 2005):

- Proposta de cirurgia, consentida pelo utente e validade pelo responsável do serviço cirúrgico;
- Activação da inscrição do utente para cirurgia;
- Agendamento da cirurgia;
- Realização da cirurgia;
- Internamento pós - operatório;
- Conclusão do processo do utente.

A proposta de cirurgia corresponde ao *feedback* da instituição de saúde face ao conjunto de problemas apresentados pelo utente. Deste modo não há limite de procedimentos ou diagnósticos, devendo estar preenchidos todos os campos de observação. Podem identificar-se um conjunto de fases que devem ser cumpridas para a realização da proposta cirúrgica (Simões, 2004):

- Preenchimento da proposta de cirurgia pelo médico proponente;
- Entrega da nota de consentimento (assinada) pelo utente;
- Validação da indicação cirúrgica pelo responsável do Serviço Cirúrgico.

A atribuição da prioridade para uma determinada cirurgia deve ser orientada de acordo com os níveis, os quais são definidos da seguinte forma (Barros, 2001):

- Nível 1 - todas as situações clínicas que, de acordo com o vigente, devam ser objecto de intervenção cirúrgica no período correspondente ao tempo de espera admissível;
- Nível 2 - todas as situações clínicas que, de acordo com o vigente, devam ser objecto de intervenção cirúrgica no período máximo de 2 meses;
- Nível 3 - todas as situações clínicas que, de acordo com o vigente, devam ser objecto de intervenção cirúrgica no período máximo de 15 dias;
- Nível 4 - urgência diferida - corresponde a todas as situações que, tendo resultado de situações de crise aguda, podem ser agendadas recorrendo aos recursos alocados à cirurgia programada, no prazo aproximado de 72 horas.

Quando a proposta está completa e devidamente preenchida deve ser registada no sistema informático, sendo a contagem do tempo de espera iniciado aquando do preenchimento da mesma, à qual é atribuído um número de identificação para referência, sempre que tal seja necessário. Ao utente é entregue uma nota de consentimento, a qual o esclarece sobre os seus direitos e deveres, informa relativamente à proposta de intervenção cirúrgica e acerca do cumprimento das normas do regulamento do SIGIC. Esta só tem validade quando é assinada pelo utente, no entanto, perde a validade após 10 dias úteis, sendo o utente, neste caso, excluído do registo na LIC (UCGIC, 2005).

A inscrição do utente na LIC só se verifica quando a proposta cirúrgica está nas seguintes condições (Pedro, 2008):

- Validada pelo responsável do Serviço Cirúrgico;
- Consentido pelo utente;
- Conforme a nível administrativo.

A partir do momento em que a inscrição se encontra activa no sistema informático, podem ocorrer os seguintes processos (Barros, 2005):

- Suspensão da inscrição por motivos administrativos;

- Pedido de suspensão da inscrição por motivos plausíveis, quer pelo utente, quer pelo hospital;
- Pedido de cancelamento da inscrição.

O agendamento da cirurgia do utente inscrito na LIC passa pelas seguintes etapas (IGIF, 2006):

- Programação dos utentes a agendar;
- Contacto para agendamento;
- Notificação de agendamento;
- Verificação da preparação do utente para cirurgia;
- Comparência do utente aos episódios pré - operatórios.

Só quando as cinco condições acima referidas se encontram bem sucedidas é que se pode passar para a realização da cirurgia. O cancelamento do agendamento obriga ao registo no sistema informático da ocorrência, explicitando um dos motivos apresentados seguidamente (Giraldes, 2008).

Tabela 1 - Motivos de cancelamento do agendamento da cirurgia

Número	Motivos de cancelamento do agendamento	Responsabilidade
1	Alteração do estado clínico do utente	Utente
2	Recusa do utente com motivo plausível	Utente
3	Recusa do utente sem motivo plausível	Utente
4	Faltou à cirurgia	Utente
5	Atraso nas cirurgias anteriores	Hospital
6	Cancelamento de agendamento de suplentes	Hospital
7	Falência do equipamento	Hospital
8	Falta material	Hospital
9	Falta sangue	Hospital
10	Indisponibilidade da equipa	Hospital
11	Indisponibilidade da sala	Hospital
12	Reagendamento por necessidades clínicas urgentes	Hospital
13	Ausência de vagas de internamento	Hospital
14	Ausência de vagas de UCI	Hospital
15	Ausência de vagas de recbro	Hospital
16	Ausência de vaga em cuidados intermédios	Hospital
17	Deficiências na estrutura de apoio (material e humana)	Hospital
18	Erro administrativo	Hospital
19	Outros	Hospital

Fonte: UCGIC, 2005: V - 20

A programação cirúrgica deve obedecer aos seguintes critérios de selecção, organizados por ordem descendente de importância (DGS, 2006):

- **Prioridade clínica** - estabelecida pelo médico especialista em função da patologia base, gravidade, impacto na vida do utente e velocidade de propagação da doença;
- **Antiguidade na LIC** - em caso de igual prioridade clínica será seleccionado em primeiro lugar o utente que se encontre inscrito na lista há mais tempo.

Com base nos dados fornecidos pelo responsável do Serviço Cirúrgico deve ser iniciado o contacto aos utentes para agendamento da cirurgia, devendo utilizar-se a via telefónica, procurando o período pós - laboral. O referido contacto deverá ser efectuado pela UHGIC, pelo secretariado do Serviço Cirúrgico ou do Bloco Operatório, através dos meios de contacto que o utente forneceu no acto da inscrição. Na impossibilidade de contacto telefónico deve sempre ser tentado o contacto via postal. Em qualquer das vias de contacto utilizadas deve respeitar-se uma antecedência mínima de 3 dias sobre a data prevista para a realização da cirurgia (DGS, 1997).

Depois do contacto com o utente ter sido bem sucedido, é dada a possibilidade de aceitar ou recusar o agendamento, sendo que a recusa deve ser justificada com motivo plausível. Caso o utente aceite a data de agendamento proposta, esta é registada no SIGLIC, começando-se o processo de preparação do utente para a intervenção cirúrgica (Campos, 2003).

No que concerne à realização da intervenção cirúrgica propriamente dita, esta compreende dois passos essenciais: a comparência do utente para a cirurgia e o registo do resultado da intervenção, sendo que, caso a cirurgia não se realize, deve ser registada esta ocorrência no SIGLIC, explicitando-se um dos motivos de cancelamento do agendamento indicados anteriormente. Nesta situação, caso o utente não compareça, a sua inscrição é cancelada, a menos que este não exceda o número de faltas e apresente um motivo plausível para a não comparência. Neste caso, o agendamento é cancelado mas a inscrição do utente na LIC permanece activa (Pedro, 2008).

Quando se procede à intervenção cirúrgica, o registo do utente na LIC deve ser alterado, uma vez que a data de saída do mesmo deve coincidir com a data da realização da cirurgia. Deve ainda ser compilado um relatório da cirurgia onde conste toda a informação relevante, o qual é integrado no processo clínico do utente e entregue um exemplar ao médico assistente (Barros, 2005).

Após a realização da cirurgia, na maioria dos casos, é necessário um período de internamento, o qual passa pelas seguintes fases (DGS, 2006):

- Registo de intercorrências;
- Registo de complicações;
- Alta de internamento.

A responsabilidade, perante o utente, do hospital onde a cirurgia foi realizada, não termina logo após a sua finalização. Todas as ocorrências após a intervenção que sejam da responsabilidade do hospital têm de ser resolvidas por este. Mais, as complicações que se verifiquem até 2 meses após a alta continuam a ser da responsabilidade do hospital onde foi realizada a cirurgia (UCGIC, 2005).

Para além destes dois meses referidos anteriormente, o hospital deve assegurar a continuidade dos tratamentos que surjam decorrentes dos procedimentos cirúrgicos, exceptuando-se os cuidados crónicos que verifiquem como consequência inevitável. Todo este processo deve ser mediado pela UHGIC do hospital de origem ou pela URGIC, caso seja necessário (DGS, 2000).

