



ERS

ENTIDADE
REGULADORA
DA SAÚDE

**Avaliação do impacto da pandemia de
COVID-19 no acesso a cuidados de
saúde de oncologia – exames de
diagnóstico no SNS e cuidados
hospitalares nos IPO**

Ficha Técnica

Título: Avaliação do impacto da pandemia de COVID-19 no acesso a cuidados de saúde de oncologia – exames de diagnóstico no SNS e cuidados hospitalares nos IPO

Editor: 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 | website: www.ers.pt

Ano: 2022

© Entidade Reguladora da Saúde, Porto, Portugal, 2022

A reprodução de partes do conteúdo deste documento é autorizada, exceto para fins comerciais, desde que mencionando a ERS como autora, o título do documento, o ano de publicação e a referência “Porto, Portugal”.

Na execução deste documento foi atendida a privacidade dos titulares de dados pessoais. O tratamento destes dados cumpriu as normas relativas à sua proteção, nomeadamente as constantes do Regulamento Geral de Proteção de Dados (RGPD).

Índice

| | |
|---|----|
| Sumário Executivo | 3 |
| 1. Introdução | 6 |
| 2. Enquadramento | 10 |
| 2.1. Contexto da oncologia | 10 |
| 2.2. Impacto da pandemia de COVID-19 na atividade do SNS | 18 |
| 3. Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referenciação de Oncologia Médica | 22 |
| 4. Dificuldades na monitorização da atividade oncológica nos hospitais do SNS | 27 |
| 5. Impacto da pandemia na atividade oncológica | 34 |
| 5.1. Meios complementares de diagnóstico e terapêutica | 34 |
| 5.2. Rastreios | 40 |
| 5.3. Referenciações dos cuidados primários | 46 |
| 5.4. Primeiras consultas hospitalares | 48 |
| 5.5. Consultas subsequentes e consultas de telemedicina | 49 |
| 5.6. Cirurgias | 52 |
| 5.7. Sessões de radioterapia e quimioterapia | 54 |
| 6. Impacto nos tempos de espera nos IPO | 57 |
| 6.1. Cirurgias | 58 |
| 6.2. Consultas | 65 |
| 7. Impacto na satisfação dos utentes | 70 |
| 8. Recuperação da atividade | 75 |
| 9. Conclusões | 83 |

Índice de Abreviaturas

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde, I.P.

ARS – Administração Regional de Saúde

CTH – Consulta a Tempo e Horas

ERS – Entidade Reguladora da Saúde

IPO – Instituto Português de Oncologia

IPO Coimbra – Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil, E.P.E.

IPO Lisboa – Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, E.P.E.

IPO Porto – Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, E.P.E.

LVT – Lisboa e Vale do Tejo

MCDT – Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

RNEHR – Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referenciação

RRH – Rede de Referenciação Hospitalar

SIGA SNS – Sistema Integrado de Gestão do Acesso

SIGIC – Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SONHO – Sistema Integrado de Informação Hospitalar

SPMS – Serviços Partilhados do Ministério da Saúde

TMRG – Tempos Máximos de Resposta Garantidos

UE – União Europeia

Sumário Executivo

O presente estudo enquadra-se no acompanhamento que a Entidade Reguladora da Saúde (ERS) tem vindo a realizar da área dos cuidados oncológicos em matéria de acesso, nomeadamente através da monitorização periódica dos tempos de espera para atendimento em estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde do Serviço Nacional de Saúde (SNS).

A redução da atividade programada no SNS causada pela pandemia de COVID-19, associada às informações tornadas públicas que apontam no sentido do impacto se fazer sentir também na realização de testes de diagnóstico, dessa forma prejudicando o diagnóstico precoce da doença oncológica, motiva uma análise mais aprofundada a esta área de cuidados.

Assim, o objetivo deste estudo passa por avaliar o impacto da pandemia de COVID-19 no acesso a Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (MCDT) da doença oncológica, entre março de 2020 e dezembro de 2021, designadamente na rede de convenções do SNS, a rastreios de base populacional de cancros específicos, e a cuidados de saúde nos Institutos Portugueses de Oncologia (IPO), ao nível das consultas, cirurgias e tratamentos.

Note-se que o foco na atividade hospitalar realizada pelos IPO não resulta de uma opção metodológica, mas sim da existência de limitações ao nível dos sistemas de informação utilizados por todos os prestadores de cuidados de saúde que impossibilitam a distinção inequívoca entre atividade oncológica e não oncológica, nomeadamente no que respeita às consultas e às referências realizadas pelos cuidados de saúde primários, pelo que a utilização dos dados reportados pelos prestadores de cuidados de saúde à ERS levaria a uma substancial subestimação do volume de atividade apurado.

Com efeito, a situação de incapacidade dos prestadores para reportar as consultas com suspeita ou confirmação de doença oncológica foi analisada e é descrita no presente estudo, dessa forma suportando a emissão pela ERS de uma recomendação ao Ministério da Saúde, à Administração Central do Sistema de Saúde, I.P. (ACSS) e aos SPMS – Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, E.P.E. (SPMS), no sentido de adotarem medidas adequadas a resolver os constrangimentos detetados. Foi igualmente emitida recomendação aos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde primários do SNS e aos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde hospitalares do SNS, no sentido de adotarem medidas para adequar o funcionamento das suas organizações à garantia do escrupuloso cumprimento da Lei n.º 15/2014, de 21 de março, e da Portaria n.º 153/2017, de 4 de maio, concretamente, dos tempos máximos de reposta garantidos (TMRG) aí legalmente definidos, e para garantia do registo de toda a informação necessária ao controlo do cumprimento dos TMRG.

Da análise da informação disponível, que considerou os anos de 2020 e 2021, por comparação com os anos de 2018 e 2019, constatou-se uma diminuição muito acentuada no número de MCDT realizados na rede de convencionados do SNS e no número de utentes convocados e rastreados para os cancros da mama, útero, cólon e reto, em 2020. De igual modo, entre janeiro e dezembro de 2020 verificou-se uma acentuada diminuição no número de utentes referenciados pelos cuidados de saúde primários para os IPO e no número de primeiras consultas da especialidade.

