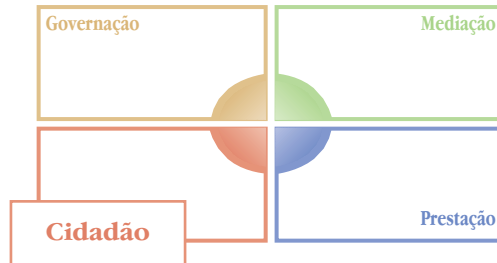


PARTE III - O SISTEMA DE SAÚDE PORTUGUÊS NA ACTUALIDADE



O CIDADÃO

A VOZ DOS CIDADÃOS EM SAÚDE

Nas sociedades modernas e evoluídas os cidadãos situam-se no centro do modelo de prestação de cuidados de saúde. Por isso devem ser ouvidos sobre os cuidados prestados e as suas opiniões e preferências devem ser respeitadas, tentando satisfazer as suas legítimas necessidades.

Neste sentido, no último ano em Portugal, assistiu-se ao aparecimento de várias iniciativas e estudos preocupados com a voz dos cidadãos na saúde. Podem destacar-se os seguintes:

- a publicação pelo Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa em Abril de 2002 do estudo “Saúde e doença em Portugal” de Manuel Villaverde Cabral, patrocinado pela APIFARMA (inquérito a uma amostra representativa de Portugal Continental com 2.537 indivíduos maiores de 18 anos);
- a implementação regular e sistemática de inquéritos de satisfação aos doentes internados e das urgências dos hospitais em fase de acreditação pelo Instituto da Qualidade em Saúde (IQS) e pelo King’s Fund Health Quality Service (KFHQs). Ao contrário de outros estudos, os resultados destes inquéritos destinam-se essencialmente a ser usados como indicadores de melhoria contínua da qualidade;
- o estudo “O que os portugueses pensam dos serviços de saúde” (Junho 2002) realizado pela Metris para a Ordem dos Farmacêuticos, na sequência de um outro estudo promovido em 1999 pela Fundação Antero de Quental. O universo foi constituído por 1.010 indivíduos com 18 ou mais anos de idade, residentes em Portugal Continental;
- o concurso realizado pelo Instituto do Consumidor, conduzindo ao estudo “A satisfação dos utilizadores dos cuidados privados de saúde” (Dezembro 2002) pela Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra (FEUC) e pelo Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (CEISUC), com base numa amostra de 3.012 entrevistas a utilizadores dos cuidados de saúde privados;
- os debates e o inquérito “O estado da Nação 2002” promovido pela Data Crítica, Estudos de Opinião e Mercado, Lda, pela Escola Superior de Comunicação Social, pelo Diário de Notícias, pela TSF Rádio Jornal e pela SIC, realizado num total de 1.000 entrevistas em Junho de 2002;
- a iniciativa do IQS, em colaboração com o CEISUC, de levar a cabo o estudo denominado “A voz dos utentes dos centros de saúde”, estudo finalmente tornado público em Março de 2003, reuniu opiniões de 4.714 utentes de 194 centros de saúde.

Estas múltiplas manifestações de interesse pela opinião do cidadão sobre saúde merecem todo o realce. Não é o mesmo obter a opinião dos cidadãos – o denominado público – com ou sem experiência concreta de utilização, ou interrogar utilizadores efectivos de serviços de saúde. Enquanto que a satisfação dos utentes é influenciada pela sua experiência mais recente, a do público é mais influenciada pelos media e, em Portugal, também por uma atitude demasiado negativa e crítica que os portugueses têm das suas instituições de saúde.

Durante os últimos anos a avaliação da satisfação com os cuidados de saúde ganhou grande importância como medida da qualidade na prestação de cuidados de saúde públicos, de tal forma que durante as últimas décadas e de uma forma gradual, as actividades de garantia e melhoria da qualidade têm vindo a ser encaradas como fazendo parte dos processos de cuidados médicos e mesmo dos programas políticos. O programa do actual XV Governo Constitucional preconiza, por exemplo, que “o compromisso político do Governo é o de que as reformas a realizar serão norteadas pela preocupação de dar às pessoas um atendimento de qualidade, em tempo útil, com eficácia e com humanidade”.