A alta do internamento é da responsabilidade do cirurgião que efectuou a intervenção cirúrgica, sendo considerada alta nas seguintes situações (DGS, 1997):

- Quando o utente se encontra em condições de ser enviado para o domicílio;
- Transferência do utente para qualquer outra instituição de saúde;
- Transferência do utente para qualquer outro serviço do mesmo hospital, desde que deixe de ficar à responsabilidade do cirurgião;
- Em caso de óbito.

O processo do utente inscrito na LIC é dado como concluído quando se verificam as quatro condições seguintes (Simões, 2004):

- Não existam intercorrências da responsabilidade do hospital por resolver;
- Não existam complicações por resolver;
- Já tenham decorrido pelo menos 2 meses após a data de alta do internamento;
- Não existam desconformidades administrativas no processo de alta.

A partir do momento em que se verifique que o processo de alta está de acordo com as quatro condições acima referidas, esta deve ser registada no SIGLIC, para que o processo do utente possa ser devidamente arquivado. No entanto, caso se verifiquem desconformidades administrativas, o processo deve ser suspenso no sistema informático até que estas sejam resolvidas pelas entidades responsáveis e competentes para o efeito, e só depois é possível registar a alta no sistema, dando assim conclusão a todo o processo (Barros, 2001).

6. Análise Comparativa da Situação em Diversos Países

6.1 - Análise de Dados em Portugal

Independentemente dos resultados obtidos com a implementação do SIGIC, a sua criação abriu espaço para uma melhor compreensão do problema das listas de espera em Portugal, no que diz

respeito ao número de pessoas inscritas em lista de espera e ao tempo de espera até à intervenção (Barros, 2005).

Neste seguimento, o impacto do SIGIC foi avaliado sob diversas dimensões, tal como se evidencia na figura seguinte (Barros, 2008).

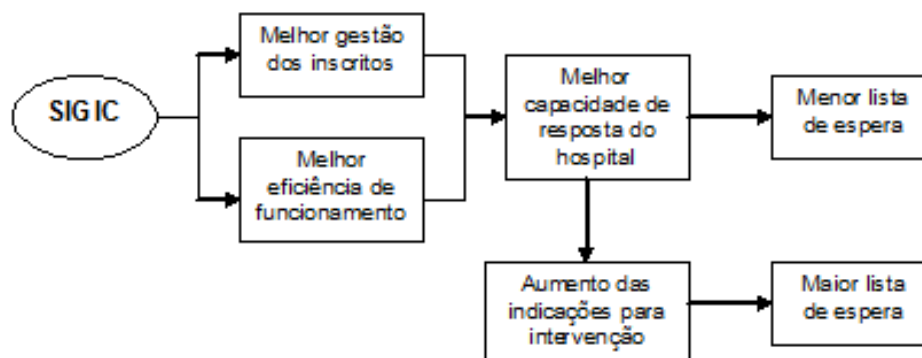


Figura 7 - Efeitos do SIGIC sobre as listas de espera (Fonte: Barros, 2008: 7)

Numa visão mais economicista das listas de espera, Barros (2008) defende que são importantes os aspectos da eficiência na realização de cirurgias, isto porque quanto maior for a eficiência, maior será o número de pessoas tratadas num mesmo espaço de tempo, o que reduzirá o tempo de espera para intervenção.

Dados revelados pelo Ministério da Saúde em Junho de 2006 e Junho de 2007, no que diz respeito ao tempo de espera para cirurgia, em cinco regiões do país (Alentejo, Algarve, Centro, Lisboa e Vale do Tejo e Norte) revelam que, para a região do Alentejo, em Junho de 2006, o tempo de espera para cirurgia na LIC era de cerca de 5 meses, descendo para cerca de 3 meses em Junho de 2007. No que diz respeito ao Algarve, o tempo de espera para cirurgia era de cerca de 7 meses em Junho de 2006, descendo este valor para cerca de 4 meses em Junho de 2007. Já na região Centro, o tempo de espera para cirurgia era de 8 meses em Junho de 2006, sendo de cerca de 5 meses em Junho de 2007. No que concerne à região de Lisboa e Vale do Tejo, o tempo de espera para cirurgia era de cerca de 8 meses em Junho de 2006, descendo para cerca de 6 meses em Junho de 2007. Na região Norte, o tempo de espera para cirurgia era de cerca de 6 meses em Junho de 2006, descendo este valor para cerca de 4 meses em Junho de 2007.

Numa análise geral do País, verifica-se que o tempo de espera para cirurgia era de cerca de 7 meses em Junho de 2006, sendo de 5 meses em Junho de 2007.

Desta forma constata-se que, no espaço de um ano, a tendência em qualquer uma das regiões analisadas e no País em geral, é para um decréscimo no tempo de espera para cirurgia, sendo o

decréscimo mais acentuado verificado na região Centro e o menos acentuado verificado na região de Lisboa e Vale do Tejo. Estes resultados podem ser melhor visualizados na figura seguinte.

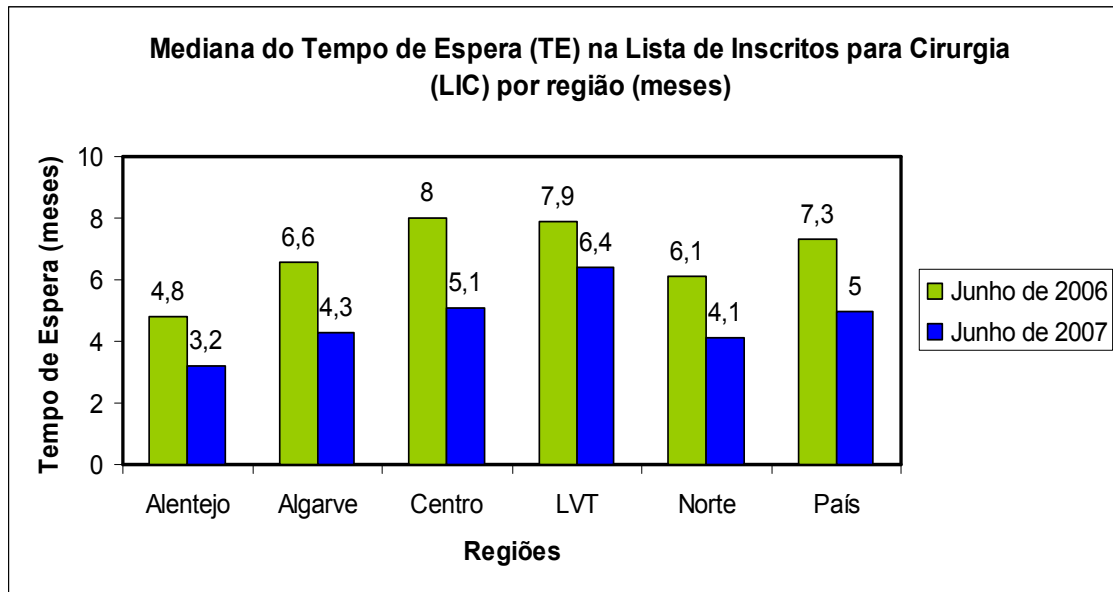


Figura 8 - Mediana do tempo de espera na lista de inscritos para cirurgia por região (Fonte: Adaptado de: Ministério da Saúde, 2007.)

Na mesma linha de análise e, alargando o período de análise do tempo de espera para cirurgia na LIC, nas referidas regiões do país, a tendência verificada é a mesma já referenciada, tal como se pode verificar na figura seguinte.