Relativamente aos cuidados de saúde associados ao tratamento da doença oncológica realizados pelos três IPO no ano de 2020, as consultas foram as que registaram maior impacto da situação de pandemia – verificando-se um efeito de substituição expectável, com as consultas de telemedicina a aumentarem consideravelmente no período em análise. Relativamente às cirurgias oncológicas, observou-se uma diminuição na atividade inferior à registada para as cirurgias não oncológicas.

No entanto, após os primeiros meses de 2020, em que foi registada uma queda acentuada na atividade, observou-se uma retoma progressiva da prestação de cuidados de saúde transversal a todas as áreas de cuidados analisadas, o que se traduziu num aumento da percentagem de utentes atendidos com tempo de espera superior ao limite legalmente estabelecido, no caso das cirurgias. Em 2021, e embora os primeiros meses do ano tenham sido ainda marcados por reduções na atividade, nos meses seguintes observou-se um aumento significativo da atividade face a 2020, no conjunto das áreas analisadas, com aproximação aos valores de atividade observados nos anos anteriores à pandemia, ou sua superação em alguns casos, o que evidencia uma tendência de normalização da atividade assistencial nos IPO.

Da análise à recuperação da atividade realizada pelos IPO conclui-se que a maioria da atividade alvo de cancelamento foi, entretanto, realizada.

Certo é que, comparativamente com os dois anos imediatamente anteriores, em 2020 se verificou uma redução significativa no número de consultas e de cirurgias realizadas o que, não sendo explicado pela diminuição da produção dos IPO, poderá ser consequência da redução no número de utentes referenciados para estas unidades e da queda acentuada no número de rastreios realizados. Note-se que, embora os dois primeiros meses de 2021 ainda tenham sido marcados por reduções na atividade diretamente relacionada com o diagnóstico, para o acumulado do ano já foi visível o aumento do número de utentes referenciados para primeira consulta nos IPO e o consequente aumento na pressão sentida.

Desta forma, será expectável que, com o alívio da situação pandémica no país, se venham a verificar sucessivos aumentos no número de novos doentes referenciados, o que criará ainda mais pressão sobre os serviços que terão de dar resposta a uma entrada extraordinária de doentes. Associando esta previsão às limitações diretamente relacionadas com a COVID-19, nomeadamente

a nível de procedimentos necessários à mitigação do risco de contaminação, que conferem grande complexidade ao desenvolvimento das tarefas diárias e tornam alguns procedimentos mais demorados, espera-se que, mantendo-se a disponibilidade de recursos nos níveis anteriores aos da pandemia, a capacidade de atendimento dos IPO seja menor.

1. Introdução

Nos termos da alínea b) do artigo 10.º dos seus estatutos, aprovados pelo Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto, é objetivo regulatório da Entidade Reguladora da Saúde (ERS) “assegurar o cumprimento dos critérios de acesso aos cuidados de saúde, nos termos da Constituição e da lei”.

Nesse contexto, em 2017 a ERS iniciou a publicação periódica de informações de monitorização sobre os tempos de espera para atendimento em estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde do Serviço Nacional de Saúde (SNS). No decorrer desta monitorização, constatou-se a existência de problemas no registo da atividade dos prestadores de cuidados de saúde com impacto no controlo e monitorização do cumprimento dos tempos máximos de resposta garantidos (TMRG), no que respeita os cuidados de saúde de oncologia.¹

Desde então, a área de oncologia tem merecido especial atenção por parte da ERS no acompanhamento desta situação e, não obstante as limitações referidas, a Reguladora tem vindo a monitorizar o acesso a cuidados de saúde da área de oncologia, reportando todos os resultados e constrangimentos ao Ministério da Saúde.

Ora, a pandemia de COVID-19 veio tornar ainda mais evidente a necessidade de acompanhar esta área de cuidados de forma mais aprofundada, desde logo pelo forte impacto na atividade da rede pública de cuidados de saúde, patente nos indicadores de produção que a ERS tem vindo a monitorizar, mas também pelas informações tornadas públicas que apontam no sentido do impacto se fazer sentir não apenas na atividade de consultas hospitalares e cirurgias, mas também na realização de testes de diagnóstico, dessa forma prejudicando o diagnóstico precoce da doença oncológica.²

As alterações à organização e prestação de cuidados de saúde, que conduziram à queda acentuada da atividade programada e não programada na rede de estabelecimentos do SNS, e a urgência associada ao diagnóstico e tratamento das doenças oncológicas, tornam clara a necessidade de avaliar e quantificar o impacto da pandemia no acesso a estes cuidados de saúde, concretamente no que se refere à atividade assistencial realizada pelos Institutos Portugueses de Oncologia (IPO), pela importância que estas instituições têm no acesso a cuidados de oncologia.

¹ Concretamente, constatou-se a existência de falhas nos sistemas de informação utilizados pelos prestadores que impossibilitam a aferição do cumprimento dos TMRG aplicáveis à doença oncológica. Esta situação é descrita em detalhe no capítulo 4 do presente estudo.

² Informação de monitorização sobre o impacto da COVID-19 no sistema de saúde disponível no *website* da ERS, em <https://ers.pt/pt/atividade/supervisao/selecionar/informacao-de-monitorizacao/>.

Assim, o objetivo deste estudo passa por avaliar o impacto da pandemia de COVID-19 no acesso a Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (MCDT) da doença oncológica, entre março de 2020 e dezembro de 2021, designadamente na rede de convenções do SNS, a rastreios de base populacional de cancros específicos e a cuidados de saúde nos IPO, ao nível das consultas, cirurgias e tratamentos.

Note-se que o foco na atividade hospitalar realizada pelos IPO não resulta de uma opção metodológica, mas sim da existência de limitações ao nível dos sistemas de informação utilizados por todos os prestadores de cuidados de saúde que impossibilitam a distinção inequívoca entre atividade oncológica e não oncológica, nomeadamente no que respeita às consultas e às referências realizadas pelos cuidados de saúde primários, pelo que a utilização dos dados reportados pelos prestadores de cuidados de saúde à ERS levaria a uma substancial subestimação do volume de atividade apurado. Certo é que, embora tenham um papel importante no tratamento dos doentes oncológicos, na medida em que são unidades diferenciadas de tratamento, os IPO correspondem apenas a três dos 38 pontos da rede hospitalar do SNS que prestam cuidados de saúde de oncologia. Desta forma, a análise realizada não permite captar todo o impacto da pandemia no acesso a cuidados hospitalares de oncologia.

