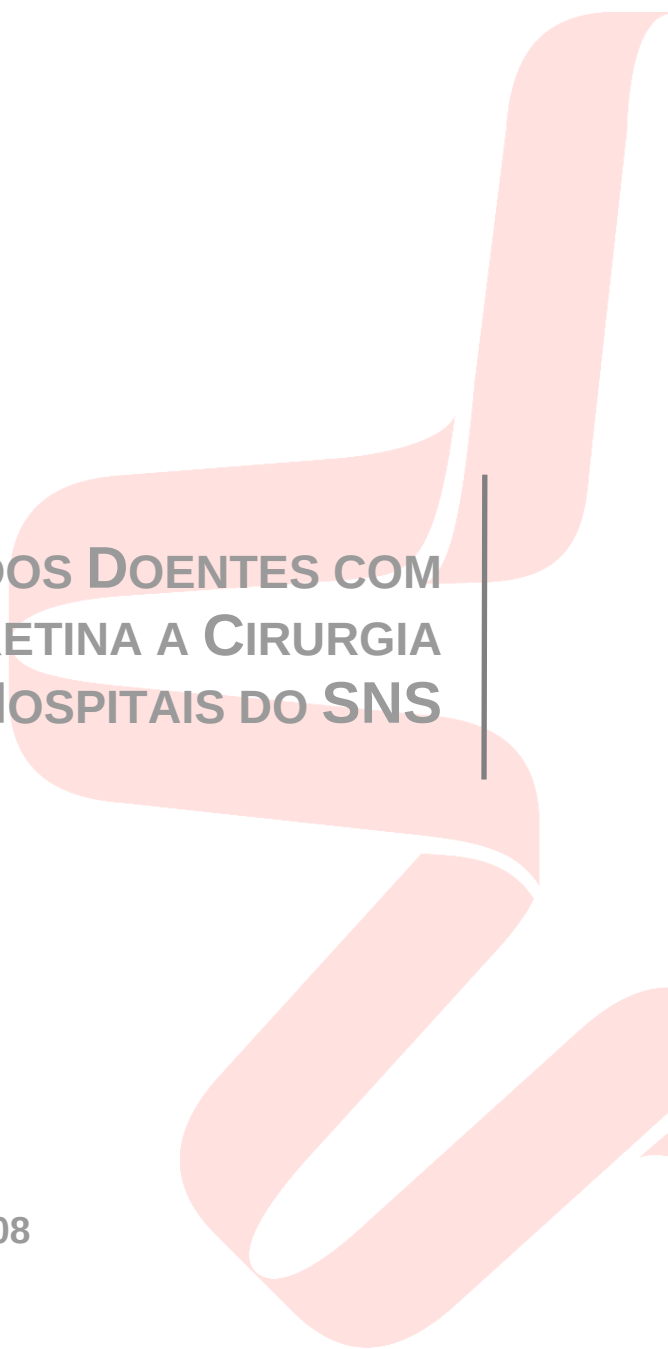




ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE



AVALIAÇÃO DO ACESSO DOS DOENTES COM DESCOLAMENTO DA RETINA A CIRURGIA CORRECTIVA NOS HOSPITAIS DO SNS



SETEMBRO DE 2008

Índice

1. Introdução e metodologia	1
2. Potenciais problemas de acesso	3
3. Âmbito do estudo	8
4. Actividade de correcção do descolamento da retina	11
5. Análise das insuficiências da oferta.....	16
6. Análise das causas comportamentais	21
7. Conclusões	24
Anexo I – Relato de casos de dificuldades de acesso a cirurgia de correcção do descolamento da retina nos hospitais do SNS	26
Anexo II – Resultados da análise de regressão econométrica.....	28

Índice de Abreviaturas

DR – Descolamento da Retina

ERS – Entidade Reguladora da Saúde

GCD – Grande Categoria Diagnostica

GDH – Grupo de Diagnóstico Homogéneo

IGAS – Inspeção das Actividade em Saúde

IPSS – Instituição Particular de Solidariedade Social

RRH – Rede de Referenciação Hospitalar

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SRER – Sistema de Registo de Entidades Reguladas

1. Introdução e metodologia

No âmbito das suas atribuições, a Entidade Reguladora da Saúde (ERS) tomou conhecimento de situações de alegadas dificuldades de acesso em tempo útil, por parte de utentes do Serviço Nacional de Saúde (SNS), a cirurgias do foro oftalmológico de carácter urgente.

Uma situação potencialmente grave é aquela que envolve utentes a quem foi diagnosticado um descolamento da retina (DR), e lhes terá sido dito que não seria possível o agendamento da cirurgia nos hospitais do SNS dentro do tempo clinicamente aconselhado, pelo que recorreram a serviços privados para evitar a possível cegueira permanente.¹

Por si só, os casos conhecidos poderão revestir-se de particular gravidade, mas que se encerra em torno dos actores envolvidos. Todavia, a possibilidade de estarmos em presença de um problema sistemático na oferta de cuidados pelo SNS aos seus utentes, configuraria um problema de acesso aos cuidados de saúde por parte dos utentes do SNS, que compete à ERS assegurar.

A ERS propôs-se realizar um estudo aprofundado do tema, designadamente a análise circunstanciada da acessibilidade dos doentes com DR à respectiva cirurgia correctiva no tempo clinicamente aconselhável, no âmbito das suas atribuições de defesa dos interesses dos utentes, nomeadamente “assegurar o direito de acesso universal e igual a todas as pessoas ao serviço público de saúde” e “prevenir e punir as práticas de rejeição discriminatória ou infundada de pacientes nos estabelecimentos e serviços do Serviço Nacional de Saúde (SNS)”.

Em concretização dessa proposição, foi realizado um levantamento de informação sobre a rede de prestadores públicos e privados de oferta de cuidados cirúrgicos urgentes de oftalmologia, nomeadamente do procedimento cirúrgico de correcção do DR, e sobre a efectiva actividade dos estabelecimentos ao nível deste procedimento. As fontes da informação recolhida consistiram no Sistema de Registo de Entidades Reguladas (SRER) da ERS, dados recolhidos pela ERS junto dos prestadores no âmbito do estudo e alguns dados cedidos pela Inspecção-Geral das Actividades em Saúde (IGAS) sobre o funcionamento dos serviços de oftalmologia dos hospitais.

¹ No Anexo I deste documento, são relatados dos casos paradigmáticos de utentes que endereçaram exposições à ERS sobre este assunto, e que deram lugar à abertura de processos de inquérito.

Sobre este conjunto de informação, foram efectuadas análises estatísticas que nos colocam em condições de: i) entender o grau de acesso a cuidados que é dado aos doentes com DR no SNS; ii) detectar o grau de relacionamento que existe entre o acesso a esta cirurgia nos hospitais do SNS e a actividade dos estabelecimentos privados no âmbito da cirurgia oftalmológica, de modo a testar a hipótese de haver incentivos privados com impacto no acesso aos cuidados públicos.

A presente versão do estudo incorpora os comentários a uma versão preliminar enviada a um conjunto de entidades com interesse no sector, nomeadamente os das Administrações Regionais de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo e Norte, e da Sociedade Portuguesa de Oftalmologia.

2. Potenciais problemas de acesso

O DR é um problema do foro oftalmológico que consiste na separação da retina da parte subjacente que a sustenta, ou seja, é a separação de duas camadas da retina quando a parte sensorial se separa da camada pigmentada da retina. Os seus sintomas mais comuns são a percepção de flashes de luz, visão de corpos flutuantes e/ou a perda repentina de visão. Existem vários tipos de tratamento da doença, dependendo da causa e da extensão do DR, podendo ser utilizada terapia a laser, congelamento ou cirurgia.