AVALIAÇÃO DOS CUIDADOS PÚBLICOS DE SAÚDE

A avaliação global feita pelos cidadãos inquiridos no estudo “Saúde e Doença em Portugal” relativamente aos serviços públicos demonstra que a maioria deles estão satisfeitos. As áreas onde se verifica uma maior insatisfação são as consultas externas hospitalares e os serviços de urgência, aliás as únicas áreas onde há uma maior percentagem de doentes muito insatisfeitos quando comparada com a dos muitos satisfeitos. Por sua vez, como também se pode ver no **Quadro V**, os centros de saúde e os internamentos hospitalares são as áreas onde se verificam maiores níveis de satisfação entre os cidadãos.

Quadro V – Nível de satisfação com os serviços públicos de saúde

	Centros de Saúde	Consultas externas em hospitalares	Internamentos hospitalar	Urgências em hospitalares
Muito Satisfeito	8,8%	4,2%	9,0%	3,4%
Satisfeito	64,9%	50,6%	65,7%	50,3%
Nem satisfeito nem insatisfeito	15,7%	25,9%	16,6%	25,1%
Insatisfeito	8,8%	15,0%	5,2%	16,0%
Muito insatisfeito	1,8%	4,3%	3,4%	5,2%

Fonte: Cabral, Villaverde, “Saúde e doença, em Portugal”, Lisboa, ICS, 2002

Relativamente aos utentes, 77,8% referiram como positiva a avaliação da última consulta nos hospitais públicos e 67,2% referiram como boa a avaliação global dos cuidados recebidos. Os serviços de urgência foi onde se verificou um menor nível de satisfação e em relação aos quais 61,9% referiram ter ficado satisfeitos com o tratamento aí recebido.

Estes números contrastam de algum modo com a informação fornecida diariamente pelos *mass media*. De facto, segundo Villaverde Cabral, os títulos dos jornais “reflectem bem a forma predominantemente negativa da cobertura mediática dos problemas de saúde na sociedade portuguesa”. O mesmo autor refere que “a representação negativa que a população, sobretudo aquela que não possui experiência pessoal dos serviços públicos de saúde, é levada a construir a partir dos *mass media*, pode ter os efeitos mais desenhados”. De facto, no conjunto de artigos analisados, a avaliação da tendência valorativa dos mesmos indica que 72% têm um cariz negativo.

Quanto às reclamações em hospitais públicos, 4,9% dos inquiridos já apresentaram pelo menos uma vez uma reclamação o que, ainda segundo Villaverde Cabral, veio confirmar a “baixa propensão da população portuguesa

para a mobilização e participação sociais observada em todo o género de estudos sociológicos”. Neste mesmo estudo, 21,8% dos indivíduos que não reclamaram, referiram que não o fizeram porque acharam inútil efectuar qualquer reclamação. As causas mais frequentes dos motivos de reclamação foram a má assistência ou erro médico (29,0%) e a demora (28,0%). Por sua vez, 32,8% das reclamações não foram resolvidas, 34,7% tiveram uma resposta satisfatória e 32,5% insatisfatória.

Ainda segundo o mesmo estudo, dos 54% de inquiridos que utilizaram o centro de saúde no último ano pelo menos uma vez, 49,3% consideraram a avaliação global dos cuidados prestados no centro de saúde como boa ou muito boa e 12,7% consideraram-nos maus ou muito maus. Mais de metade dos indivíduos (58%) referiram ter uma boa relação com o médico do Centro de Saúde.