Deste modo, considerando os obstáculos à correta monitorização por parte da ERS, tanto no que se refere ao volume de atividade como ao cumprimento dos TMRG, que colocam em causa o direito dos utentes ao acesso a cuidados de saúde em tempo útil, o Conselho de Administração da ERS entendeu ser de primordial importância emitir uma recomendação ao Ministério da Saúde, à Administração Central do Sistema de Saúde, I.P. (ACSS) e aos SPMS – Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, E.P.E. (SPMS), no sentido de alterarem e adequarem os sistemas e procedimentos informáticos para permitir a tipificação de patologias oncológicas específicas no pedido de primeira consulta em situação de doença oncológica (suspeita ou confirmada), seja o pedido feito em sede de cuidados de saúde primários ou em sede intra/inter hospitalar, no respeito pelos TMRG definidos no ponto 2.2 do anexo I da Portaria n.º 153/2017, de 4 de maio, assim se assegurando a distinção inequívoca da patologia oncológica das demais patologias no pedido de consulta.³ Por outro lado, foi igualmente determinada a emissão de recomendação aos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde primários do SNS e aos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde hospitalares do SNS, no sentido de adotarem medidas para adequar o funcionamento das suas organizações à garantia do escrupuloso cumprimento da Lei n.º 15/2014, de 21 de março, e da Portaria n.º 153/2017, de 4 de maio, concretamente, dos TMRG aí

³ [ERS - Emissão de uma Recomendação ao MS, à ACSS e aos SPMS relativa ao cumprimento do quadro legal e regulamentar dos Tempos Máximos de Resposta Garantidos](#)

legalmente definidos, e para garantia do registo de toda a informação necessária ao controlo do cumprimento dos TMRG, designadamente da doença oncológica.

O estudo está organizado em nove capítulos, sendo o primeiro introdutório.

No segundo capítulo é feito um breve enquadramento sobre as doenças oncológicas enquanto importante causa de morbilidade e mortalidade, e sobre o impacto da pandemia de COVID-19 na atividade da rede pública de cuidados de saúde.

O capítulo três é dedicado à análise da Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referenciação (RNEHR) de Oncologia Médica. O capítulo inicia com uma breve descrição das diferentes tipologias de unidades definidas pela referida rede e analisa a distribuição por região de saúde e tipo de unidade de acordo com o estabelecido pela rede e de acordo com classificação realizada pelos próprios prestadores, considerando as características estabelecidas pela RNEHR de Oncologia Médica para as diferentes tipologias de unidades e a efetiva dotação de recursos que dispõem atualmente.

No capítulo quatro são abordadas as limitações ao nível dos sistemas de informação utilizados por todos os prestadores de cuidados de saúde que impossibilitam a distinção inequívoca entre atividade oncológica e não oncológica, e que conseqüentemente condicionaram a realização da análise da atividade apenas aos IPO. Assim, com base nos esclarecimentos remetidos pelos prestadores de cuidados de saúde à ERS, é feita uma descrição do problema, e ainda uma análise quantitativa ao volume de consultas e cirurgias oncológicas reportadas pelos prestadores, de modo a dimensionar a distorção que decorre da incapacidade dos prestadores para reportar as consultas com suspeita ou confirmação de doença oncológica.

O quinto capítulo foca o impacto da pandemia no acesso a cuidados de saúde de oncologia, através da comparação do volume de atividade realizada ao longo de 2020 e 2021 com os dois anos anteriores. O capítulo apresenta informação sobre atividade relacionada com o diagnóstico e o tratamento da doença oncológica. De modo a melhor aferir do impacto da atual situação de pandemia de COVID-19, a comparação do volume de atividade é realizada para cada mês.

O sexto capítulo é dedicado à vertente temporal do acesso. Para o efeito recorre-se aos dados remetidos pelos IPO à ERS no âmbito da monitorização dos tempos de espera no SNS e analisa-se a evolução de um conjunto de indicadores – percentagem de incumprimento dos TMRG, mediana e amplitude interquartil do tempo de espera – ao longo de 2020 e 2021, comparando-os com os obtidos em 2019, com o objetivo de avaliar o impacto da pandemia no tempo de espera para realização de primeiras consultas e cirurgias nos IPO.

No sétimo capítulo analisam-se as reclamações que deram entrada na ERS com data de ocorrência entre 2018 e 2021 visando os três IPO, com o objetivo de perceber se a pandemia conduziu a um aumento no grau de insatisfação dos utentes refletido no volume de reclamações e, por outro lado, aferir sobre eventuais alterações nas temáticas visadas nas reclamações.

No capítulo oito é analisado o volume de atividade que foi alvo de cancelamento nos três IPO, devido à pandemia de COVID-19. São ainda descritos os critérios utilizados pelos IPO para o cancelamento e reagendamento da atividade e elencadas as limitações à atividade assistencial sentidas durante este período.

No capítulo nove são apresentadas as principais conclusões do estudo.