A possibilidade de recuperação varia em função da causa, da localização e do tamanho da área deslocada. Segundo as fontes da especialidade consultadas, se a mácula permanecer unida, o prognóstico é excelente. Se a retina voltar a unir-se dentro de 48 horas, o prognóstico é bom. No entanto, se a retina esteve descolada durante mais tempo ou se tiver havido hemorragia ou cicatrização, o prognóstico é preocupante, podendo resultar em cegueira permanente para o doente. A importância de uma intervenção urgente em casos de DR foi salientada pela Ordem dos Médicos, ao emitir uma recomendação no sentido de que os doentes com DR tenham prioridade absoluta sobre as outras cirurgias programadas, na área de oftalmologia².

Todavia, apesar do carácter urgente dos cuidados a prestar aos utentes com DR, existe evidência de que em alguns estabelecimentos do SNS os utentes com este problema estarão, em alguns casos, a ser sujeitos a uma espera que poderá ser superior à clinicamente recomendada.

Parte desta evidência resulta dos casos relatados à ERS por parte dos utentes dos serviços de saúde (dos quais os apresentados no Anexo I são exemplos). Mas com o objectivo de se avaliar a extensão do problema, esta evidência foi complementada com a recolha de informação sobre o tempo que os utentes dos estabelecimentos públicos³ esperam por uma cirurgia de correcção do DR (tempo decorrente entre a

² Ao abrigo do estabelecido no art. 6.º do Decreto-Lei n.º 282/77, de 5 de Julho, o Conselho Nacional da Ordem dos Médicos, ouvindo o colégio da especialidade de oftalmologia, aprovou a Recomendação 02/05 na qual se prevê que “um descolamento de retina em olho útil, com menos de um mês de evolução, deverá ter prioridade absoluta sobre as outras cirurgias programadas, nomeadamente da catarata”, mas “se a unidade em causa não possuir pessoal ou equipamento necessário para responder com a solução terapêutica mais adequada, deve estar previamente assegurado o encaminhamento de tais doentes para local adequado.”

³ A definição exacta do universo de estabelecimentos alvo da recolha da informação, bem como a descrição da toda a informação recolhida, são abordadas neste relatório nas seguintes secções.

admissão do utente no serviço de urgência e a realização da cirurgia), cujos resultados são apresentados na tabela 1.

A informação da tabela 1 encontra-se desagregada em dois painéis, uma vez que a informação disponível não era directamente comparável. Alguns (11) estabelecimentos só tinham disponíveis dados sobre o tempo máximo de espera, outros (10) só tinham disponíveis dados sobre o tempo médio de espera e apenas 6 tinham disponível informação sobre os dois indicadores.

Tabela 1 – Tempos de espera para a realização de cirurgia de correcção do DR em estabelecimentos públicos

a) Tempo máximo de espera		b) Tempo médio de espera	
Dias	Nº hospitais	Dias	Nº hospitais
0	2	0	2
1 a 2	4	1 a 2	2
3 a 5	5	3 a 5	9
6 a 10	4	6 a 10	2
mais de 10	2	mais de 10	1
Info. não disponível	12	Info. não disponível	13

Fonte: Dados recolhidos pela ERS

Em todo o caso, a informação disponível permite-nos concluir que o tempo de espera para cirurgia de correcção do DR tem alguma heterogeneidade no grupo de hospitais que realizam este procedimento. A maioria dos hospitais apresenta tempos médios de espera de 3 a 5 dias (casos em que o doente é operado na mesma semana em que é diagnosticado), o que se afigura razoável. Mas a tabela 1 indica também que existem alguns casos em que o doente espera mais de 10 dias, sendo possível encontrar um hospital com uma espera máxima de 30 dias e outro com uma espera média de 20,6 dias. Tempos de espera desta magnitude podem pôr em causa o legítimo direito desses utentes com DR ao acesso à respectiva cirurgia correctiva no tempo clinicamente aconselhável.

À partida, as possíveis limitações do acesso pelos utentes aos cuidados de saúde no SNS podem ser divididas em duas grandes categorias, nomeadamente a insuficiência da oferta, e as causas comportamentais. No contexto legal que emoldura as atribuições e a actividade da ERS, interessa distinguir estes dois tipos de causas porque no segundo caso, se tratam de comportamentos que o regulador deve prevenir

e fiscalizar,⁴ enquanto que no primeiro caso, a intervenção do regulador se limita à emissão de recomendações à tutela do serviço público de saúde.

i) Insuficiência da oferta

As dificuldades verificadas pelos utentes no acesso a cuidados urgentes de oftalmologia nos estabelecimentos do SNS podem ser o resultado de insuficiência de recursos na rede pública ou de deficiências na forma como a prestação desses cuidados está organizada.

A insuficiência de recursos humanos e/ou materiais pode implicar a impossibilidade dos serviços do SNS fazerem face às necessidades dos seus utentes, impossibilidade essa que se torna mais visível e gravosa no caso de cuidados de natureza urgente, como o tratamento do DR. Isto porque a procura de cuidados urgentes tem como elemento fundamental o tempo em que os cuidados são prestados, o que reduz a capacidade de uns serviços do SNS suprirem as insuficiências de outros.

Por outro lado, mesmo em regiões onde os recursos disponíveis são, à partida, suficientes para prover os utentes com os cuidados necessários, é possível que uma organização mal estruturada ou descoordenada desses recursos, ao nível de recursos humanos e materiais, e de horários de funcionamento, seja geradora de dificuldades de acesso a cuidados de oftalmologia no SNS.

ii) Causas comportamentais

Por causas comportamentais, entenda-se os comportamentos de qualquer um dos intervenientes, directo ou indirecto, na prestação dos cuidados. A este nível, teoricamente poderão existir fenómenos de rejeição discriminatória ou infundada de utentes, ou limitações graves no acesso aos cuidados, criados ou induzidos pelos estabelecimentos ou serviços, que podem ter diversas motivações, como por exemplo, uma resposta à exposição a risco financeiro da admissão de determinadas categorias de doentes proporcionada pelo sistema de pagamento pelos serviços prestados.

⁴ Nomeadamente no âmbito do número 2 do artigo 25º do Decreto-Lei n.º 309/2003, de 10 de Dezembro.

Um outro tipo de fenómeno, largamente estudado pela Economia da Saúde, que pode gerar dificuldades de acesso, e que também é comportamental, é a indução artificial de procura. Na sua habitual definição, esta é uma situação em que o prestador de cuidados de saúde, com capacidade para prescrever serviços de saúde, aproveita a vantagem informacional sobre os utentes, e prescreve serviços com benefício marginal para a saúde dos utentes reduzido ou nulo, com o objectivo de obter ganhos pessoais (por exemplo, porque participa na margem gerada pela prestação desses serviços, de forma directa ou indirecta) ou com o objectivo de explorar uma percepção errada de utentes que associem quantidade a qualidade. Todavia, essa vantagem informacional, quando associada a pelo menos algum poder de decisão administrativo ao nível da aceitação de utentes nos estabelecimentos de saúde, pode também ser utilizada não para induzir procura adicional, mas para desviar procura de uns estabelecimentos para outros, comportamento por vezes designado por “desvio de procura”.

No caso em apreço, sobre o acesso a cuidados urgentes do foro oftalmológico, interessa analisar se estamos em presença de qualquer um destes dois tipos de fenómenos. Deste ponto de vista, as hipóteses que se levantam à partida nesta análise são as de rejeição discriminatória ou infundada de utentes por parte dos hospitais do SNS, e o desvio de utentes dos hospitais do SNS para estabelecimentos privados onde alguns colaboradores dos hospitais públicos tenham interesses.