No estudo “A voz dos utentes dos centros de saúde” encontramos um índice de satisfação global de 70%, sendo as regiões do Algarve (74%) e do Centro (72%) as que apresentaram valores mais elevados. Este estudo considerou quatro componentes de avaliação: (i) cuidados médicos, (ii) relação e comunicação, (iii) informação e apoio, (iv) continuidade e cooperação e (v) organização dos serviços. O estudo evidencia uma vez mais a boa aceitação dos utentes dos centros de saúde em relação aos cuidados prestados pelos profissionais de saúde, em especial pelo médico de família. Os utentes confiam nos serviços, têm com eles uma boa relação e estão satisfeitos. Já relativamente à organização e gestão dos centros de saúde e às redes de referência do SNS, os utentes revelam um nível de satisfação bastante mais reduzido.

AVALIAÇÃO DOS CUIDADOS PRIVADOS DE SAÚDE

No estudo a “Saúde e doença em Portugal” constata-se que 34,8% dos inquiridos utilizaram as consultas privadas, no último ano, pelo menos uma vez. As especialidades de Estomatologia e Medicina Geral foram aquelas a que o utente mais recorreu. Segundo o seu autor, “a busca de cuidados médicos privados corresponde a um perfil de procura condicionado pela própria oferta do sector público”. De entre os indivíduos que mostraram maior aptidão para recorrer às consultas privadas, as mulheres, os indivíduos entre os 18 e os 29 anos e os que têm rendimentos familiares acima dos 800 € foram, excluindo o caso da medicina geral, os que apresentaram valores mais significativos.

De acordo com este estudo, como causas mais significativas para os indivíduos recorrerem ao sector privado, 27% referem a demora para obterem uma consulta no seu centro de saúde e 22% a ausência da especialidade de que necessitam no hospital da sua área de residência. Logo, as motivações essenciais passam por questões de acessibilidade e oferta de cuidados.

No que toca à realização das cirurgias no sector privado, 7% dos inquiridos recorreram a este sector para a realização de cirurgia e 46% destes referiram não poder esperar pela intervenção num hospital público. Mais uma vez, a questão da acessibilidade é a causa fundamental. Em termos sócio-económicos os indivíduos que mais recorreram à medicina privada para cirurgias posicionam-se na classe média alta.

Segundo este estudo, 73% dos utilizadores dos cuidados privados estão, em geral, totalmente satisfeitos com as consultas e 86% estão totalmente satisfeitos com a qualidade do serviço prestado pelo médico no consultório. No que respeita aos internamentos em hospitais privados, 68% estão totalmente satisfeitos e 89% estão muito satisfeitos com a qualidade da equipa médica. No entanto, só 47% estão totalmente satisfeitos com a adequação do custo do internamento.

Em conclusão, poderemos dizer que, de um modo geral, os cidadãos utilizadores dos cuidados de saúde privados estão muito satisfeitos, sendo as competências técnicas o factor que mais contribui para a sua satisfação. Também nos cuidados de saúde privados os tempos de espera desagradam ao doente, observando-se que os serviços de saúde privados têm ainda de vocacionar melhor a sua orientação para o cidadão-cliente.

Cerca de 60% dos inquiridos referem como primeira vantagem do serviço público as razões económicas. Foi

neste ponto que o utente mostrou um maior desagrado por ter de utilizar os cuidados privados, segundo os resultados obtidos por “A Satisfação dos Utilizadores dos Cuidados Privados de Saúde”. Por sua vez, no estudo “Saúde e doença em Portugal” 27,4% dos inquiridos refere como primeira vantagem para recorrer à medicina privada o facto de o atendimento ser mais rápido e 24% por aí lhe ser prestada maior atenção.