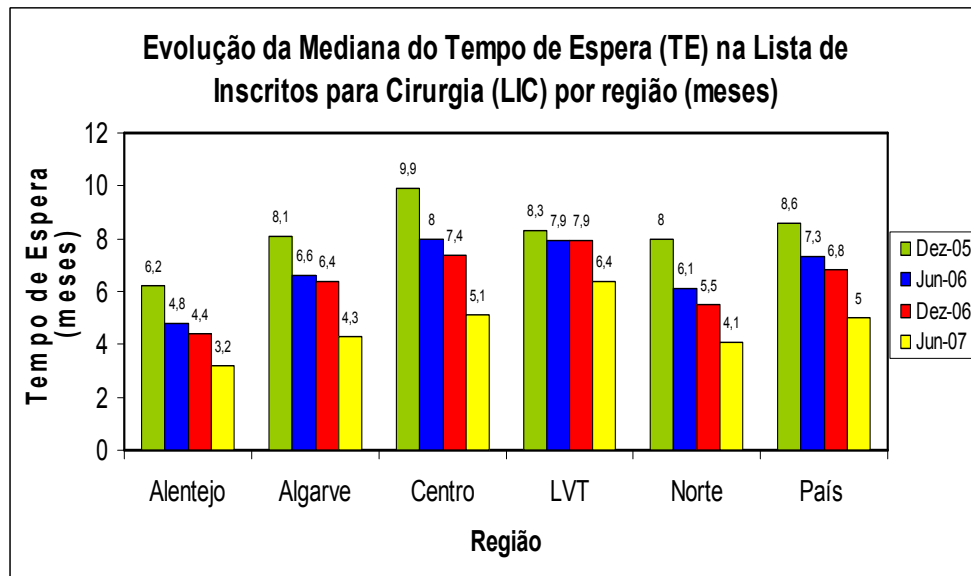


Figura 9 - Evolução da medicina do tempo de espera na lista de inscritos para cirurgia por região (Fonte: Adaptado de: Ministério da Saúde, 2007.)

O Ministério da Saúde revela também, para o período de 2007, no que se refere ao primeiro semestre, dados acerca da distribuição da LIC pelos serviços cirúrgicos, constatando-se que, a Urologia ocupa 7%, a Oftalmologia e a Cirurgia, Pescoço e Estomatologia ocupam, cada uma, 14%, a Ortopedia ocupa 20%, a Cirurgia Geral ocupa 23%, sendo que os restantes 22% são preenchidos por outras especialidades cirúrgicas. Deste modo, verifica-se que o serviço cirúrgico com mais utentes em lista de espera para cirurgia é a Cirurgia Geral, sendo o serviço de Urologia aquele que apresenta uma LIC menor. Tais constatações podem ser visualizadas na figura que se segue.

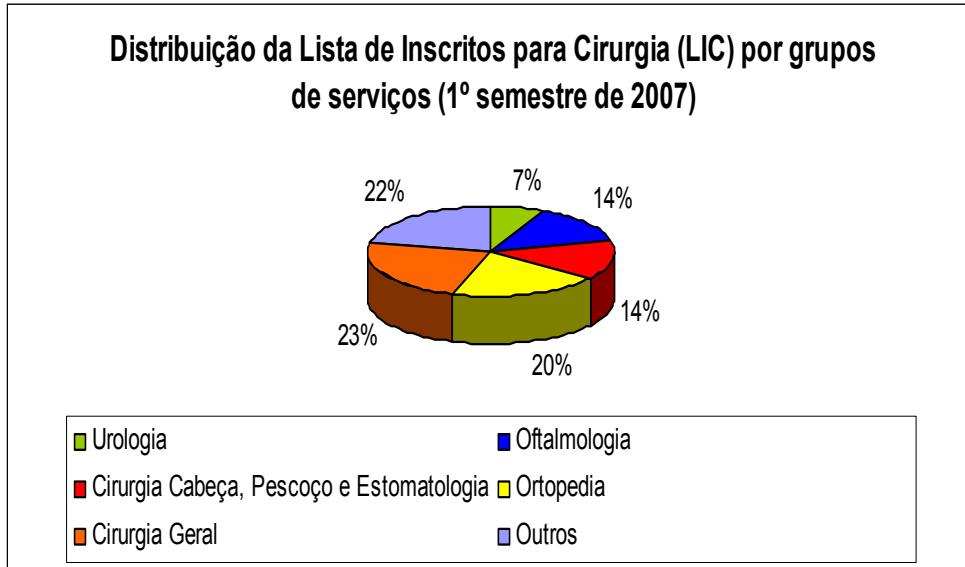


Figura 10 - Distribuição da lista de inscritos para cirurgia por grupos de serviços (Fonte: Adaptado de: Ministério da Saúde, 2007.)

No que se refere ao tempo de espera para cirurgia em cada um dos serviços referidos, considerando o mesmo período de tempo, verifica-se que: o tempo de espera para a Urologia é de cerca de 5 meses, para a Oftalmologia é de 4 meses e 2 semanas, para a cirurgia da Cabeça, Pescoço e Estomatologia é de cerca de 6 meses, para a Ortopedia e Cirurgia Geral é de cerca de 5 meses (sendo ligeiramente mais elevado para a Ortopedia), sendo de cerca de 5 meses para outras especialidades cirúrgicas. Verifica-se o tempo de espera mais elevado para a especialidade de Cirurgia da Cabeça, Pescoço e Estomatologia e o menos elevado para a especialidade de Oftalmologia. Estes dados podem ser visualizados na figura seguinte.

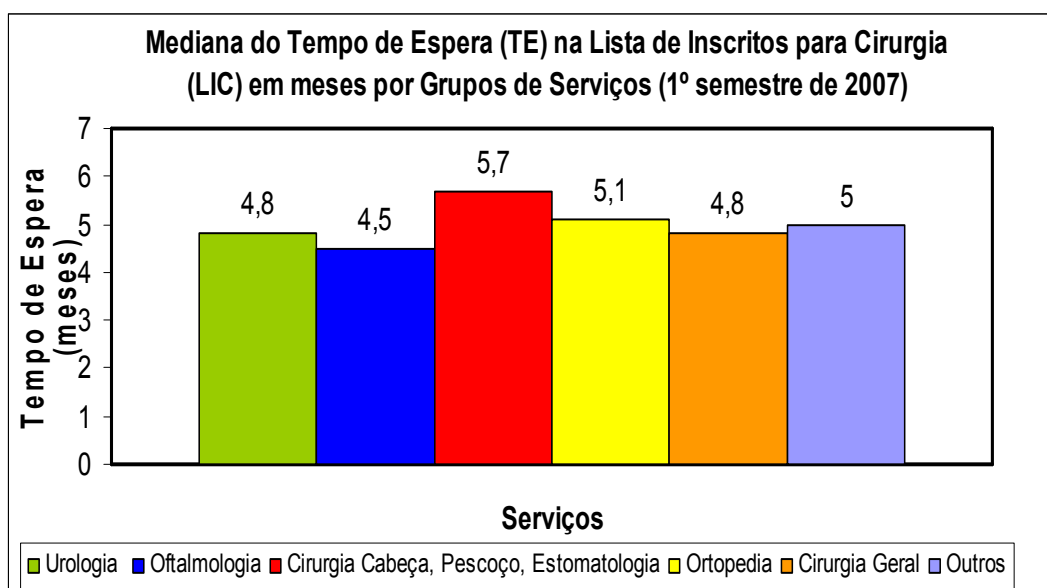


Figura 11 - Mediana do tempo de espera na lista de inscritos para cirurgia em meses, por grupos de serviços (Fonte: Adaptado de: Ministério da Saúde, 2007.)

Ainda no que se refere ao primeiro semestre de 2007, o Ministério da Saúde revela a percentagem de utentes que se encontra em lista de espera há mais de 12 meses e há mais de 24 meses nas regiões de: Algarve, Alentejo, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Norte e no país em geral. As respectivas percentagens são:

- No Alentejo, este valor é de 8% para os 12 meses, decrescendo para 3% aos 24 meses;
- No Algarve, o valor para os 12 meses é de 10%, sendo de 4% para os 24 meses;
- Na região Centro, o valor é de 23% aos 12 meses e de 9% para os 24 meses;
- Na região de Lisboa e Vale do Tejo, o valor é de 26% para os 12 meses e de 13% para os 24 meses;
- Na região Norte, o valor é de 12% para os 12 meses e de 6% para os 24 meses;
- No país em geral, aos 12 meses, encontram-se 19% dos utentes em lista de espera para cirurgia, descendo o valor para 9% aos 24 meses.

Verifica-se que, aos 12 meses, encontram-se mais utentes em lista de espera na região de Lisboa e Vale do Tejo, mantendo-se esta tendência aos 24 meses. Na região do Alentejo verifica-se a menor percentagem de utentes em lista de espera para ambos os períodos de tempo. Verifica-se ainda a tendência comum de um decréscimo na percentagem de utentes em lista de espera, dos 12 meses para os 24 meses.