Sobre o primeiro dos fenómenos aqui descritos, tentamos perceber se o sistema de pagamento aos hospitais do SNS os expõe a risco financeiro pela admissão de doentes com DR, motivando com isso a imposição de limitações de acesso aos cuidados por parte destes utentes.

Foi possível fazer uma análise sobre a estruturação do pagamento aos hospitais do SNS pelo tratamento destes doentes, não tendo sido, no entanto, possível avaliar o ajustamento desse pagamento aos custos reais de um episódio de cirurgia/internamento de doentes com DR, pelo que não podemos emitir qualquer juízo sobre a existência de um incentivo financeiro que poderia motivar os hospitais a diminuir a admissão destes doentes.

Por seu turno, a possibilidade de se verificar a situação de desvio de utentes dos estabelecimentos públicos para estabelecimentos privados é algo também difícil de ser detectado. A ERS tem recebido reclamações e exposições onde os exponentes afirmam ter-se deparado com situações de aconselhamento, por parte de profissionais de saúde dos estabelecimentos do SNS, para procurarem nos serviços privados a

satisfação das suas necessidades em tempo útil. Quando esta atitude decorre da constatação de uma situação de insuficiência da oferta que o profissional de saúde não pode alterar, é um conselho apenas no interesse do utente. Mas é também possível que alguns profissionais de saúde utilizem este tipo de conselho em proveito próprio. Existirá algum potencial de interesse no uso deste tipo de comportamento quando exista um número considerável de profissionais de saúde que acumulam funções em estabelecimentos públicos com funções em estabelecimentos privados. Ora, foi possível constatar pela análise de informação do Sistema de Registo de Entidade Reguladas (SRER) da ERS, que existe um número considerável de profissionais de saúde que acumulam funções em estabelecimentos públicos com funções em estabelecimentos privados (cerca de 172 profissionais de saúde desempenham funções em serviços de oftalmologia de hospitais do SNS e de clínicas privadas que afirmam efectuar a cirurgia de correcção do DR).

Concluindo, qualquer uma destas hipóteses não deve ser rejeitada à partida, não só porque é teoricamente verosímil, mas também porque são realidades com algum eco nas queixas e reclamações recebidas e tratadas pela ERS e, genericamente na opinião pública. Uma análise estatística destas hipóteses é útil do ponto de vista da sua comprovação, ou rejeição, dada a gravidade que lhes é inerente.

3. Âmbito do estudo

O DR é uma doença do foro oftalmológico, cujo tratamento envolve uma cirurgia que exige o internamento do paciente e equipamento técnico específico. Assim, apenas estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde que disponham da valência de oftalmologia e capacidade de internamento poderão, em princípio, oferecer estes cuidados.

A definição do universo de análise partiu destas duas condições. No sector privado (com ou sem fins lucrativos) foram contactados os 32 estabelecimentos de entidades privadas com fins lucrativos e 24 estabelecimentos de entidades com estatuto de IPSS com valência de oftalmologia e possibilidade de internamento registados na ERS. Para a definição do universo de prestadores públicos foi considerada uma condição adicional.

A oferta pelo SNS em várias valências ou especialidades encontra-se organizada através de uma Rede de Referência Hospitalar (RRH), cujo objectivo é o de regular as relações de complementaridade e de apoio técnico entre os diferentes hospitais, de modo a garantir o acesso de todos os doentes a todos os estabelecimentos públicos prestadores de cuidados de saúde. No caso da oftalmologia, existirá um projecto de RRH que nunca foi implementado, o que, desde logo, poderá ser uma causa possível para a dificuldade de acesso dos utentes do SNS a cuidados de oftalmologia⁵.

Na falta de uma RRH de oftalmologia, o universo de hospitais do SNS a contactar foi definido com base na RRH de Urgência/Emergência. Tendo a cirurgia correctiva de DR um carácter de urgência, e não existindo uma definição dos centros de referência para esta patologia, considerou-se que apenas os hospitais com urgência e especialidade de oftalmologia, têm condições organizativas para poderem prestar esse serviço.

No momento em que se procedeu à recolha de informação para este trabalho, encontravam-se em funcionamento 73 serviços de urgência hospitalares⁶. A este

⁵ Segundo o Relatório de Actividades de 2004 da Direcção-Geral de Saúde (DGS), esta entidade teria elaborado uma RRH de oftalmologia, mas esta nunca chegou a ser aprovada.

⁶ A RRH de Urgência/Emergência de 2001 contemplava a existência de apenas 39 serviços de urgência. No entanto, de acordo com “Comissão Técnica de Apoio ao Processo de Requalificação das Urgências”, encontravam-se em funcionamento 73 serviços de urgência hospitalares, em Setembro de 2006. A “Comissão Técnica de Apoio ao Processo de Requalificação das Urgências” foi nomeada por despacho do Ministro da Saúde de 30 de Junho de 2006, com o objectivo de apoiar o processo de reorganização dos serviços de urgências do SNS.

universo tem de ser acrescentado o Instituto de Oftalmologia Dr. Gama Pinto, que colabora com alguns hospitais com urgência de oftalmologia⁷. Aos 74 estabelecimentos do SNS seleccionados, foi solicitada informação relativa ao primeiro semestre de 2006, sobre:

- 1) A existência de urgência oftalmológica;
- 2) O número de médicos oftalmologistas que prestam cuidados na urgência oftalmológica;
- 3) O número de doentes diagnosticados com DR no serviço de urgência;
- 4) O número de doentes com DR que sofreram intervenção cirúrgica com vista à sua correcção;
- 5) O número de doentes com DR que deram entrada no serviço de urgência e que acabaram por ser referenciados e/ou transferidos para outros estabelecimentos de cuidados de saúde;
- 6) O tempo de espera por uma cirurgia de correcção do DR (tempo decorrente entre a admissão do utente no serviço de urgência e a realização da cirurgia).

Com base nas respostas à questão (1), verifica-se que apenas cerca de metade dos hospitais com serviço de urgência dispõem de urgência oftalmológica. Mais precisamente, eram 38 os hospitais com serviço de urgência oftalmológica.

Por outro lado, aos 56 estabelecimentos privados seleccionados foi solicitada informação referente ao mesmo período sobre:

- 1) A realização de cirurgias de correcção do DR;
- 2) O número de doentes com DR que sofreram intervenção cirúrgica com vista à sua correcção.

⁷ O Instituto de Oftalmologia Dr. Gama Pinto é a instituição mais antiga do país no que respeita à especialidade de oftalmologia, no âmbito da investigação, do ensino e da assistência oftalmológica. De acordo com o Decreto-Lei n.º 329/87, de 23 de Setembro, este Instituto deixou de estar dependente do Ministério da Educação e da Cultura, transitando mais tarde para o Ministério da Saúde, sendo então integrado no SNS. O Instituto é público, dotado de personalidade jurídica, património próprio e autonomia técnica, administrativa e financeira, integrado no SNS e sob a tutela do Ministro da Saúde, tendo como uma das suas atribuições a prestação de cuidados de saúde diferenciados no âmbito da oftalmologia.

Apenas 47% dos 130 estabelecimentos seleccionados afirma realizar cirurgia de correcção do DR (tabela 2). Os 61 estabelecimentos que afirmam realizar a cirurgia correctiva do DR dividem-se quase equitativamente pelo sector privado (32) e sector público (29).