ACESSO AOS CUIDADOS DE SAÚDE

O CASO DAS LISTAS DE ESPERA CIRÚRGICAS

O aumento da procura de cuidados de saúde na maior parte dos países europeus é explicada pelas alterações demográficas verificadas nos últimos 20 anos, que têm sido acompanhadas por um correlativo aumento da expectativa de melhoria da qualidade de vida. A conjugação destes factores colocou os sistemas de saúde numa situação paradoxal, com o aumento da esperança de vida a criar novas necessidades em cuidados de saúde, como as cirurgias da catarata e a substituição do colo do fémur, e o tempo de espera por este tipo de intervenções a aumentar mais do que a média na maior parte dos países. Mas não têm sido só os idosos a aumentar as suas expectativas quanto à melhoria da qualidade de vida e dos cuidados prestados pelos serviços de saúde. A população, em geral, em consequência das novas tecnologias de informação e dos elevados padrões de vida impostos pelos valores dominantes, tornou-se também mais exigente quanto ao acesso e melhor informada quanto aos serviços que lhe são prestados.

O ESTADO DA RESOLUÇÃO DAS LISTAS DE ESPERA CIRÚRGICAS EM PORTUGAL

Em Abril de 2002, com uma orientação marcadamente virada para a espera cirúrgica, o Programa de Promoção do Acesso (PPA) iniciado em 1998 passou a tomar a designação de PECLEC (Programa Especial de Combate às Listas de Espera Cirúrgicas, RCM nº100/2002, 25 de Maio). Segundo dados do Ministério da Saúde reportados pelo jornal Diário de Notícias (2 e 3 de Outubro de 2002), existiriam, em 30 de Junho de 2002, 123.166 doentes em lista de espera para uma cirurgia, dos quais 86 mil em espera clinicamente inaceitável. As patologias com mais doentes em espera seriam as hérnias, as cataratas, as varizes e várias patologias do ouvido.

O Ministério da Saúde estima em 2 anos (RCM nº100/2002, 25 de Maio) o tempo necessário para que a totalidade dos casos agora em espera seja resolvida, tendo atribuído, para o efeito, um financiamento de 187 milhões de euros para o programa. Ainda de acordo com o propósito do Ministério da Saúde, cerca de 20% dos doentes em espera serão atendidos pelo sector privado, social e lucrativo.

Entre os objectivos fixados no PECLEC estão, (i) estabelecer um regime de atendimento dos doentes em correspondência inversa aos tempos de espera (...) sem prejuízo da prioridade concedida a quadros clínicos considerados urgentes, (ii) estabelecer um sistema de concorrência entre os sectores público, social e privado, e (iii) criar uma instância para a qual o doente possa reclamar em caso de prejuízo do seu direito aos cuidados de saúde do SNS. É ainda criada uma comissão de acompanhamento da execução do Programa junto de cada Administração Regional de Saúde (ARS), composta por representantes da Ordem dos Médicos, sector social, Federação Nacional dos Prestadores de Cuidados de Saúde, dos utentes e da respectiva ARS.

A operacionalização do Programa reveste a forma de Protocolo - a ser celebrado entre as ARS, entidade gestora, e os hospitais, entidades prestadoras - tendo como aspectos mais relevantes, (i) o volume da produção acrescida contratada, (ii) o volume da produção corrente assegurada, (iii) a amplitude do processo terapêutico - consultas pré e pós-operatórias, meios complementares de diagnóstico e terapêutica, (iv) o valor e os prazos de pagamento dos actos médico-cirúrgicos, (v) as condições de reorientação dos doentes, (vi) a periodicidade da actualização das listas de espera, (vii) o sistema de validação das intervenções realizadas e, (viii) as sanções previstas para o incumprimento do Protocolo.

O ANO DE 2002

Dados da avaliação da execução do PPA de 2001, indicavam que em 31 de Dezembro desse ano existiam 86 500 doentes em espera por uma cirurgia, acima do tempo de espera clinicamente aceitável. Este valor é coincidente com o reportado pelo Ministério da Saúde e divulgado pelo Diário de Notícias (2 e 3 de Outubro), para Junho de 2002. Os dados do Relatório da Direcção-Geral da Saúde indicam, no entanto, que no final de Setembro de 2002 existiriam 110 994 casos em espera (média de 9 meses), com indicação cirúrgica, dos quais 97 496 acima do tempo de espera clinicamente aceitável. Por decisão do Ministério da Saúde, foram acrescentados ao Programa cerca de 37 mil novos casos resultantes da selecção de novas patologias.