Estas observações podem ser melhor visualizadas na figura seguinte.

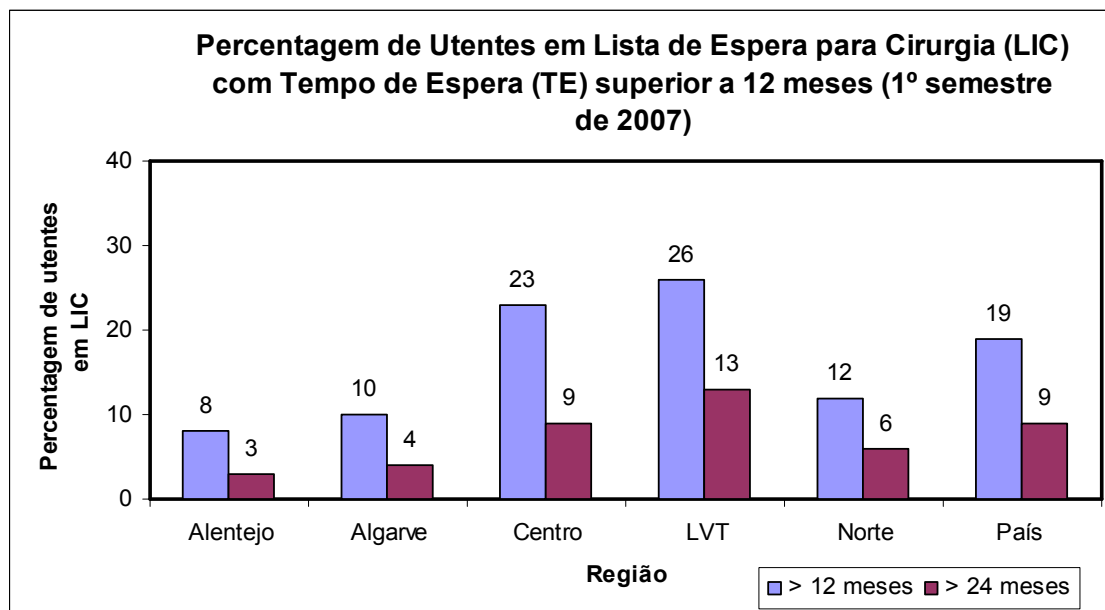


Figura 12 - Percentagem de utentes em Lista de Espera para Cirurgia com Tempo de Espera Superior a 12 meses. (Fonte: Adaptado de: Ministério da Saúde, 2007.)

Em Portugal, dados recolhidos em Maio de 2010 pela Unidade Central de Gestão de Inscritos para Cirurgia, revelam que, no período decorrente entre 2005 e 2009, o número de utentes inscritos para cirurgia relativos a neoplasias malignas manteve-se minimamente constante nos primeiros três anos analisados, tendo sofrido um ligeiro decréscimo em 2008, sendo que, em 2009 este valor desce consideravelmente, tal como se pode verificar na figura apresentada seguidamente.

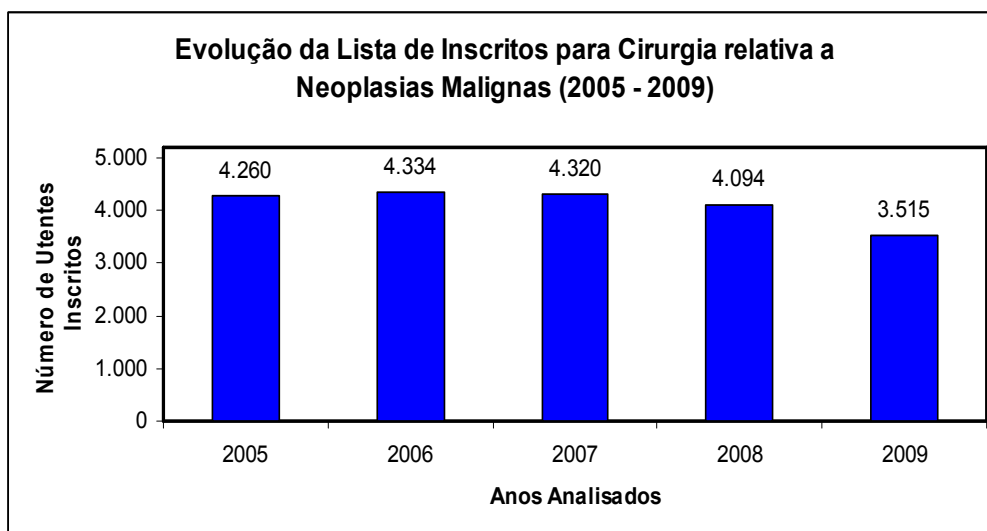


Figura 13 - Evolução da Lista de Inscritos para Cirurgia relativa a Neoplasias Malignas (2005 - 2009) (Fonte: Unidade Central de Gestão de Inscritos para Cirurgia, 2010: 2.)

6.2 - Análise de Dados no Estrangeiro

A grande maioria dos países com uma política alargada e abrangente enfrenta o problema das listas de espera para cirurgia e, como tal utiliza os tempos de espera como forma de restringir o acesso aos serviços de saúde e controlar os custos subjacentes a estas práticas (Willcox *et al.*, 2007). No entanto, a situação apresenta o reverso da medalha, uma vez que pode tornar mais demorado e difícil o acesso a uma cirurgia por parte do utente. Desta forma são tomadas uma série de medidas e iniciativas para reduzir o número de pessoas em lista de espera para cirurgia (Anderson *et al.*, 1997):

- Aumento dos fundos no sector público;
- Subsidiar os cuidados no sector privado;
- Estabelecimento de uma lista de prioridades de modo a determinar quais os utentes que mais necessitam de uma intervenção cirúrgica.

Em conformidade com a realidade em Portugal, as longas listas de espera são também um dos problemas enfrentado pelo SNS Espanhol, o qual tem vindo a utilizar, essencialmente, três medidas, para fazer face a esta questão: subcontratação, programas especiais e actualização das listas de espera (Barros, 2008).

À semelhança do que acontece noutros países, as listas de espera demasiado longas são um problema para o Sistema Nacional de Saúde Espanhol, o que levou à adopção de três medidas para fazer face a esta questão: subcontratação, programas especiais e actualização das listas de espera (Garcia & Busto, 2001).

No que diz respeito à subcontratação, no início de cada ano, os hospitais decidem o número de pacientes a serem enviados para outro hospital (quer público, quer privado). Embora esta política seja apropriada, a população ofereceu alguma resistência a ser tratada noutro hospital uma vez que preferem a continuidade dos tratamentos e do clínico responsável mesmo que essa situação implique um tempo de espera mais elevado.

Em relação aos programas especiais, nos hospitais públicos está-se a estender o horário de trabalho dos clínicos para a parte da tarde, sendo as horas a mais de trabalho pagas de acordo com o número de utentes atendido, o que permite uma rentabilização dos recursos disponíveis. No entanto, o autor chama a atenção para o facto desta política de remuneração poder levar a um aproveitamento oportunista por parte dos clínicos.

Por fim, a questão da actualização das listas de espera surge da discrepância observada entre a lista publicada e a real, pretendendo-se assim melhorar a qualidade das decisões e diminuir a lista de espera.

Um estudo levado a cabo por Willcox *et al.*, em 2007, em cinco países (Austrália, Canadá, Inglaterra, Nova Zelândia e País de Gales), constatou que Inglaterra atingiu o maior progresso em termos de redução do tempo de espera para realização de intervenções cirúrgicas, o que se explica por fundos de investimento mais elevados, metas de tempo de espera encurtadas e um rigoroso sistema de desempenho. Este mesmo estudo e, numa retrospectiva dos últimos cinco anos, verifica que Inglaterra, Canadá e Nova Zelândia demonstraram maior capacidade de combater os tempos de espera, factor que se fica a dever a planos nacionais de saúde e a fundos de investimento superiores (Davies, 1999; Levy, 2005; Willcox *et al.*, 2007).