Tabela 2 – Estabelecimentos que fazem cirurgia de correcção do DR

Faz cirurgia?	Número de estabelecimentos por natureza		
	Não pública	Pública	Total
NÃO	24	45	69
SIM	32	29	61
<i>Total</i>	56	74	130

Fonte: Dados recolhidos pela ERS

4. Actividade de correcção do descolamento da retina

Os 61 estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde identificados como procedendo à realização da cirurgia correctiva do descolamento da retina realizaram 241 cirurgias por mês, durante o período em análise. Cerca de dois terços das cirurgias são realizadas por estabelecimentos do sector público (64% do total), enquanto os estabelecimentos privados realizaram 86 cirurgias por mês.

Os 29 estabelecimentos do SNS realizaram 930 cirurgias de DR, e 8 hospitais foram responsáveis por 77% dessas cirurgias. Parte das diferenças detectadas na actividade dos hospitais do SNS resultará de diferenças na população servida por cada hospital. A comparação da actividade dos estabelecimentos do SNS ao nível do tratamento do DR deverá relacionar o volume de serviços efectivamente prestados e a procura potencial desses serviços. Não sendo conhecidos estudos epidemiológicos sobre a incidência de DR em Portugal, pressupõe-se que o número de doentes com este problema numa determinada região é proporcional à população aí residente. Assim, o indicador utilizado para aferir do grau de acesso a cada hospital por doentes com DR é o número de doentes tratados por 100.000 habitantes da área de influência do hospital.⁸

⁸ De facto, a avaliação do grau de acesso ao tratamento do DR nos hospitais seria mais precisa se fosse ponderada a incidência do DR nas diferentes populações, uma vez que essas taxas de incidência permitiriam efectuar uma estimativa da procura potencial em cada região mais próxima da realidade. No entanto, a ERS não tem conhecimento de estudos sobre a incidência do DR nas populações de Portugal continental, e uma tal investigação não cabe no âmbito deste relatório.

Tabela 3 – Número de doentes com DR tratados por 100.000 habitantes da área de influência do estabelecimento, nos hospitais do SNS que fazem a cirurgia

a) Hospitais referenciadores

Estabelecimento	Nº Cirurgias	Cirurgias/100.000hab.
Hospital de Pedro Hispano - Matosinhos	47	17,18
Hospital de São Bernardo - Setúbal	29	15,46
Hospital Fernando Fonseca - Amadora/Sintra	34	12,28
Hospital Amato Lusitano - Castelo Branco	13	12,17
Hospital Garcia de Orta - Almada	34	8,95
Hospital Nossa Senhora da Graça - Tomar	8	8,87
Hospital da Covilhã	5	8,21
Hospital José Joaquim Fernandes - Beja	12	7,73
Hospital Santo André - Leiria	13	4,82
Hospital São Sebastião - SM Feira	10	4,17
Hospital Nossa Senhora do Rosário - Barreiro	5	3,03
Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia	6	3,00
Hospital Sousa Martins - Guarda	3	2,12
Hospital Distrital de Chaves	1	1,45
Hospital Distrital de Bragança	1	1,16
Hospital Distrital de Mirandela	0	0,00
Hospital Distrital Santarém	0	0,00

b) Hospitais referenciados

Estabelecimento	Nº Cirurgias	Cirurgias/100.000hab.
Instituto de Oftalmologia Dr. Gama Pinto	93	19,63
Hospital Egas Moniz - Lisboa	94	16,97
Hospitais Universitários de Coimbra	118	15,86
Hospital São João - Porto	116	9,74
Hospital de São José - Lisboa	140	8,46
Hospital Geral de Santo António - Porto	73	8,36
Centro Hospitalar de Coimbra	28	5,95
Hospital de São Pedro - Vila Real	9	4,18
Hospital Santa Maria - Lisboa	20	3,94
Hospital São Marcos - Braga	14	2,18
Hospital Distrital de Faro	4	1,17
Hospital Espírito Santo - Évora	ND	ND

Nota: ND – informação não disponível

Os painéis a) e b) da tabela 3, apresentam este indicador, além do número de cirurgias que realizaram no período de análise, respectivamente, para os estabelecimentos públicos que nunca são receptores de doentes vindos de outros estabelecimentos, e para os que são receptores (ou referenciados)⁹. Apenas são

⁹ A análise diferenciada dos estabelecimentos pela sua posição ao nível da referenciação visa levar em conta as diferenças que naturalmente se verificam ao nível da quantidade de população que potencialmente se dirigirá aos estabelecimentos com e sem referenciação de outros estabelecimentos. Para este efeito não foram consideradas as apenas as relações de referenciação estabelecidas na RRH de Urgência/Emergência mas também aquelas que a ERS apurou corresponderem à prática dos estabelecimentos para o caso específico das urgências do foro oftalmológico, e que diferem das estabelecidas na RRH. Assim, constatamos

mostrados nas tabelas aqueles hospitais que afirmam efectuar a cirurgia, independentemente de terem registado algum caso tratado no período em análise.

Como se constata da análise das duas tabelas, existem algumas discrepâncias no acesso dos doentes com DR aos diferentes hospitais. Por exemplo, enquanto que nos hospitais de Mirandela e Santarém não se efectuaram quaisquer cirurgias, o Hospital Pedro Hispano, no período de análise, realizou cerca de 17 cirurgias por 100.000 habitantes.

Um outro indicador importante da actividade dos estabelecimentos públicos trata-se da capacidade do estabelecimento para solucionar, de forma autónoma, as necessidades dos utentes que a ele se dirigem. Os dados recolhidos pela ERS que permitem avaliar esta dimensão da actividade dos estabelecimentos públicos tratam-se do número de casos diagnosticados de DR durante o período em análise e o número de operações efectivamente realizadas. O confronto entre estes dois elementos dá-nos uma noção da capacidade de resposta com intervenção cirúrgica às solicitações confirmadas.

que a norte, o Hospital São Marcos – Braga recebe doentes do Hospital Senhora da Oliveira – Guimarães, o Hospital de São Pedro – Vila Real recebe doentes do Hospital Distrital de Bragança, o Hospital Geral de Santo António é referenciado pelo Hospital de São Pedro – Vila Real, pelo Hospital Distrital de Bragança, pelo Hospital de Peso da Régua e pelo Hospital São Sebastião – Santa Maria da Feira, e finalmente, o Hospital São João – Porto recebe doentes do Hospital Pedro Hispano – Matosinhos, do Hospital Padre Américo – Vale do Sousa e do Hospital Santa Luzia – Viana de Castelo. Na zona de Coimbra, verificamos que o Centro Hospitalar de Coimbra recebe doentes do Hospital Santo André – Leiria, enquanto que os Hospitais Universitários de Coimbra recebem doentes do Hospital Amato Lusitano – Castelo Branco, Hospital da Covilhã, Hospital Infante D. Pedro – Aveiro e Hospital Sousa Martins – Guarda. Quanto aos hospitais da zona de Lisboa, constatamos que o Hospital São José – Lisboa é referenciado pelo Hospital Reynaldo dos Santos – VF Xira, pelo Centro Hospitalar de Torres Vedras, pelo Hospital Curry Cabral, pelo Hospital de São Bernardo – Setúbal, pelo Hospital Fernando Fonseca – Amadora/Sintra e pelo Hospital Nossa Senhora do Rosário – Barreiro. O Hospital Santa Maria – Lisboa recebe doentes provenientes do Centro Hospitalar das Caldas da Rainha, do Hospital Distrital de Santarém e do Hospital Dr. Manuel Constâncio – Abrantes, e o Hospital Egas Moniz – Lisboa é referenciado pelo Hospital Condes de Castro Guimarães – Cascais. A sul, o Hospital Espírito Santo – Évora é referenciado pelo Hospital Doutor José Maria Grande – Portalegre e o Hospital Distrital de Faro recebe doentes provenientes do Hospital do Barlavento Algarvio – Portimão. Finalmente, o Instituto de Oftalmologia Dr. Gama Pinto comunicou à ERS que tem protocolos para tratar doentes provenientes do Hospital Distrital Santarém, Hospital Dr. Manuel Constâncio – Abrantes, Hospital José Joaquim Fernandes – Beja, Hospital Nossa Senhora da Graça – Tomar e Hospital Nossa Senhora do Rosário – Barreiro.