2. Enquadramento

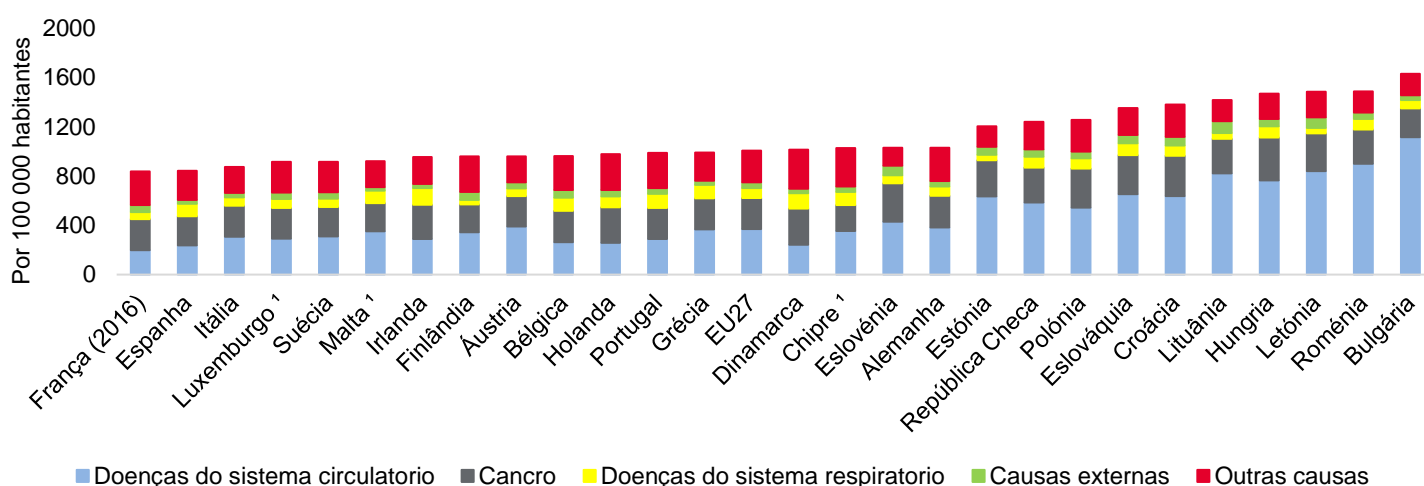
Neste capítulo descreve-se o contexto epidemiológico das doenças oncológicas enquanto importante causa de morbilidade e mortalidade em Portugal e entre os estados-membros da União Europeia (UE), e analisa-se o impacto da pandemia de COVID-19 na atividade assistencial do SNS.

Assim, na primeira parte do capítulo, analisa-se um conjunto de indicadores que permitem aferir sobre a importância das doenças oncológicas – principais causas de morte, mortalidade por cancro e mortalidade por tipo de tumor maligno, previsão da evolução da incidência e mortalidade por cancro em Portugal e no mundo, e a taxa de sobrevivência a cinco anos para mulheres diagnosticadas com cancro da mama. Na segunda parte do capítulo, analisa-se o impacto global da pandemia na rede pública de cuidados de saúde.

2.1. Contexto da oncologia

De acordo com dados da OCDE, o cancro é a segunda principal causa de morte na maioria dos países membros da UE.⁴

Gráfico 1 – Mortalidade nos países membros da UE, por 100 000 habitantes, em 2017



Fonte: elaboração própria com base nos dados da *Health at a Glance: Europe 2020: State of Health in the EU Cycle*, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/82129230-en>.

¹ Média de três anos (2015-2017).

De facto, os dados relativos à mortalidade em 2017 colocam o cancro como a segunda principal causa de morte na maioria dos países, incluindo Portugal, sendo as doenças do sistema circulatorio

⁴ Dados constantes da publicação OECD/European Union (2020), *Health at a Glance: Europe 2020: State of Health in the EU Cycle*, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/82129230-en>.

as que registam o maior número de óbitos por 100 000 habitantes. No entanto, assinalam-se algumas exceções, como é o caso de Espanha e França, que registam um número de mortes por cancro por 100 000 habitantes superior ao número de mortes causadas por doenças do sistema circulatório.

No global, em 2017, entre os estados-membros da UE registaram-se mais de 4 milhões de óbitos, tendo o cancro sido responsável por cerca de 26% do total de mortes ocorridas.

Figura 1 – Principais causas de morte nos países membros da UE, em 2017

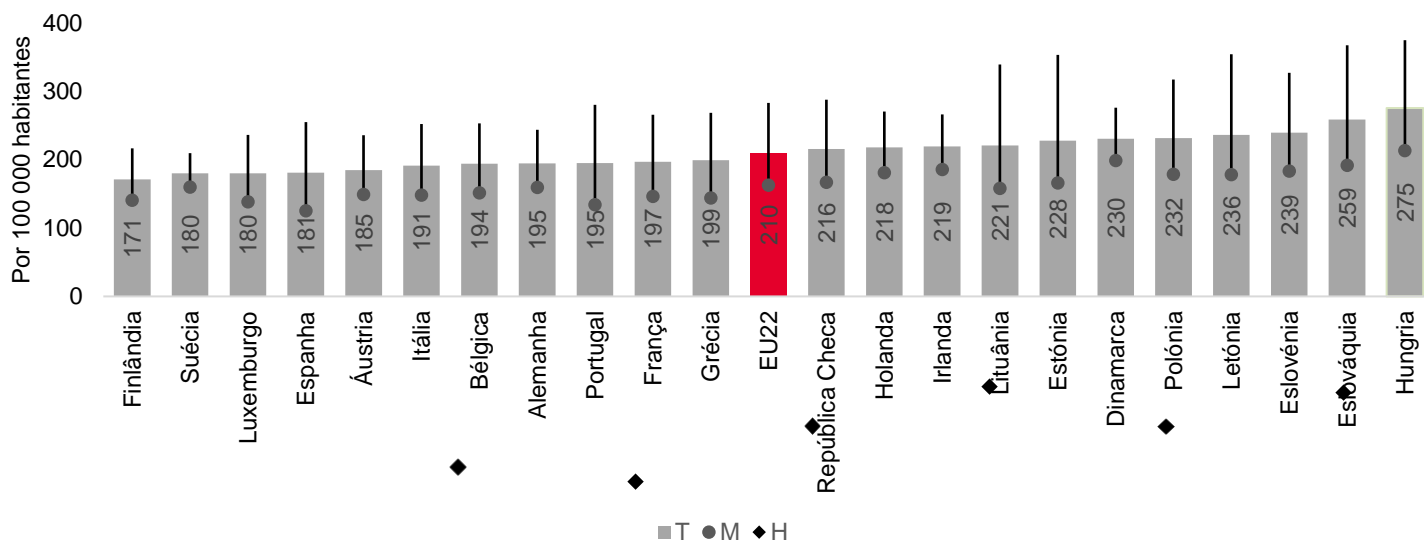


Fonte: elaboração própria com base nos dados da *Health at a Glance: Europe 2020: State of Health in the EU Cycle*, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/82129230-en>.

Notas: para os países sem informação para o ano de 2017 foi utilizada a informação relativa ao ano disponível mais recente; as restantes causas de morte não apresentadas na figura representam cerca de 18% de todas as mortes.

Em 2017, a mortalidade por cancro, por 100 000 habitantes, variou entre os 171 mortos na Finlândia e os 275 na Hungria, tendo Portugal registado um valor inferior à média da UE – 195 mortos por 100 000 habitantes.