Na Austrália, dada a ausência de uma política nacional a este respeito, eram os estados que tomavam a responsabilidade de gerir os tempos de espera dos hospitais públicos, optando muitos deles por um sistema de incentivos vs penalizações ou por um foco numa especialidade cirúrgica em particular, como por exemplo, cataratas. Esgotadas estas duas hipóteses, era ainda possível ao utente, optar por ser transferido para um hospital onde a resposta ao pedido de cirurgia fosse imediato (Willcox *et al.*, 2007).

Na Nova Zelândia, optou-se por dar prioridade aos utentes com maior urgência e necessidade de realizar uma intervenção cirúrgica, em casos como: introdução de *by-pass*, cataratas ou substituição do joelho. Já em Inglaterra e no País de Gales o foco de combate às listas de espera cirúrgicas consistiu na mobilização de recursos para o tempo máximo de espera não exceder os 18 meses (Willcox *et al.*, 2007).

De uma forma mais detalhada, os progressos obtidos nestes cinco países podem ser verificados na tabela seguinte.

Tabela 2 - Tempos de espera em cinco países

<i>País</i>	<i>Progressos na redução dos tempos de espera</i>
Austrália	<ul style="list-style-type: none"> • A mediana nacional para o tempo de espera em todos os utentes admitidos para cirurgia, vindos de uma lista de espera, foi de 19 dias, em 2004-2005, menos 27 dias que em 200-2001.
Canadá	<ul style="list-style-type: none"> • A mediana para o tempo de espera foi de: <ul style="list-style-type: none"> – 4 semanas para uma consulta de especialidade, em 2003 e 2005; – 3 semanas para testes de diagnóstico não urgentes, em 2003 e 2005; – 4 semanas para a realização de cirurgias não consideradas urgentes, em 2001, 2003 e 2005.
Inglaterra	<ul style="list-style-type: none"> • O número de utentes em lista de espera desceu: <ul style="list-style-type: none"> – <u>Internamento</u>: o número de utentes em espera há mais de 6 meses desceu de 265.000 em Março de 2000 para cerca de 12.000 em Novembro de 2005; – <u>Ambulatório</u>: o número de utentes em espera há mais de 13 semanas desceu de cerca de 390.000 em Março de 2000 para 40.000 em Setembro de 2005.
Nova Zelândia	<ul style="list-style-type: none"> • O Número de utentes em lista de espera desceu: <ul style="list-style-type: none"> – <u>Primeira consulta de especialidade</u>: o número de utentes em espera há mais de 6 meses desceu de 45.000 em 2000, para cerca de 24.000 em 2005; – <u>Internamento</u>: o número de utentes em espera há mais de 6 meses desceu de 30.000 em 2000 para cerca de 6.000 em 2005.
País de Gales	<ul style="list-style-type: none"> • O número de utentes em lista de espera desceu: <ul style="list-style-type: none"> – <u>Ambulatório</u>: <ul style="list-style-type: none"> ✓ o número de utentes em espera há mais de 6 meses desceu de 83.878 em Outubro de 2002 para 68.845 em Março de 2004; ✓ o número de utentes em espera há mais de 18 meses desceu de 16.641 em Outubro de 2002 para 6.204 em Março de 2004. – <u>Internamento</u>: o número de utentes em espera há mais de 18 meses desceu de 5.964 em Setembro de 2003 para 1.401 em Março de 2004.

Fonte: Willcox *et al.*, 2007: 1087

Na Nova Zelândia, embora se atravessasse um período conturbado na economia nacional, são mobilizados esforços para providenciar melhores cuidados de saúde à população. No entanto, os utentes estão a pagar o preço de uma crise económica uma vez que enfrentam longos tempos de espera para consultar um especialista e necessitam estar doentes para conseguir uma intervenção cirúrgica (Oldershaw, 2008). Embora o investimento económico na saúde tenha duplicado, o número de cirurgias efectuadas não aumentou significativamente, ao mesmo tempo que aumenta o crescimento populacional e as exigências da faixa etária mais avançada. Desta forma, para responder às necessidades da população e providenciar uma maior capacidade do sistema de saúde, algumas medidas serão tomadas, tais como (Olsershaw, 2008):

- Promover a administração clínica para melhorar os serviços prestados;
- Investir em 20 novas especialidades cirúrgicas de modo a providenciar melhores, mais rápidos e mais ajustados acessos a esta vertente;
- Formar um maior número de cirurgiões, anestesistas e enfermeiros;

- Fazer melhor uso dos hospitais privados e de cuidados primários, de forma a facilitar o acesso às cirurgias no sector público e reduzir os respectivos tempos de espera.

Na Austrália, um número crescente de redes de saúde co-orientadas providenciam orientações acerca de onde e como devem ser distribuídos e prestados os cuidados de saúde. Estas redes centralizam-se na prática clínica e não nas instituições propriamente ditas. A experiência internacional revela um envolvimento maior e mais directo dos profissionais de saúde, o que resulta na prestação de cuidados melhores e mais rápidos no tempo (Oldershaw, 2008).

A *Cardenia - Casey Community Health Service (CCCHS)*, uma instituição em Melbourne (Victoria) providencia, para além de outros serviços, aconselhamento para adultos com depressão, vítimas de violência doméstica, ansiedade, entre outras perturbações psiquiátricas. Dada a existência de listas de espera para este serviço, o projecto envolve um coordenador que gere a lista de espera, contacta com os utentes telefonicamente e os mantém informados até ser disponibilizado um técnico para os acompanhar, factor este que veio reduzir a lista de espera no referido serviço (Allen, 2007).

A existência e a extensão das listas de espera no Sistema Nacional de Saúde no Reino Unido tem sido uma das principais preocupações desde 1948, no entanto, alguns analistas apontam para o facto de que uma lista de espera longa pode não corresponder directamente a um tempo de espera prolongado (Morgan, 1999).

Numa publicação recente acerca da problemática das listas de espera o mesmo autor aponta as seguintes razões para a sua persistência:

- O Sistema Nacional de Saúde não recebe fundos suficientes;
- A utilização e gestão dos recursos hospitalares é menos eficiente do que poderia ser;
- Os profissionais que trabalham no sector público e privado têm interesse em manter uma lista de espera, para que os utentes com maior poder económico optem por recorrer ao sector privado;
- A informação fornecida pelas listas de espera sofre flutuações constantes, o que os torna pouco fidedignas.

De facto, os métodos utilizados para controlar o aumento das listas de espera, ou mesmo para as reduzir, dependerão claramente dos factores identificados pelo Sistema Nacional de Saúde deste país. Neste sentido, o Departamento de Saúde no Reino Unido sugere as seguintes medidas para combater a problemática das listas de espera (Morgan, 1999):

- Fazer uma análise o mais fidedigna possível da urgência das intervenções de modo a alcançar estratégias de planeamento mais ajustadas;
- Verificar quais os serviços que estão a gerar listas de espera mais prolongadas e reorientar os profissionais e os fundos neste sentido;

- Aumentar o número de operações efectuadas através do pagamento de horas extraordinárias aos profissionais de saúde;
- Averiguar a possibilidade de transferir os utentes em listas de espera prolongadas para outras instituições de saúde;
- Investir em serviços comunitários, apostando em políticas de prevenção da saúde.

Os estudos de Morgan (1999) revelam que entre Dezembro de 1949 e Setembro de 1991, o número de utentes em lista de espera no Sistema Nacional de Saúde aumentou de 467.000 para cerca de 680.000, sendo que entre Março de 1988 e Abril de 1998 as listas de espera aumentaram cerca de 50%. A percentagem de utentes em lista de espera há mais de 12 meses diminuiu bastante desde 1988 para atingir uma percentagem de 0.4% em Março de 1996. No entanto, este valor atingiu os 5.2% em Março de 1998, mantendo-se nos 4.4% desde então. Por outro lado, a maioria dos utentes (70%) é intervencionada em menos de três meses.