Tabela 4 – Relação entre diagnósticos e cirurgias de DR em urgências oftalmológicas do SNS

Estabelecimento	Nº Diagnósticos	Nº Cirurgias	Saldo
Hospital São João - Porto	33	116	83
Hospitais Universitários de Coimbra	78	118	40
Hospital Garcia de Orta - Almada	14	34	20
Hospital Fernando Fonseca - Amadora/Sintra	20	34	14
Hospital Amato Lusitano - Castelo Branco	5	13	8
Hospital de São Pedro - Vila Real	7	9	2
Centro Hospitalar de Coimbra	27	28	1
Hospital Distrital de Bragança	1	1	0
Hospital Distrital de Mirandela	0	0	0
Hospital Distrital Santarém	0	0	0
Hospital Distrital de Lamego	0	0	0
Hospital Geral de Santo António - Porto	74	73	-1
Hospital de Pedro Hispano - Matosinhos	48	47	-1
Hospital São João de Deus - VN Famalicão	2	0	-2
Hospital Nossa Senhora da Graça - Tomar	11	8	-3
Hospital Distrital de Águeda	3	0	-3
Hospital José Joaquim Fernandes - Beja	16	12	-4
Hospital Distrital de Chaves	5	1	-4
Hospital São Marcos - Braga	20	14	-6
Hospital Conde de São Bento - Santo Tirso	6	0	-6
Hospital do Barlavento Algarvio - Portimão	7	0	-7
Hospital Nossa Senhora do Rosário - Barreiro	12	5	-7
Hospital Santa Luzia - Viana de Castelo	9	0	-9
Hospital Santa Maria - Lisboa	39	20	-19
Hospital Distrital de Faro	39	4	-35

Notas: Saldo = (Nº Cirurgias – Nº Diagnósticos)

Fonte: Dados recolhidos pela ERS

Como comprova a tabela 4, também ao nível deste indicador, se detectou significativa heterogeneidade. A título ilustrativo, note-se que enquanto o Hospital São João realizou 83 cirurgias de correcção de descolamento em doentes que não foram diagnosticados nesse hospital, o Hospital Distrital de Faro apenas operou 4 dos 39 doentes aí diagnosticados com a patologia.¹⁰

Os 32 estabelecimentos privados (com ou sem fins lucrativos) com capacidade para realizar cirurgias de correcção de DR, realizaram, durante o período de análise, 516 cirurgias. A tabela 5 apresenta a distribuição dos estabelecimentos não públicos por número de doentes com DR tratados cirurgicamente. É importante notar que no período analisado, cerca de 40% dos estabelecimentos não realizou qualquer cirurgia, apesar de reunir as condições materiais e humanas para o fazer. O

¹⁰ Como também se pode constatar da tabela, nomeadamente pela sua dimensão, das 38 urgências públicas de oftalmologia apenas 25 dispõem de registo dos diagnósticos dos utentes entrados no serviço.

desaproveitamento destas condições materiais e humanas foi mesmo realçado por algumas das entidades privadas que responderam estar nesta situação.

Tabela 5 – Distribuição dos estabelecimentos não públicos por número de cirurgias de correcção do DR

Nº Cirurgias	Total não públicos	%
Zero	13	41%
1 a 5	5	16%
6 a 10	3	9%
11 a 50	8	25%
mais de 50	3	9%

Fonte: Dados recolhidos pela ERS

5. Análise das insuficiências da oferta

Como se constatou no capítulo anterior, a oferta do procedimento cirúrgico de correcção do DR na rede pública apresenta graus de acesso por parte dos utentes diferenciados, consoante o estabelecimento público cuja área de influência habitam. Além disso, verifica-se alguma heterogeneidade ao nível da actividade dos hospitais que fazem esta cirurgia, nomeadamente ao nível do tempo médio de espera e do rácio de cirurgias por diagnósticos.

As diferenças detectadas, passíveis de gerar dificuldades no acesso dos utentes aos cuidados, podem ser o resultado de insuficiências de recursos na rede pública ou de deficiências na forma como a prestação desses cuidados está organizada. A maior ou menor disponibilidade de recursos em cada estabelecimento pode ser aferida a partir do indicador de disponibilidade em cada estabelecimento público dado pelo rácio de oftalmologistas por 100.000 habitantes da área de influência desse estabelecimento. Os painéis a) e b) da tabela 6, apresentam este indicador, respectivamente, para os estabelecimentos públicos referenciadores e referenciados.

Tabela 6 – Número de oftalmologistas por 100.000 habitantes da área de influência de urgências de oftalmologia do SNS

a) Hospitais referenciadores

Estabelecimento	N.º de Oftalmologistas	Oftalmologistas por 100.000 hab.
Hospital Doutor José Maria Grande – Portalegre	8	13,27
Hospital Distrital de Mirandela	3	10,32
Hospital Nossa Senhora da Graça – Tomar	7	7,76
Hospital de Pedro Hispano – Matosinhos	13	6,87
Hospital Fernando Fonseca – Amadora/Sintra	19	6,86
Hospital de São Bernardo – Setúbal	12	6,40
Hospital Distrital de Águeda	2	6,01
Hospital do Barlavento Algarvio – Portimão	4	5,29
Hospital Distrital de Chaves	3	4,36
Hospital Nossa Senhora do Rosário – Barreiro	7	4,24
Centro Hospitalar das Caldas da Rainha	3	3,51
Hospital Distrital de Bragança	3	3,47
Hospital São João de Deus – VN Famalicão	3	3,39
Hospital São Sebastião – SM Feira	8	3,34
Hospital da Covilhã	2	3,28
Hospital José Joaquim Fernandes – Beja	5	3,22
Hospital Distrital Santarém	6	3,09
Hospital Santo André – Leira	8	2,97
Hospital Amato Lusitano – Castelo Branco	3	2,81
Hospital Conde de São Bento – Santo Tirso	3	2,70
Hospital Garcia de Orta – Almada	10	2,63
Hospital Santa Maria Maior – Barcelos	2	2,51
Hospital Sousa Martins – Guarda	3	2,12
Hospital São Teotónio – Viseu	6	1,79
Hospital Santa Luzia – Viana de Castelo	3	1,30

b) Hospitais referenciados

Estabelecimento	N.º de Oftalmologistas	Oftalmologistas por 100.000 hab.
Hospital Santa Maria – Lisboa	40	7,87
Instituto de Oftalmologia Dr. Gama Pinto	34	7,18
Hospital Egas Moniz – Lisboa	34	6,14
Hospitais Universitários de Coimbra	38	5,11
Hospital de São José – Lisboa	69	4,17
Hospital Espírito Santo – Évora	9	3,89
Centro Hospitalar de Coimbra	18	3,82
Hospital São João – Porto	41	3,44
Hospital Geral de Santo António – Porto	30	3,44
Hospital de São Pedro – Vila Real	4	1,86
Hospital São Marcos – Braga	8	1,25
Hospital Distrital de Faro	4	1,17

Fonte: IGAS

Como se constata da análise das tabelas, há grandes discrepâncias na disponibilidade em cada estabelecimento quando avaliada a partir da análise da capacidade produtiva

desses serviços face à população abrangida pela sua área de influência. Olhando, por exemplo, para os extremos da lista dos hospitais referenciadores, constatamos que a disponibilidade de oftalmologistas no Hospital Doutor José Maria Grande é cerca de 10 vezes superior à do Hospital Santa Luzia de Viana de Castelo, proporcionalmente à população da respectiva área de influência.