De acordo com os dados da DGS, a hérnia é a patologia mais prevalente nas ARS que disponibilizaram dados - Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve - com 6 783 casos, 698 casos e 418 casos, respectivamente, acima dos tempos clinicamente aceitáveis. Seguem-se as cataratas, com 6 146 casos, 699 casos e 523 casos, respectivamente. Estas duas patologias representam cerca de 14% do volume de casos em espera por uma cirurgia e com um tempo de espera nunca inferior a 500 dias.

TEMPOS DE ESPERA

Dados da DGS indicam-nos o tempo de espera médio, em dias, para a realização de uma cirurgia, reportado ao tempo de espera clinicamente aceitável (teca). Estes valores variam entre 340 dias, para o caso de “outras patologias uterinas” e 2 948 dias, para um teca < 180 dias, caso da prótese total do joelho, PTJ). O **Quadro VI** expressa a amplitude de variação dos valores médios da espera em cada patologia, por ARS, sendo que o maior valor se verifica entre as ARS do Norte e do Alentejo, para o caso da prótese total do joelho. Seis anos e meio separam o tempo de espera para esta intervenção nestas duas ARS.

Quadro VI – Tempos de espera médios das cirurgias incluídas no programa de redução das listas de espera.

Patologias	TECA*	ARS				
		Norte	Centro	LVT	Alentejo	Algarve
Hérnias	<60; <180		609		2053	
H. Discais	<30		576	1802		
PTA	<180		716		1540	
Varizes	<60; <180			1922		592
Cataratas	<30; <180	505		1341		
Eventrações	<60; <180			2046	462	
P. proctológica		625			959	
Ouvido		676				1019
Adenoma prostático	<90; <180		654	2051		
Outra patol. Uterina		502		340		
Colecistectomia	<30; <180		651		1398	
Septoplastia				789	2017	
PTJ	<180	552			2948	
Outra patol. Joelho						
Miringotomia		630				1445
Fibromioma	< 180		458			867
Glaucoma	< 30		512			
Bypass	< 60			2577		
Proced. Cardíacos	< 60			509		
Artroscopia				560		

Fonte: Direcção-Geral da Saúde

Legenda: *nos teca estão expressas as situações com ou sem complicações

PRODUÇÃO

Dos 110 994 casos em lista de espera por uma cirurgia, cerca de 88% tinha um tempo de espera acima do clinicamente aceitável. Até 30 de Setembro de 2002 tinham sido realizadas 15 730 cirurgias em produção adicional e 18 547 em produção corrente, num total de 34 277 cirurgias (ver **Quadro VII**). A despesa realizada com a produção adicional foi de 26 935 445 euros, tendo o custo médio de cada cirurgia ficado em 1 712 euros, mais 17% do que em 2001 e mais 26% do que em 2000.

Quadro VII – Desempenho do programa de redução das listas de espera cirúrgicas

	2000	2001	2002*	Δ 2002/2001	Δ 2002/2000
Total de casos em espera	127 244	101 725	110 994	+9%	-13%
Total de casos acima dos teca	84 805	90 451	97 496	+8%	+15%
Produção corrente	14 602	-	18 547	-	+27%
Produção adicional	6 003	23 791	15 730 (21000)**	-12%	+250%
Despesa (em euros)	16 207 070	34 857 910	26 935 445 (35 952 000)**	+3%	+121%
Custo médio (em euros)	1 360	1 465	1 712	+17%	+26%

Fonte: Direcção-Geral da Saúde

Legenda: * valores correspondentes a 30 de Setembro de 2002; ** - projecção aritmética até 31 de Dezembro de 2002