Gráfico 2 – Mortalidade por cancro nos países membros da UE, por 100 000 habitantes

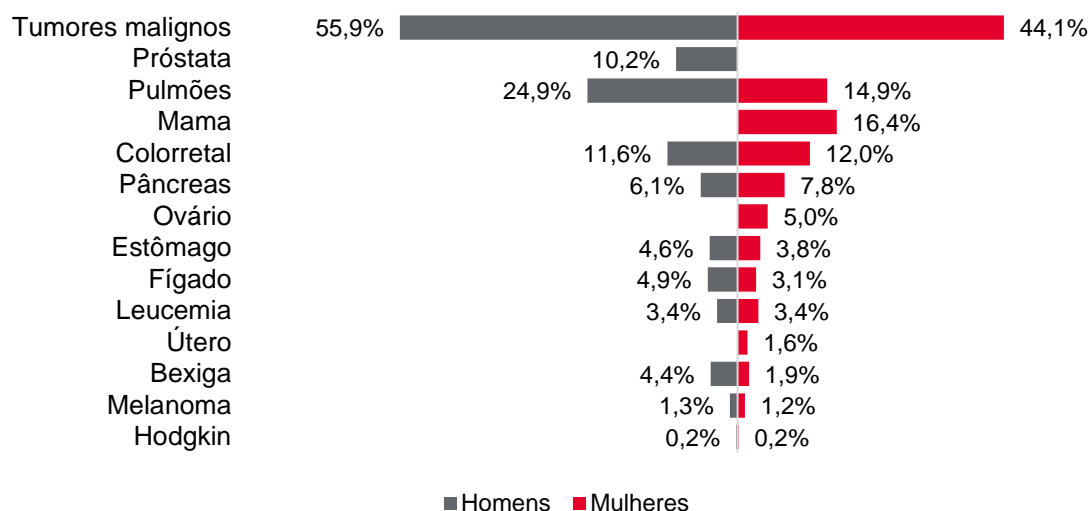


Fonte: elaboração própria com base nos dados da *Health at a Glance: Europe 2020: State of Health in the EU Cycle*, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/82129230-en>.

Notas: para os países sem informação para o ano de 2017 foi utilizada a informação relativa ao ano disponível mais recente; optou-se por se incluir a Colômbia na análise, embora a adesão só tenha ocorrido em abril de 2020.

Da análise da figura *infra*, que reporta a mortalidade na UE por tipo de tumor maligno e por género, conclui-se que a mortalidade por tumores malignos é superior nos homens (55,9%, face a 44,1% nas mulheres). Nos homens, o cancro do pulmão é o tumor maligno com mortalidade mais elevada e, no caso das mulheres, destaca-se o cancro da mama, com uma mortalidade de cerca de 16,4%, sendo também elevada a mortalidade associada ao cancro do pulmão.

Gráfico 3 – Mortalidade por tipo de tumor maligno e por género nos países da UE

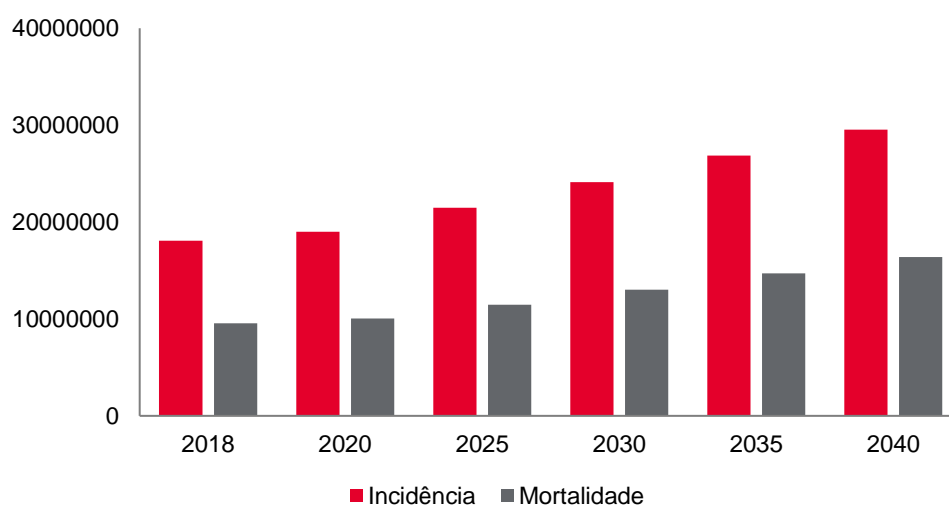


Fonte: elaboração própria com base nos dados da *OECD Health Statistics 2021*, disponível para consulta em https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/data/oecd-health-statistics/oecd-health-data-health-status_data-00540-en..

Notas: para os países sem informação para o ano de 2017 foi utilizada a informação relativa ao ano disponível mais recente.

Relativamente à evolução da doença a nível mundial, os dados sobre a previsão da incidência e mortalidade por cancro, disponíveis no *website* da *International Agency for Research on Cancer* (IARC) da Organização Mundial da Saúde, apontam para um aumento do número de novos casos e da mortalidade até 2040.

Gráfico 4 – Previsão da incidência e mortalidade por cancro no mundo



Fonte: elaboração própria com base nos dados disponíveis no *website* da *International Agency for Research on Cancer* (IARC).

Tal como constatado no gráfico 1, e de modo similar à maioria dos países da UE, também em Portugal o cancro é a segunda principal causa de morte, tendo em 2017 sido responsável por 25% do total de mortes ocorridas no país.