Tendo em conta a heterogeneidade encontrada ao nível da disponibilidade de oftalmologistas nas urgências de oftalmologia do SNS, interessa agora perceber se a disponibilidade pode ser apontada como uma causa de dificuldade no acesso a cuidados de urgência oftalmológica por parte dos utentes com DR. A avaliação desta potencial relação foi realizada através da estimação do efeito que a disponibilidade de oftalmologistas terá sobre vários indicadores de actividade. Concretamente, foi estimada a significância estatística do número de oftalmologistas por 100.000 habitantes sobre: o tempo médio de espera praticado; o rácio de cirurgias por diagnósticos; e o número de doentes com DR tratados por 100.000 habitantes da área de influência. Em todas as estimações, foram controlados os possíveis efeitos da referenciação inter hospitalar através da introdução de uma variável binária indicando se o hospital é referenciador ou referenciado. Os resultados das estimações são apresentados no Anexo II.

A análise dos resultados das estimações permite concluir que o número de cirurgias por 100.000 habitantes surge significativamente relacionado com o número de oftalmologistas por 100.000 habitantes, sendo o sinal dessa relação positivo. Isto significa que existe evidência estatística que a realização de cirurgias de DR está directamente relacionada com a disponibilidade de recursos humanos especializados, pelo que se pode concluir que uma das causas das dificuldades de acesso a este tipo de cirurgias será a insuficiência de oftalmologistas.

Por outro lado, não existe uma relação estatisticamente significativa entre a disponibilidade de oftalmologistas e os indicadores relativos ao tempo médio de espera por cirurgias de DR e ao rácio de cirurgias por diagnósticos¹¹, o que evidencia que, além do problema de insuficiência de oferta de cuidados de oftalmologia no SNS (resultante da insuficiência de oftalmologistas), existem também deficiências na organização dos recursos existentes em algumas regiões.

¹¹ Note-se, no entanto, que devido às condicionantes ao nível da disponibilidade de dados, alguns destes testes estatísticos foram realizados com amostras reduzidas, facto que dificulta a obtenção de resultados estatisticamente conclusivos.

A existência destas deficiências organizativas parece ser um facto amplamente reconhecido, uma vez que diversas entidades se têm expressado publicamente sobre a situação, nomeadamente a IGAS¹² e a Ordem dos Médicos¹³. A nota comum a estas intervenções é a referência a deficiências na organização e rentabilização dos recursos afectos aos serviços de oftalmologia do SNS, que poderão estar a limitar a performance destes serviços, por exemplo, ao nível dos tempos de espera por consultas e cirurgias.

A ERS tem recebido comunicações sobre situações de falha ou limitação de cobertura de cuidados de saúde em algumas regiões, que se podem atribuir à falta de coordenação e rentabilização dos recursos. E a inexistência de uma rede de referenciação hospitalar para a especialidade de oftalmologia parece contribuir para essas mesmas faltas de coordenação na prestação dos cuidados.¹⁴

Reconhecendo esse facto, o Ministério da Saúde previu, como projecto de âmbito nacional no Plano Nacional de Saúde 2004/2010, o desenvolvimento do Programa Nacional para a Saúde da Visão, cujo objectivo era o de integrar num só programa temático outros programas e acções avulsas e descoordenadas, e no âmbito do qual seria elaborada e operacionalizada a Rede de Referenciação Hospitalar de Oftalmologia. O Programa, aprovado por despacho do Ministro da Saúde em 31 de Janeiro de 2005, previa a conclusão da rede de referenciação durante o primeiro trimestre de 2005. No entanto, essa rede de referenciação ainda não foi aprovada.

Na ausência de uma Rede de Referenciação Hospitalar de Oftalmologia nacional, a coordenação dos serviços tem-se limitado a medidas pontuais, como a decisão da Administração Regional de Saúde do Norte, em 19/12/2007, de instituir uma rede de

¹² Em notícia do jornal “Público”, de 5 de Outubro de 2007, refere-se que a IGAS “avaliou 49 hospitais públicos nesta especialidade”, tendo concluído que se verifica uma “deficiente organização e insuficiente rentabilização dos recursos”, o que estará a contribuir para um quadro “assaz preocupante” de tempos de espera “que tanto inclui a consulta geral, como doenças mais graves, como o glaucoma e a retinopatia diabética”.

¹³ O Conselho Nacional Executivo da Ordem dos Médicos emitiu, em 25 de Setembro de 2007, um comunicado onde são enumeradas várias deficiências e insuficiências ao nível da organização dos serviços de oftalmologia, nomeadamente o facto de “a cada oftalmologista só [ser] disponibilizado bloco operatório uma vez por semana ou uma vez de 15 em 15 dias”, e “a deterioração das condições de trabalho com falta de material e a existência de equipamentos obsoletos e não funcionantes que tem conduzido a um êxodo dos oftalmologistas para outras Instituições ou para a Medicina Privada”, saída esta que “engrossa necessariamente as listas de espera”.

¹⁴ Em 14 de Fevereiro de 2008, no seguimento da constatação de que os horários das urgências oftalmológicas de alguns hospitais do SNS na zona centro se encontravam em sobreposição, total e/ou parcial, resultando em falhas no período de cobertura para os utentes da região, a ERS emitiu uma recomendação dirigida à Administração Regional de Saúde do Centro para, com base nos recursos existentes ponderar a melhor coordenação dos horários em questão.

referenciação de oftalmologia para os serviços de urgência da região, no sentido de racionalizar os recursos humanos disponíveis. Esta decisão fixa os horários de atendimento de urgências oftalmológicas nas unidades hospitalares da região Norte, e remete as relações de referenciação entre as unidades para as orientações da Rede de Referenciação dos Serviços de Urgência. Este esforço de âmbito regional não obvia a necessidade de “ser actualizada a lista de todos os serviços que têm capacidade (recursos humanos e equipamentos) para a realização desta cirurgia e que seja definida uma rede de Referenciação Hospitalar para Oftalmologia”¹⁵, no entendimento da própria Administração Regional de Saúde do Norte.

Por outro lado, considerando que “a situação actual das listas de espera para consultas e cirurgias em Oftalmologia (...) é incompatível com um aceitável serviço público que ao SNS incumbe prosseguir e desenvolver”, o Ministério da Saúde criou, através de Despacho n.º 28478/2007, de 18 de Dezembro de 2007, um grupo de análise com vista à “revisão dos modelos de funcionamento dos actuais meios humanos e materiais do SNS dedicados à oftalmologia”. O despacho estabelecia como prazo para a entrega do relatório da análise ao Ministro da Saúde o dia 20 de Fevereiro de 2008, facto que motivou o adiamento, por parte da ERS, da publicação do presente estudo face ao que estava previsto no Plano de Actividades para 2007. Todavia, tal como no caso da rede de referenciação, os resultados do grupo de análise também não são ainda conhecidos.

¹⁵ Afirmção incluída no comentário da Administração Regional de Saúde do Norte à versão preliminar do presente estudo.

6. Análise das causas comportamentais

Existe a possibilidade, como foi referido no capítulo 2, que fenómenos comportamentais por parte de profissionais de saúde de serviços públicos sejam também uma das causas da dificuldade no acesso dos utentes à obtenção do tratamento adequado ao problema de DR, no âmbito do SNS.