NECESSIDADES DE INFORMAÇÃO PARA A GESTÃO DAS LISTAS DE ESPERA CIRÚRGICAS

Para identificar os principais obstáculos do acesso aos serviços de saúde, um grupo técnico do Ministério da Saúde e Consumo de Espanha desenvolveu uma técnica de consenso para seleccionar os factores que determinariam a existência das listas de espera naquele país. Este grupo identificou 23 factores com diferentes importâncias relativas, agregados em 3 grupos - aumento progressivo da procura, diminuição e regidificação da oferta, fragilidades do sistema de auto-regulação. A partir destes 23 factores, o grupo técnico seleccionou os 10 principais factores que explicariam a existência de listas de espera, tomando como critério os maiores valores médios da pontuação de cada factor:

Principais factores que explicariam as listas de espera
1. Envelhecimento da população
2. Estrangulamentos funcionais (*)
3. Horário de funcionamento dos serviços (*)
4. Irregularidade do desempenho individual (*)
5. Variabilidade do desempenho clínico
6. Inconsistências na utilização no sistema público de saúde (*)
7. Distribuição irregular de recursos (*)
8. Envolvimento limitado dos médicos na gestão (*)
9. Grau de articulação dos serviços de saúde
10. Natureza do dispositivo público de gestão

Figura 1. Principais factores que explicariam as listas de espera. Fonte: Comissão Europeia (2002), p. 10.

De acordo com este estudo, 6 dos 10 principais factores que determinam a existência de listas de espera diriam respeito à diminuição da oferta (*) e só 2 factores estariam associados ao aumento da procura – envelhecimento da população e grau de articulação dos serviços de saúde.

Ainda em Espanha, um Grupo de Peritos sobre Listas de Espera elaborou um conjunto de propostas de curto e médio prazo para dar resposta a este problema, destacando-se as seguintes:

- Garantir a manutenção da equidade do sistema público de saúde;
- Elaborar planos de acção visando dar resposta às listas de espera;
- Estabelecer um consenso sobre prioridades clínicas e fixar tempos de espera máximos para cada prioridade;
- Adaptar e otimizar os recursos disponíveis na base das necessidades objectivas;
- Promover a liberdade de escolha informada dos utilizadores dos serviços de saúde;
- Reforçar o envolvimento dos profissionais na gestão clínica dos serviços de saúde e criar incentivos orientados para objectivos específicos de recuperação das listas de espera;
- Desenvolver um sistema de informação para a gestão das listas de espera e elaborar um conjunto de indicadores para a monitorização da oferta e da procura;
- Melhorar a gestão dos actuais recursos dos serviços de saúde;
- Criar um sistema de prioridades para os doentes em lista de espera e garantir a sua monitorização;
- Estabelecer incentivos financeiros para os serviços que cumpram os objectivos estratégicos fixados para a redução das listas de espera;
- Reforçar a cooperação entre os cuidados de saúde primários e os cuidados hospitalares.

Para se proceder à avaliação do programa de recuperação das listas de espera cirúrgicas em Portugal teria sido necessário a seguinte informação mínima:

- Total de casos em espera > teca no dia 1 de Janeiro de 2002, por patologia;
- Total de casos em espera < teca no dia 1 de Janeiro de 2002, por patologia;
- Total de casos entrados até 31 de Dezembro de 2002, por patologia e por tempo de espera;
- Tempos de espera médio, máximo e mínimo para consulta, realização de meios complementares de diagnóstico e cirurgia, por patologia;
- Total de casos com cirurgia marcada, por patologia, em 30 de Junho;
- Total da produção corrente, em 31 de Dezembro, por patologia e por tempo de espera;
- Total da produção adicional, nos serviços do SNS, em 31 de Dezembro, por patologia e por tempo de espera;
- Total da produção realizada pelo sector privado, em 31 de Dezembro, por patologia e por tempo de espera;
- Total de casos expurgados (óbito, dupla contagem, desistência da intervenção cirúrgica, revisão clínica da indicação cirúrgica, cirurgia já realizada, mudança de residência, referência a um prestador de outra ARS);
- Total de readmissões pela mesma causa;
- Despesa realizada com a produção nos sectores público e privado, e por patologia.