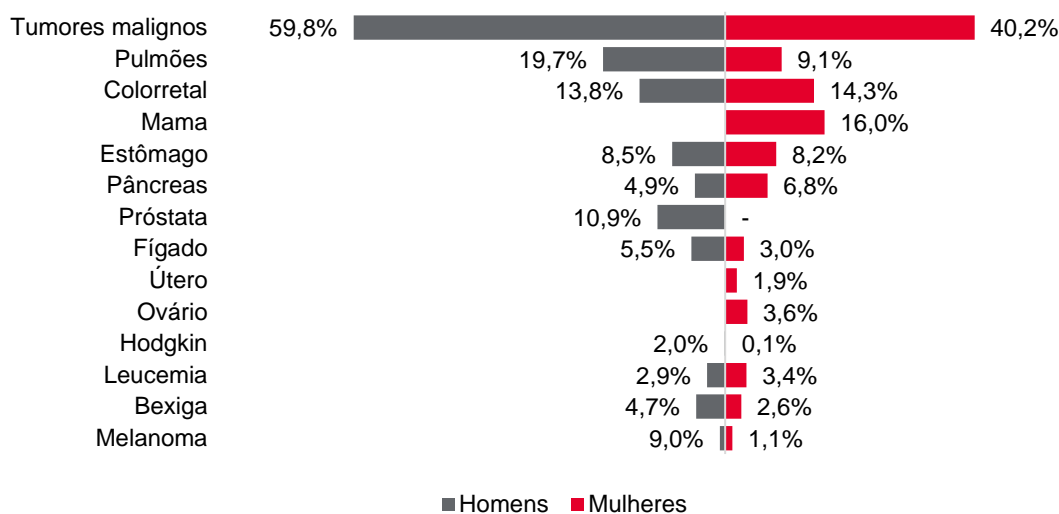
Figura 2 – Principais causas de morte em Portugal, em 2017



Fonte: elaboração própria com base nos dados da *OECD Health Statistics 2021*, disponível para consulta em <https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/data/oecd-health-statistics/oecd-health-data-health>.
 Notas: para os países sem informação para o ano de 2017 foi utilizada a informação relativa ao ano disponível mais recente; as restantes causas de morte não apresentadas na figura representam cerca de 18% de todas as mortes.

Da análise da figura *infra*, conclui-se que em Portugal, os tumores malignos do pulmão e do colorretal são os que têm uma mortalidade mais elevada nos homens, estando os resultados em linha com o verificado na análise da mortalidade por tumores malignos nos países da UE. Já nas mulheres, os tumores malignos da mama e do colorretal são os que apresentam maior mortalidade.

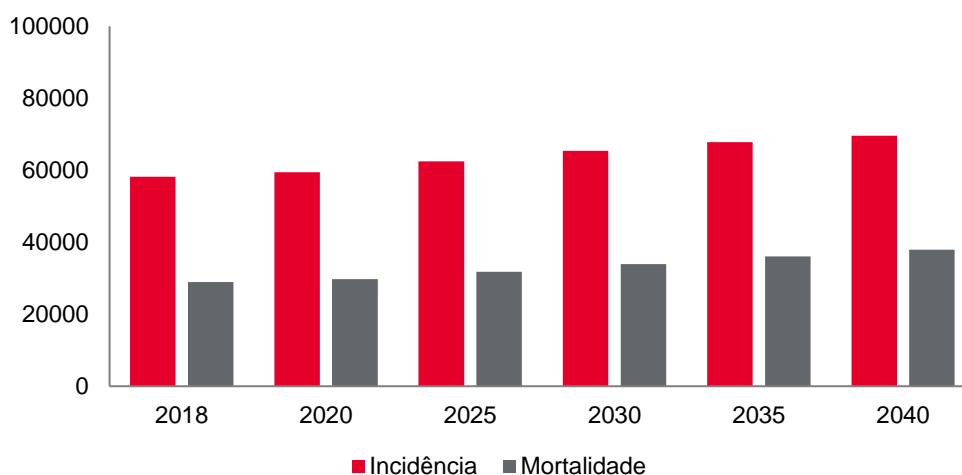
Gráfico 5 – Mortalidade por tipo de tumor maligno e género em Portugal



Fonte: elaboração própria com base nos dados da *OECD Health Statistics 2021*, disponível para consulta em <https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/data/oecd-health-statistics/oecd-health-data-health>.
 Notas: para os países sem informação para o ano de 2017 foi utilizada a informação relativa ao ano disponível mais recente.

Relativamente à evolução da doença em Portugal, os dados sobre a previsão da incidência e mortalidade apontam para um aumento do número de novos casos e da mortalidade até 2040, em linha com a previsão para o resto do mundo.

Gráfico 6 – Previsão da incidência e mortalidade por cancro em Portugal



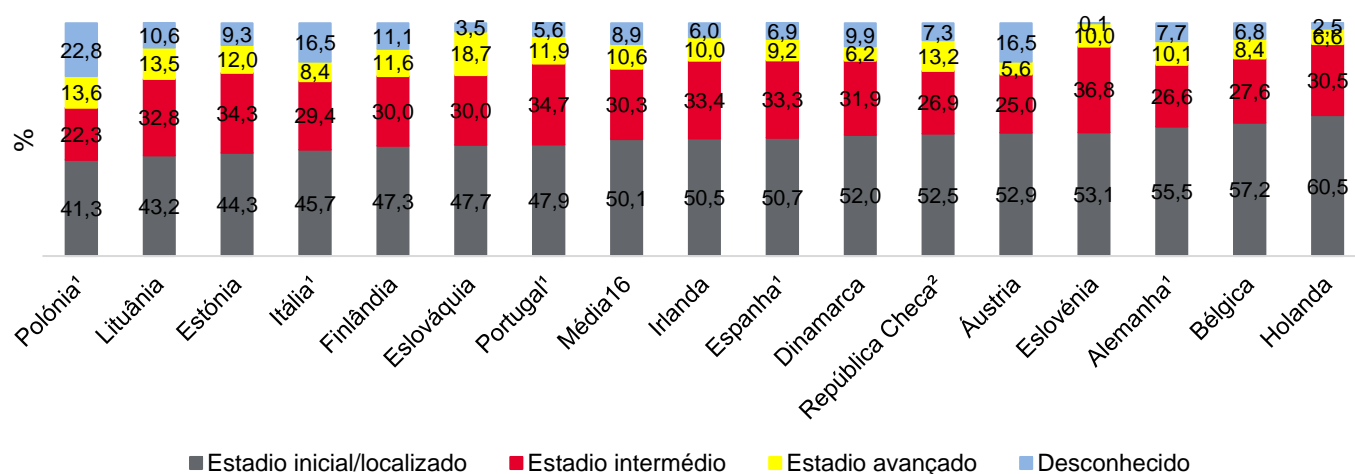
Fonte: elaboração própria com base nos dados disponíveis no *website* da *International Agency for Research on Cancer* (IARC).