Um estudo realizado por Waddell & Warnock (2005) no Reino Unido, em utentes em lista de espera para cirurgia do joelho revela que mais de metade dos utentes esperou mais de 9 meses pela cirurgia, o que os fez manifestar o seu descontentamento com o tempo de espera. Partindo das observações e de outros dados recolhidos, os investigadores sugerem um investimento económico para reduzir as listas de espera mediante (Waddell & Warnock, 2005):

- Aumentar/melhorar as capacidades dos profissionais de saúde;
- Aumentar a capacidade dos blocos operatórios;
- Melhorar a prestação de cuidados à comunidade.

Um estudo realizado em várias regiões da Austrália revela que o número de pessoas em lista de espera nos hospitais públicos era de 8.534 no final de Março de 2009, no entanto este número reduziu 4.2% desde Março de 2008 até então, embora tenha aumentado o número de cirurgias programadas neste mesmo período (Giddings & Thorp, 2009). Este mesmo estudo revela que o aumento da mediana dos tempos de espera é um resultado do maior número de utentes intervencionados, situação esta, proveniente dos fundos vindouros do governo Australiano através do “Elective Surgery Waiting List Reduction Plan”. Este programa foi projectado para quatro anos e providenciou 150 mil dólares para fazer face às listas de espera cirúrgicas.

Como resultado, o número de utentes provenientes das listas de espera cirúrgicas sofreu um aumento de 19.2%, sendo este valor calculado através do número de utentes que espera mais do que o tempo máximo recomendável. Surge neste sentido o “Australian Government - State Government Elective Surgery Waiting List” que pretendeu aumentar o número de utentes intervencionados em 895, dando prioridade aqueles que excedem o referido tempo máximo de espera (Giddings & Thorp, 2009).

Um outro estudo realizado na Austrália, pelo “*Department of Health*”, em 2008, no que concerne à percentagem de admissões para intervenção cirúrgica, por especialidade, revela a menor percentagem de admissão (71,2%) para a Neurocirurgia, atingindo a Ginecologia a maior percentagem (95,2%). A Cirurgia Cardiorádica apresenta 88,7% de admissões, a Cirurgia do Ouvido, Nariz e Traqueia apresenta 77,5%, a Cirurgia Geral, 91,3%, a Neurocirurgia, 71,2%, a Oftalmologia, 89,6%, a Ortopedia, 79,2%, a Cirurgia Plástica, 86,8%, a Urologia, 89,8%, a Cirurgia Vasculuar, 80,7%, sendo que outras especialidades cirúrgicas apresentam uma percentagem de 79,2% de admissões. Estes resultados podem ser visualizados na figura seguinte.

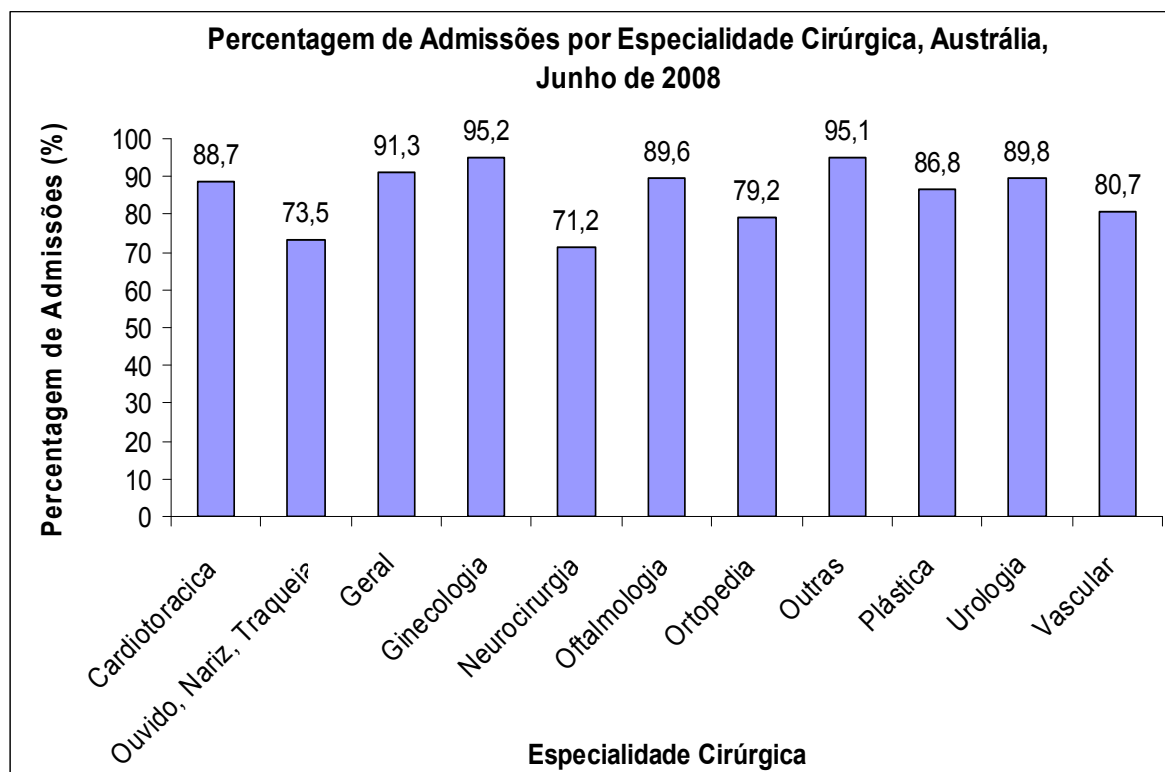


Figura 14 - Percentagem de Admissões por Especialidade Cirúrgica, Austrália, Junho de 2008. (Fonte: Department of Health, western Austrália, 2008: 4.)

No que se refere ao número de admissões para cirurgia, vindas de listas de espera, no período compreendido entre Setembro de 2006 e Junho de 2008, este estudo revela um decréscimo nas admissões, de Setembro de 2006 até Março de 2007. Em Junho de 2007, verifica-se uma subida nas referidas admissões, tendência que se prolonga até Setembro de 2007, verificando-se novo decréscimo em Dezembro de 2007, só se verificando nova subida em Junho de 2008. o valor máximo de admissões para cirurgia é atingido em Junho de 2008, sendo o valor mínimo atingido em Março de 2008, sendo a diferença entre estes dois períodos de 3.776 admissões. Estes resultados podem ser observados na figura seguinte.



Figura 15 - Admissões das Listas de Espera em Hospitais Públicos, Austrália, Setembro de 2006 - Junho de 2008 (Fonte: Department of Health, western Austrália, 2008: 5.)

O mesmo estudo revela ainda, para o mesmo período de tempo (Setembro de 2006 a Junho de 2008), um aumento da percentagem de admissões para cirurgia vindas de listas de espera em hospitais públicos, no entanto, verificam-se oscilações no que concerne ao número de casos provenientes das referidas listas de espera. Curiosamente, a menor percentagem de admissões para cirurgia verifica-se quando o número de casos atinge o valor máximo, em Setembro de 2006. Estes resultados podem ser visualizados na figura seguinte.

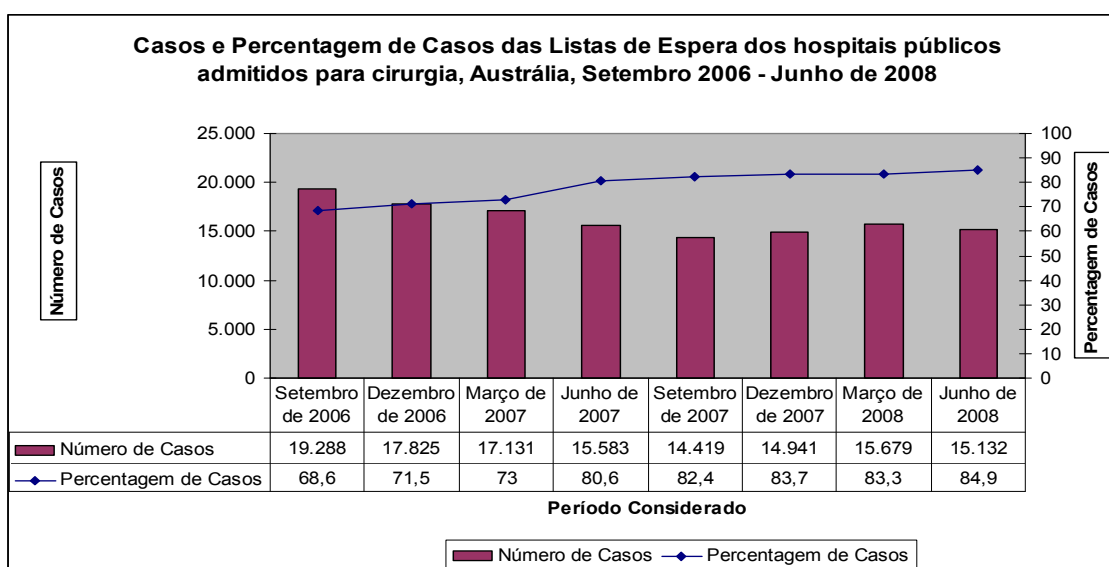


Figura 16 - Casos e Percentagem de Casos das Listas de Espera dos hospitais públicos admitidos para cirurgia, Austrália, Setembro de 2006 - Junho de 2008 (Fonte: Department of Health, western Austrália, 2008: 6.)