Não havendo, em sede de um estudo deste tipo, uma forma inequívoca de provar a existência de comportamentos enquadráveis nestes fenómenos de conduta desviante face às obrigações dos serviços públicos de saúde (extensíveis aos seus recursos humanos), optou-se por investigar a existência de indícios estatísticos nos indicadores de actividade dos estabelecimentos, que possam de alguma forma ser relacionados, com um elevado grau de probabilidade, com esses fenómenos comportamentais adversos.

Como concluímos na anterior secção, as diferenças observadas ao nível da actividade de cirurgia de correcção do DR parecem acompanhar o número de oftalmologistas nos estabelecimentos do SNS. Todavia, existe alguma heterogeneidade ao nível do número de cirurgias de correcção de DR por oftalmologista, para a qual é importante encontrar explicações.

Esta heterogeneidade na produtividade dos serviços de oftalmologia pode dever-se a uma série de factores do processo produtivo instalado, desde diferenças ao nível da eficiência organizativa dos serviços até diferenças ao nível dos recursos físicos necessários para a realização do procedimento correctivo do DR. Por outro lado essa heterogeneidade pode ainda dever-se às causas comportamentais apresentadas no capítulo 3 deste relatório, nomeadamente a limitação da admissão dos utentes independentemente da capacidade de oferta de cuidados.

Em teoria, existem duas formas pelas quais um hospital do SNS consegue reduzir a admissão de doentes que necessitam de um cuidado com algum grau de urgência. Uma passa pela rejeição explícita do doente fazendo uso da possibilidade, dentro dos limites previstos ou não, de referenciar os doentes para outros estabelecimentos do SNS. A outra consiste na exploração da urgência na necessidade do cuidado, utilizando aquele que é o instrumento de racionamento da procura que os hospitais controlam, as listas de espera.

Assim, o utente recebe o seguinte conjunto de informação: o problema diagnosticado tem que ser corrigido cirurgicamente no prazo de h horas, sob pena de dano

irreparável na capacidade de visão do indivíduo; o hospital apenas pode prestar o referido cuidado depois das h horas.

O hospital pode, efectivamente, oferecer o cuidado referido, mas na realidade, e do ponto de vista das escolhas de um utente que, naturalmente, atribui um grande peso à sua saúde, tal conjunto de informação significa que o hospital não satisfaz a necessidade do utente. Como é evidente, a escolha do utente é facilmente previsível: procura o estabelecimento que o puder operar no tempo clinicamente aconselhado.

Posto isto, mesmo admitindo que os hospitais não rejeitam explicitamente os doentes com DR, a análise dos tempos de espera praticados pelos hospitais para a realização de uma cirurgia de correcção do DR permite-nos medir até que ponto os hospitais satisfazem as necessidades dos utentes deste cuidado, ou seja, qual o grau de acesso a cuidados que é dado aos doentes com DR no SNS.

Iremos testar a hipótese de existência de rejeição dos doentes nos hospitais – seja na forma explícita ou na forma de listas de espera acima do clinicamente aconselhado – induzida pelos profissionais dos hospitais com interesses nas clínicas privadas. Tal será feito com um teste estatístico à existência de correlação entre a actividade de cirurgia de correcção ao DR nos hospitais do SNS e a existência de profissionais de saúde com algum potencial de interesse em estabelecimentos privados.

A *proxy* usada para aquilo a que chamamos “potencial de interesse” é definida da seguinte forma: quando existe um ou mais colaboradores (profissionais de saúde) desempenhando funções nos serviços de oftalmologia de um hospital do SNS e de uma clínica privada, assumimos que existe um potencial de interesse que pode ser explorado.

Então, o teste estatístico passa por relacionar a actividade de cada hospital do SNS com a percentagem do total dos profissionais do seu serviço de oftalmologia que têm funções em estabelecimentos privados.

Para o efeito, definimos as seguintes variáveis:

$PROD_i$: n.º de cirurgias de correcção do DR efectuadas no período temporal definido, por n.º de oftalmologistas, no hospital i;

$OFTPRIV_i$: proporção dos profissionais de saúde do serviço de oftalmologia do hospital i com funções em estabelecimentos privados, no total dos profissionais.

O procedimento econométrico passa pela estimação, pelo método dos mínimos quadrados, do seguinte modelo:

$$PROD_i = f(OFTPRIV_i)$$

Uma relação negativa entre as variáveis $OFTPRIV_i$ e $PROD_i$ indica que nos hospitais onde há uma maior percentagem de profissionais com interesses privados há uma menor produção de cirurgias de correcção do DR, o que poderá ser interpretado como indicativo de eventuais desvios de utentes dos estabelecimentos públicos para os privados.

Todavia, os resultados da estimação, apresentados na tabela 7, não revelam esse tipo de comportamento. Pelo contrário, o coeficiente associado à variável $OFTPRIV_i$ é positivo, apesar de não ser significativamente diferente de zero. Conclui-se, assim, que não há evidência de um efeito de desvio de doentes de estabelecimentos públicos para estabelecimentos privados.

Tabela 7 – Resultados da regressão de $OFTPRIV_i$ sobre $PROD_i$

Variável	Coeficientes	Desvio-padrão	t-estatístico	P-value
Constante	2,129	0,337	6,310	0,000
$OFTPRIV_i$	0,177	0,947	0,187	0,854

7. Conclusões

1. O descolamento da retina (DR) é um problema do foro oftalmológico que exige um tratamento de natureza cirúrgica num período de tempo reduzido, sob pena de cegueira permanente para o doente.
2. Porém, em alguns dos hospitais que disponibilizaram informação sobre o tempo de espera, a cirurgia de correcção do DR não é realizada nos primeiros dias após o diagnóstico, o que poderá pôr em causa o legítimo direito dos utentes com DR ao acesso à respectiva cirurgia correctiva no tempo clinicamente aconselhável.
3. Existem 74 estabelecimentos públicos, e 56 estabelecimentos de entidades não públicas, com valência de oftalmologia e possibilidade de internamento, 47% dos quais afirma realizar cirurgia de correcção do DR.
4. Os estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde identificados como procedendo à realização da cirurgia correctiva do descolamento da retina realizaram 241 cirurgias por mês, durante o primeiro semestre de 2006. Cerca de dois terços das cirurgias são realizadas por estabelecimentos do sector público (64% do total), enquanto os estabelecimentos privados realizaram 86 cirurgias por mês. Os 29 estabelecimentos do SNS realizaram 155 cirurgias de DR por mês, e 8 hospitais foram responsáveis por 77% dessas cirurgias. Cerca de 40% dos estabelecimentos não públicos não realizou qualquer cirurgia, apesar de reunir as condições materiais e humanas para o fazer.
5. Constata-se que existem algumas discrepâncias no acesso dos doentes com DR aos diferentes hospitais do SNS, medidas pelo número de doentes tratados por 100.000 habitantes da área de influência do hospital.
6. Os hospitais do SNS apresentam ainda capacidades de resposta com intervenção cirúrgica às solicitações confirmadas díspares, conforme resulta do confronto entre o número de casos diagnosticados de DR durante o período em análise e o número de operações efectivamente realizadas.
7. Nos estabelecimentos públicos constata-se a existência de uma grande heterogeneidade ao nível da disponibilidade dos serviços em cada estabelecimento quando avaliada a partir da análise da capacidade produtiva desses serviços face à população abrangida pela sua área de influência.