Como constatado anteriormente, no universo dos países da UE, e também no caso concreto de Portugal, os tumores malignos da mama apresentam uma elevada mortalidade nas mulheres.

De acordo com a publicação *Health at a Glance 2019: OECD Indicators*⁵, desde os anos 80 a maioria dos países da OCDE tem adotado os rastreios do cancro da mama como forma de detetar precocemente a doença, o que tem contribuído para uma elevada proporção de mulheres diagnosticadas numa fase inicial, favorecendo o prognóstico.

No gráfico *infra* reporta-se a percentagem de mulheres diagnosticadas com cancro da mama, entre 2010 e 2014, por estadiamento da doença, em alguns países da UE.

Gráfico 7 – Percentagem de mulheres diagnosticadas com cancro da mama, entre 2010 e 2014, por estadiamento da doença



Fonte: *Health at a Glance*, 2021; ¹ Os dados não cobrem toda a população; ² Dados de 2004-09.

Da análise do gráfico conclui-se que, na maioria dos estados-membros incluídos na análise, a percentagem de mulheres diagnosticadas numa fase inicial da doença é superior à soma da percentagem de mulheres diagnosticadas em fases mais avançadas. Entre 2010 e 2014, em média, cerca de 50% das mulheres diagnosticadas com cancro da mama nestes países encontravam-se num estadio inicial da doença, 33% em estadio intermédio e 10% em estadio avançado.

No entanto, em alguns países, como é o caso de Portugal, a percentagem de mulheres com diagnóstico em estadio inicial/localizado é inferior à soma da percentagem de mulheres com diagnóstico em estadios mais avançados, o que desfavorece o prognóstico.

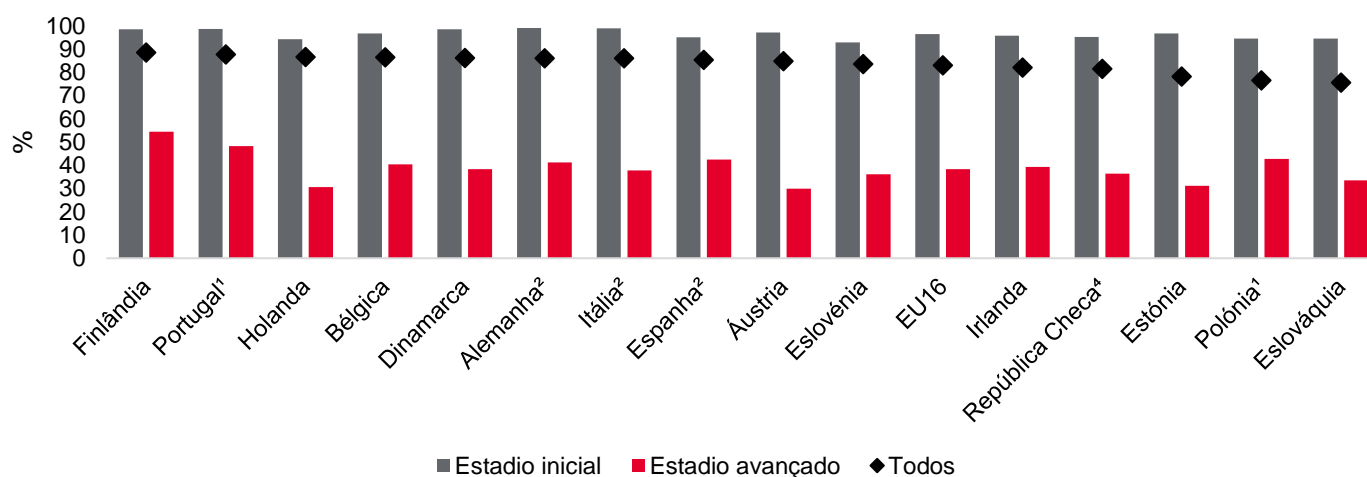
Como indicador da qualidade do tratamento, a OCDE utiliza a taxa de sobrevivência a cinco anos para mulheres diagnosticadas com cancro da mama, defendendo Allemani, C. et al. (2018) que a

⁵ OECD (2019), *Health at a Glance 2019: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/4dd50c09-en>.

evolução positiva verificada nos últimos anos na maioria dos países membros, reflete a melhoria na qualidade do tratamento.⁶

Assim, o gráfico 8 apresenta a taxa de sobrevivência a cinco anos para mulheres diagnosticadas com cancro da mama, nos países da UE.

Gráfico 8 – Taxa de sobrevivência a cinco anos para mulheres diagnosticadas com cancro da mama



Fonte: OECD/European Union (2020), Health at a Glance: Europe 2020: State of Health in the EU Cycle, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/82129230-en>.

¹ Para estimativas de sobrevivência por estadiamento, os dados não cobrem toda a população. ² Os dados não cobrem toda a população. ³ As estimativas de sobrevivência para o estadiamento avançado não são ajustadas à idade.

Os dados mostram que, tal como seria de esperar, a taxa de sobrevivência a cinco anos aumenta quando a doença é diagnosticada em fase inicial. Da análise do gráfico, destaca-se ainda a heterogeneidade na taxa de sobrevivência entre países membros nos casos diagnosticados em fase avançada, que contrasta com a reduzida variabilidade verificada nos casos diagnosticados em fase inicial.

Para Portugal, os dados indicam uma taxa de sobrevivência a cinco anos superior à média da UE, independentemente do estadiamento da doença.

⁶ Allemani, C. et al. (2018), “Global surveillance of trends in cancer survival 2000–14 (CONCORD-3): analysis of individual records for 37 513 025 patients diagnosed with one of 18 cancers from 322 population-based registries in 71 countries”, The Lancet, Vol. 391/10125, pp. 1023-1075, [http:// dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(17\)33326-3](http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(17)33326-3).