As listas de espera constituem a maior preocupação política na área da saúde no Canadá. Quer os cidadãos quer os prestadores de cuidados apontam o facto de estarem demasiados utentes em listas de espera bastante prolongadas, situação que pode acarretar riscos (Rachlis, 2005). Como resultado os hospitais públicos associaram-se ao sector privado de modo a que, os cidadãos com maior capacidade económica possam ser intervencionados neste sector, contribuindo assim para a redução das listas de espera no sector público.

O mesmo estudo refere ainda que, em conformidade com o “First Ministers’ Agreement on Health”, foi estabelecida uma prioridade de intervenção cirúrgica para cinco áreas consideradas mais críticas e urgentes, partindo do pressuposto da necessidade de aumentar a capacidade dos serviços.

Finalmente, o estudo aponta para uma iniciativa pioneira do governo canadiano que consistia em publicar na internet as listas de espera cirúrgicas, para que os utentes pudessem verificar qual o cirurgião e serviço com disponibilidade mais imediata. No entanto, este programa não reduziu de forma significativa as listas de espera o que significa que a população é resistente à situação de alterar o seu prestador de cuidados, não utilizando por isso a informação disponibilizada por esta via.

Os tempos de espera para cirurgia programada constituem uma preocupação generalizada em mais de metade dos países da OCDE. Em média, um utente espera pelo menos três meses por uma cirurgia, podendo este valor prolongar-se por alguns anos, o que cria insatisfação nos utentes e na população em geral (Hurst & Siciliani, 2003). As observações de Hurst & Siciliani (2003) revelam que o país onde se encontra uma maior percentagem de utentes em lista de espera há mais de 12 semanas é Portugal (58,1%), seguido do Reino Unido (41,7%) e da Itália (36,3%), ao passo que os restantes seis países analisados apresentam menos de metade deste valor. Estes resultados podem ser melhor visualizados na tabela seguinte.

Tabela 3 - Percentagem de utentes em lista de espera há mais de 12 semanas em 9 países da OCDE (ano de 1990)

País	Percentagem de Utentes (%)
Alemanha	19.4%
Hungria	13.3%
Itália	36.3%
Suíça	15.2%
Noruega	28.0%
Portugal	58.1%
Espanha	18.1%
Suécia	16.1%
Reino Unido	41.7%

Fonte: Hurst & Siciliani, 2003: 11.

7. Considerações Finais

Dada a problemática das listas de espera para cirurgia instalada na sociedade actual, quer em Portugal quer no Estrangeiro, este estudo surgiu na tentativa de obter alguma resposta na explicação dos factores que poderão estar na origem desta situação, bem como de uma tentativa de análise dos resultados das medidas já adoptadas no sentido de minorar esta problemática. Foram neste sentido encontradas algumas limitações, nomeadamente no que concerne a bibliografia existente acerca da questão dos programas aplicados em Portugal.

De facto, a ideia inicial seria analisar detalhadamente as diferenças entre o PECLEC e o SIGIC, mas foi encontrada escassa documentação no que concerne ao primeiro. Não foi possível neste sentido analisar comparativamente os programas instalados no nosso país. Como tal optou-se por apresentar apenas os resultados obtidos com a implementação do SIGIC. Por outro lado, na pesquisa que foi efectuada em relação às medidas aplicadas noutros países verificou-se a não existência de um programa bem definido no sentido do SIGIC, o que, se por um lado não permite uma comparação directa de políticas nacionais e estrangeiras, visto que também se tratam de contextos diferentes, por outro permite constatar que em Portugal foram feitos mais esforços no sentido de criar programas específicos com objectivos bem delimitados no que concerne ao combate às listas de espera cirúrgicas. De facto, noutros países têm sido tomadas até então várias medidas no combate a esta situação, as quais conduziram a resultados bastante positivos, no entanto não foram encontrados programas específicos neste âmbito.

As políticas de saúde que têm sido aplicadas pelos governos tomaram um destaque crescente, quer em termos políticos, quer de opinião pública, tomando aqui um ênfase maior os problemas das listas de espera e o combate às mesmas.

Tal como afirma Pedro (2008), desde 1994 que vários programas têm sido levados a cabo, como por exemplo, o PERLE, o PPA e o PECLEC, mas como estes tiveram apenas efeitos positivos temporários, mais tarde, foi criado o SIGIC, o qual ainda é aplicado actualmente. Este permitiu uma melhor gestão e articulação da informação entre todos os hospitais do SNS, estabelecendo também, um tempo máximo de espera para a realização de uma intervenção cirúrgica, no entanto a aplicação deste programa, de acordo com os resultados apresentados no presente estudo, não resolveu o problema das listas de espera para cirurgia. Não se descarte no entanto os benefícios da introdução do SIGIC uma vez que este reduziu consideravelmente o número de utentes em lista de espera para cirurgia, bem como permitiu uma realização de um maior número de cirurgias em comparação com o período anterior à sua aplicação.

De acordo com um estudo realizado entre 2004 e 2006 (Pedro, 2008; Barros, 2008) verificou-se um decréscimo nos tempos de espera após o SIGIC, o que vem corroborar os dados apresentados no presente trabalho. O SIGIC, revelou-se desta forma um programa de combate a listas de espera com eficácia de resultados, o que quase que obriga à manutenção deste programa, no sentido de obter melhores resultados a longo prazo.

De facto, numa intervenção que se pretende abrangente é essencial a existência de um sistema de informação que acompanhe essa mesma intervenção e, de facto, o SIGIC demonstra um esforço dos envolvidos na sua aplicação em melhorar o sistema de prestação de cuidados médico - cirúrgicos à população portuguesa. No então, por si só o sistema não resolve o problema das listas de espera, sendo necessário que a utilização do sistema de saúde acompanhe o conhecimento e a informação obtidas, de forma a obter e assegurar uma maior produtividade.

De acordo com os dados apresentados neste trabalho, quer em Portugal, quer no estrangeiro, a introdução de programas de combate às listas de espera significou uma evolução comum em termos de tempos de espera e percentagem de cirurgias realizadas, no entanto não foi possível registar um factor principal que explique as ocorrências verificadas. Fica realmente comprovada a utilidade da aplicação de programas de combate às listas de espera uma vez que todos os programas aplicados conduziram à redução das mesmas.

Em Portugal, após a adopção do SIGIC os hospitais apresentam uma maior capacidade para reduzir o número de pessoas em lista de espera as quais são tratadas mais rapidamente, especialmente aquelas cuja patologia requer um tempo de espera relativamente mais baixo, o que de acordo com Barros (2008) significará que um maior número de cirurgias corresponde a um melhor desempenho hospitalar.

Se por um lado é inegável a melhoria, em termos clínicos, dos serviços cirúrgicos com a introdução do SIGIC, por outro lado, em termos financeiros não existem dados que permitam comprovar essa mesma questão. Será pois possível levantar a hipótese de que parte dos progressos observados no combate às listas de espera não se deve exclusivamente à introdução do SIGIC, mas sim a uma melhoria dos serviços de saúde em geral? Embora esta seja uma questão que requer investigação, será pois inegável a importância vital da introdução do SIGIC no SNS português.