Na gestão de uma lista de espera de doentes com indicação cirúrgica podíamos fixar os seguintes algoritmos críticos de sucesso:

1. Produção corrente + produção adicional \geq meta anual - casos expurgados + total de readmissões;
2. Produção corrente \geq casos anuais \leq teca

O Conselho da Europa adoptou, por sua vez, uma Recomendação na qual é afirmado que “o acesso aos cuidados de saúde devia ser feito de acordo com as necessidades de cada um e ser independente das condições económicas de quem deles necessita” (*Recommendation n° (99) 21 on criteria for management waiting lists and waiting times in health care, www.coe.int*). Para além deste princípio genérico, o Conselho da Europa considera que as listas de espera e os tempos de espera tornaram-se um dos principais padrões de acessibilidade aos cuidados de saúde e da efectividade dos sistemas de saúde globalmente considerados.

Relativamente à gestão do acesso, o Conselho da Europa faz as seguintes recomendações:

- Fixação de objectivos para o acesso aos cuidados;
- A definição de tempos de espera garantidos segundo a especialidade médica, a condição de saúde do doente e o diagnóstico;
- A explicitação dos critérios de agendamento de doentes;
- A elaboração de orientações para o estabelecimento de prioridades;
- Estabelecimento de critérios de revisão e validação das listas de espera.

Uma das dimensões mais importantes da gestão do acesso é a população e os doentes disporem de informação que lhes permitam participar nas decisões que melhor salvaguardem a satisfação das suas necessidades em

saúde. Neste aspecto, a Suécia e a Holanda (Rooij, *P. Informing patient about waiting times*, www.hope.be, 2002), desenvolveram sistemas de informação aos utilizadores dos serviços que lhes permite ter conhecimento dos tempos de espera para diferentes especialidades médicas e certos tipos de diagnósticos e tratamentos.

No caso da Suécia, o sistema fornece informação sobre os tempos de espera para 25 especialidades médicas, 6 procedimentos diagnósticos e 27 diferentes tipos de tratamentos electivo. Para cada tipo de diagnóstico clínico e respectivo tratamento, a informação disponível abrange:

- Tempo de espera, em semanas, para um novo caso, desde que a situação não seja urgente ou não constitua uma prioridade clínica;
- A produção de cada quadrimestre, ou seja, o volume de novos casos atendidos.
- A data em que o tempo de espera previsto foi anotado, com o objectivo de manter os tempos de espera tão garantidos quanto possível;
- O volume de doentes em lista de espera, incluindo tanto os casos com a data do atendimento marcada como os que ainda não têm essa data atribuída. Estes dados são divulgados três vezes por ano, (31 de Abril, 30 de Agosto e 31 de Dezembro);
- A percentagem de doentes atendidos durante cada quadrimestre com tempo de espera tenha sido inferior a 3 meses;

CONCLUSÕES

Relativamente a 2001, dispôs-se de muito menos informação, mais incompleta e pouco discriminada. Não foi disponibilizada informação sobre a produção contratualizada e realizada, nem sobre o desempenho de cada ARS no que se refere à produção corrente e adicional. Fica por saber qual foi a intervenção do sector privado e que peso teve na produção adicional.

Verificaram-se mais casos em espera e mais casos em espera acima do tempo clinicamente aceitável.

Apesar da produção adicional projectada para 2002 ser inferior em 12% à de 2001, verificou-se um aumento de 26% do custo médio de cada cirurgia.

Com os dados disponíveis não foi possível seguir o ciclo da contratualização da produção nem o estado de resolução de algumas patologias mais frequentes, como as cataratas, hérnias, varizes e próteses totais da anca.

Apesar da lei sobre listas de espera (Lei nº27/99, de 3 de Maio) aprovada pelo Parlamento determinar a apresentação de um relatório sobre listas de espera (de 2 em 2 meses), não se tem notícia de que algum relatório tenha sido apresentado durante o último ano, nem que isso tenha provocado qualquer incómodo à Assembleia da República.