8. O número de cirurgias por 100.000 habitantes surge positiva e significativamente relacionado com o número de oftalmologistas por 100.000 habitantes. Já a decisão de um hospital oferecer ou não a cirurgia de correcção do DR, o tempo médio de espera verificado nos hospitais que fazem essa cirurgia e o rácio de cirurgias por diagnósticos não têm relação estatística com a disponibilidade de oftalmologistas relativamente a população de referência do hospital.
9. Como tal, pode concluir-se que uma das causas das dificuldades de acesso a este tipo de cirurgias será a insuficiência de oftalmologistas. No entanto, a maior disponibilidade de oftalmologistas em algumas regiões não impede que subsistam alguns problemas em termos de acesso a cuidados oftalmológicos urgentes, fruto de deficiências na organização dos recursos existentes, em parte como consequência da falta de uma rede de referência hospitalar para oftalmologia.
10. Por outro lado, constatou-se que não há evidência estatística que revele qualquer relação entre a actividade dos estabelecimentos públicos no tratamento de doentes com DR e a existência de profissionais de saúde com algum potencial de interesse em estabelecimentos privados, e como tal, não se pode concluir pela existência de qualquer efeito de desvio de doentes entre estabelecimentos públicos e privados.
11. Em função do exposto, conclui-se que os principais factores geradores de dificuldades de acesso a cuidados de oftalmologia no SNS por parte dos utentes com DR são a insuficiência de oftalmologistas e a deficiente organização dos recursos disponíveis, sendo por isso desejável a aprovação e entrada em vigor de uma rede de referência de oftalmologia que preveja a coordenação dos serviços de oftalmologia integrados no SNS, ao nível de recursos humanos e materiais, e de horários de funcionamento, nos diferentes níveis de cuidados, incluindo as urgências oftalmológicas, permitindo otimizar a utilização dos recursos e salvaguardar o acesso dos utentes aos cuidados de saúde.

Anexo I – Relato de casos de dificuldades de acesso a cirurgia de correcção do descolamento da retina nos hospitais do SNS

A ERS recebeu no dia 7 de Novembro de 2005 uma reclamação relacionada com a dificuldade de acesso a uma cirurgia do foro oftalmológico, na qual o reclamante se queixa não conseguir o agendamento da cirurgia em tempo útil em nenhum dos hospitais do SNS a que recorreu (apesar de em todos eles lhe terem comunicado que a cirurgia era necessária e urgente), obrigando-o a procurar serviços privados para evitar a possível cegueira permanente.

Em Setembro de 2005, o utente dirigiu-se a um médico oftalmologista, onde lhe foi diagnosticado um DR, tendo sido encaminhado com urgência para o centro hospitalar da sua área de residência. Tendo-se dirigido no mesmo dia à urgência desse centro hospitalar, foi encaminhado para um outro hospital, por falta de meios com vista à resolução do seu problema.

No segundo hospital, apesar de o diagnóstico efectuado apontar a extrema gravidade e necessidade de ser operado urgentemente, foi o utente informado de que naquele momento era impossível fazer uma cirurgia de urgência do foro oftalmológico, em virtude da dimensão da lista de espera naquele hospital, tendo o utente sido aconselhado a procurar outra alternativa.

No dia seguinte após ter verificado uma drástica redução da sua visão face ao dia anterior, o utente viu-se obrigado a procurar um terceiro hospital, onde mais uma vez o médico de urgência lhe confirmou a gravidade do seu caso, aconselhando-o a uma cirurgia urgente, mas que não poderia ser realizada de imediato, naquele estabelecimento de saúde, porque existia um grande atraso na lista de espera para a cirurgia.

Nesse sentido, aquele médico decidiu encaminhá-lo para um outro hospital, a fim de este ser consultado, nesse mesmo dia (face à urgência que o caso justificava), tendo então elaborado uma carta dirigida ao referido serviço, na qual expunha o diagnóstico efectuado àquele utente.

Comparecendo então nesse hospital (o quarto a que o utente recorreu), foi atendido apenas nos serviços administrativos, tendo sido agendada uma consulta de oftalmologia para passados 4 dias. Nessa consulta, embora o médico que supostamente o iria operar reconhecesse desde logo a extrema gravidade da sua

situação, o utente foi informado de que não seria possível alterar as prioridades definidas pela lista de espera pelo que não poderia garantir o dia para ser internado, pois só poderia ser operado um doente por dia.

Assim sendo, e depois de todas estas dificuldades sentidas para obter em estabelecimento do SNS o tratamento adequado ao seu problema de saúde, o utente teve inevitavelmente, para evitar a cegueira permanente, que recorrer aos serviços de saúde privados para a realização da correcção do DR.

Uma outra situação sobre dificuldade de acesso a uma cirurgia de correcção do DR foi analisada pela ERS no seguimento de uma comunicação de uma utente à Inspeção-Geral da Saúde em 29 de Janeiro de 2007, e recebida pela ERS em 19 de Fevereiro de 2007.

Como é relatado, em 27 de Fevereiro de 2006 foi diagnosticado um DR à utente queixosa, num hospital do SNS, tendo sido operada apenas do dia 8 de Março por falta de vaga, pelo quarto médico com quem teve contacto.

No dia 18 de Abril do mesmo ano foi-lhe diagnosticado novo DR, e no dia seguinte foi submetida a nova cirurgia.

Novamente em 27 de Abril, foi informada na consulta de acompanhamento da necessidade de se submeter a uma terceira cirurgia. A partir de 28 de Abril dirigiu-se várias vezes ao hospital com o intuito de saber qual a data desta cirurgia, mas sem qualquer resultado. Após diversas marcações e desmarcações, foi-lhe finalmente marcada cirurgia para o dia 23 de Maio de 2006, há qual a utente não compareceu por se ter dirigido entretanto a um estabelecimento privado onde obteve a cirurgia de forma imediata.

Em 20 de Abril de 2007, a utente informou a ERS de que apesar de não ter informado o hospital do SNS, onde estava a ser acompanhada, da cirurgia no estabelecimento particular, o hospital ainda não tinha comunicado qualquer data para a predita terceira cirurgia.

Anexo II – Resultados da análise de regressão econométrica

São aqui apresentados os resultados das estimações com vista a avaliar a potencial relação que a disponibilidade de oftalmologistas terá sobre vários indicadores de actividade. Concretamente, foi estimada a significância estatística do número de oftalmologistas por 100.000 habitantes sobre: o tempo médio de espera praticado; o rácio de cirurgias por diagnósticos; e o número de doentes com DR tratados por 100.000 habitantes da área de influência. Em todas as estimações, foram controlados os possíveis efeitos da referenciação inter hospitalar através da introdução de uma variável binária indicando se o hospital é referenciador ou referenciado.

Indicador	Método de estimação	Significância a 5%	Sinal Coeficiente
Faz/não faz cirurgia	Probit por ML	Não significativa (p-value=0,98)	Irrelevante
Tempo médio de espera	Linear por OLS	Não significativa (p-value=0,82)	Irrelevante
Rácio cirurgias/diagnósticos	Linear por OLS	Não significativa (p-value=0,92)	Irrelevante
Cirurgias/100.000 habitantes	Linear por OLS	Significativa (p-value=0,049)	Positivo

Como se pode constatar pela observação da tabela, das análises levadas a cabo podemos concluir que a decisão de um hospital oferecer ou não a cirurgia de correcção do DR, o tempo médio de espera verificado nos hospitais que fazem essa cirurgia e o rácio de cirurgias por diagnósticos não têm relação estatística com a disponibilidade de oftalmologistas relativamente a população de referência do hospital.

Já o número de cirurgias por 100.000 habitantes surge significativamente relacionado com o número de oftalmologistas por 100.000, sendo o sinal dessa relação positivo. Isto significa que existe evidência estatística no sentido de que o rácio de cirurgias é maior nos hospitais onde a disponibilidade relativa de oftalmologistas é maior.



ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE

Rua S. João de Brito, 621 L32, 4100 - 455 PORTO
e-mail: geral@ers.pt • telef.: 222 092 350 • fax: 222 092 351 • fax: 222 092 351 • www.ers.pt