A questão que de facto fica pendente e sem uma resposta objectiva é o facto de os avanços tecnológicos no sector da saúde terem conduzindo a uma maior eficácia dos procedimentos cirúrgicos, situação essa que levou, por outro lado a um aumento da procura destes serviços e a uma subida nas listas de espera. Se de facto por um lado o progresso tecnológico aumenta a qualidade dos recursos, por outro provocou uma incapacidade do sistema de saúde em responder a

todos os pedidos em tempo útil levando a uma não resolução da questão das listas de espera. Esta constatação leva à premissa de que a mudança e a melhoria da questão da listas de espera cirúrgicas tem de ser global, ou seja, a introdução de programas de combate às listas de espera tem de ser acompanhada de todo um conjunto de mudanças nas políticas de saúde. A verdade é que se por um lado o SIGIC contribuiu para uma diminuição das listas de espera, por outro a capacidade de resposta do sistema de saúde não acompanhou estes avanços, em certa parte.

Deste modo ainda haverá um longo caminho a percorrer, quer em Portugal quer noutros países, uma vez que a situação não foi diferente lá fora. Deste modo, serão necessárias investigações futuras acerca das reais limitações das políticas de saúde e um maior investimento no financiamento do sector cirúrgico, em questões como a formação dos profissionais, o aumento dos profissionais adstritos a este serviço bem como a adaptação das tecnologias aos programas instalados.

8. Bibliografia

Allen, K (2007). *Telephone assesement and counselling as a strategy to reduce waiting times for adults requiring counselling services - evidence report*. Centre for Clinical Effectiveness.

Anderson, G.; Black, C.; Dunn, E.; Alonso, J.; Christian-Norregard, J.; Folmer-Anderson, T. & Bernth-Peterson, P (1997). *Willingness to pay to shorten waiting time for cataract surgery*. Health Affairs, 16(5): 181-190.

Campos, A (2005). *Normativismo e incentivos: contributo da economia para a administração da saúde* (69-98). In. Piola, S. & Vianna eds. *Economia da saúde. Conceito e contribuição para a gestão de saúde*. Instituto de Pesquisa Económica Aplicada: Brasília.

Campos, A (2003). *Hospital-empresa: crónica de um nascimento retardado*. Revista Portuguesa de Saúde Pública; 21(1): 23-33.

Campos, A (2005). *O Decreto-Lei nº93/2005 de 7 de Junho - a transformação dos hospitais SA em entidades públicas empresariais (EPE)*. Revista Portuguesa de Saúde Pública, 23(2): 113-115.

Costa, C.; Teixeira - Sousa, V.; Costa, A.; Reis, C.; Grangeia, R. & Coelho, R (2008). *Impacto dos factores psicossociais na cirurgia valvular cardíaca*. Acta Médica Portuguesa, 21: 601 - 606.

Davies, R (1999). *Waiting lists for health care: a necessary evil?* CMAS, 18; 160(110): 1469-1470.

Delgado, M. (1999). *O presente e o futuro dos hospitais portugueses. Algumas notas para reflexão*. APES: Lisboa.

Department of Health, Western Australia (2008). *Western Australian Elective Quarterly Report: June 2008 Quarter*. Performance Reporting Branch, Information Management & Reporting Directorate, Department of Health: Australia.

Direcção Geral de Saúde, Ministério da Saúde (1997). *O Hospital Português*.

Direcção Geral de Saúde (2000): *Cirurgias de ambulatório. Recomendações para o seu desenvolvimento*. Lisboa.

Direcção Geral da Saúde - DSIA - Divisão de Estatística (2006). *Centros de saúde e hospitais: recursos e produção do SNS*. Estatísticas 2005.

Ferreira, A. (1989). *Sistemas de saúde e seu financiamento - sistemas de cuidados de saúde no mundo: o caso particular de Portugal*. Fundação Calouste Gulbenkian: Lisboa.

Garcia, R. & Busto, B (2001). *A system Dynamics model for analysing waiting lists in Spanish public hospitals*. University of Oviedo, 1 - 10.

Giddings, L. & Thorp, L. (2009). *Your health and human services*. Progress Chart. Corporate Planning and Performance.

Giraldes, M (1991). *The equity and efficiency principle in the financing system of the NHS in Portugal*. Health Policy, 3(2): 15-32.

Giraldes, M (1995). *Distribuição de recursos num sistema público de saúde* 167 - 190). In. Piola, S. & Vianna eds. *Economia da saúde. Conceito e contribuição para a gestão de saúde*. Instituto de Pesquisa Económica Aplicada: Brasília.

Giraldes, M (2003). *Sistema de saúde vs sector privado em Portugal*. Editorial Estampa: Lisboa.

Giraldes, M (2007). *Avaliação da eficiência e da qualidade em Hospitais - Entidades Públicas Empresariais e Sector Público Administrativo*. Acta Médica Portuguesa, 20: 471 - 490.

Giraldes, M (2008). *Eficiência versus Qualidade no Serviço Nacional de Saúde - Metodologias de Avaliação*. Acta Médica Portuguesa, 21: 397 - 410.

Gouveia, M. (2006). *Resultados da avaliação dos hospitais SA - Documento de trabalho*. CAHSA: Lisboa.

Honoré, B. (2002). *A Saúde em Projecto*. Lusociência: Lisboa.

Hurst, J. & Siciliani, L (2003). *Tackling excessive waiting times for elective surgery. A comparison of policies in twelve OECD countries*. DELSA/ELSA/WD/HEA, 2 - 54.

Instituto de Gestão Informática da Saúde (2006). *Contabilidade analítica 2004*. Instituto de Gestão Informática da Saúde: Lisboa.

Levy, A.; Sobolev, B.; Hayden, R.; Kiely, M.; Fitzgerald, J. & Shechter, M (2005). *Time on wait lists for coronary bypass surgery in British Columbia, Canada, 1991-2000*. BMC Health Services Research, 5(22): 1-10.

Morgan, B (1999). *Hospital waiting lists and waiting times*. House of Commons, 1 - 36.

Ministério da Saúde, 31 de Julho de 2007.

Oldershaw, M (2008). *Health policy: tackling hospital waiting lists. Better use of your health dollar, sooner for you*. National, 1-11.

Pedro, F. (2008). *O impacto do SIGIC e dos Hospitais E.P.E sobre as listas de espera em Portugal*. Mestrado em Economia, Faculdade de Economia da Universidade Nova de Lisboa.

Barros, P. (2001). *Procura de cuidados de saúde: os efeitos do estado de saúde - co-pagamento e rendimento*. Faculdade de Economia da Universidade Nova de Lisboa: Lisboa.

Barros, P. (2005). *Economia da Saúde - conceitos e comportamentos*. Edições Almedina: Coimbra.

Barros, P (2008). *As listas de espera para intervenção cirúrgica em Portugal*. IPRISVERBIS, 4: 1 - 8.

Rachlis, M (2005). *Public solutions to health care wait lists*. CCPA - Canadian Center for Policy Alternatives, 5 - 34.

Simões, J. (2004). *Retrato político da saúde. Dependência do Percurso e Inovação em saúde: da ideologia ao desempenho*. Edições Almedina: Coimbra.

Unidade Central de Gestão de Inscritos para Cirurgia (2005). *Manual de Gestão de Inscritos para Cirurgia - Processo de Gestão do Utente*. Ministério da Saúde.

Unidade Central de Gestão de Inscritos para Cirurgia (2010). *Neoplasias malignas - resumo indicadores 2009*. SIGLIC, 1 - 25.

Waddell, J. & Warnock, G (2005). *Meeting the challenge of reducing waiting times for surgery*. Can J Surg, 48(5): 349-350.

Willcox, S.; Seddon, M. & Dunn, S (2007). *Measuring and reducing waiting times. A cross - national comparison of strategies*. The Commonwealth Fund, Health Affairs, 26(4): 1078 - 1087.

Legislação Consultada:

Decreto-lei n.º 11/93 de 15 de Janeiro. Diário da República - I série - A. “Estatuto do SNS”.

Lei n.º 47/98 de 24 de Agosto. Diário da República - I série, n.º 195. “Lei de Bases da Saúde”.