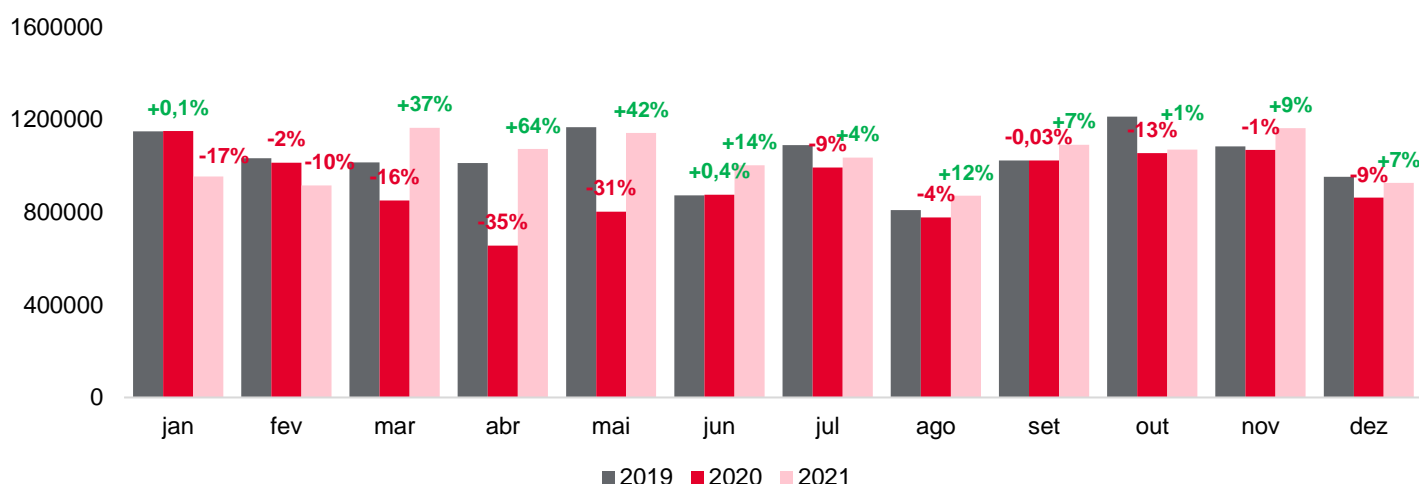
2.2. Impacto da pandemia de COVID-19 na atividade do SNS

Em Portugal, o primeiro caso de COVID-19 foi registado no dia 2 de março de 2020.

De modo a preparar o SNS para responder à pressão a que poderia vir a ser sujeito, em função da evolução da pandemia, foram feitas alterações à organização e prestação de cuidados de saúde, nomeadamente através do cancelamento da atividade considerada não urgente, que se traduziram numa queda acentuada da atividade programada e não programada na rede de estabelecimentos do SNS.

Concretamente, face ao período homólogo em 2019, em março de 2020 verificou-se uma queda de 16% no número de consultas médicas hospitalares realizadas no SNS, tendo a variação negativa alargado até aos 35% e 31%, respetivamente, nos meses de abril e maio.⁷

Gráfico 9 – Evolução das consultas médicas hospitalares realizadas no SNS



Embora nos meses seguintes se tenha verificado uma retoma da atividade, com o mês de junho a alcançar uma variação positiva face ao mês homólogo em 2019, em outubro de 2020 voltou a verificar-se uma acentuada queda no número de consultas médicas (na ordem dos 13%), podendo esta diminuição ser explicada pelo início da segunda vaga de COVID-19 em Portugal. Comparativamente com o mesmo mês de 2019, em dezembro de 2020 o número de consultas realizadas diminuiu 9%.

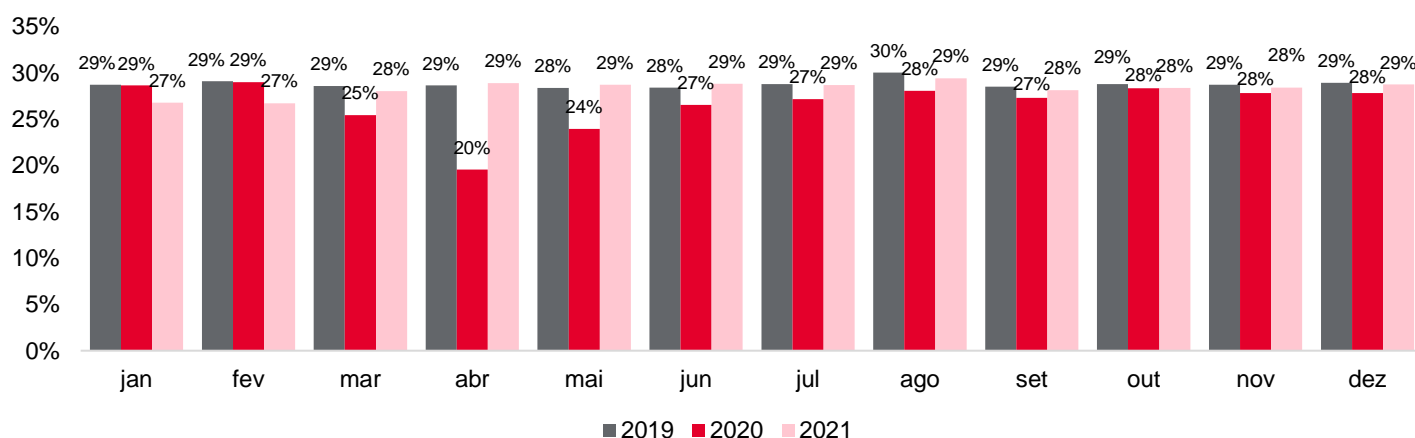
Em 2021, embora os primeiros dois meses do ano tenham sido marcados por diminuições na atividade face a 2020, nos restantes meses verificou-se um aumento do volume de atividade, destacando-se a evolução registada nos meses de março, abril e maio, bem como níveis de

⁷ Os dados utilizados nesta análise foram extraídos do Portal da Transparência do SNS no dia 3 de fevereiro de 2021.

produção superiores, em 2021, face aos valores de produção observados em alguns meses do ano de 2019.

De igual modo, a percentagem de primeiras consultas no total de consultas médicas hospitalares registou uma queda nos meses de março a dezembro de 2020 face ao mesmo período em 2019, com a queda mais acentuada a registar-se no mês de abril (9 p.p.). Em 2021, verificou-se um aumento da percentagem de primeiras consultas realizadas entre março e dezembro, face à percentagem observada nos mesmo meses do ano de 2020, tendo-se assistido a uma tendência de convergência com as percentagens de primeiras consultas do ano de 2019.

Gráfico 10 – Evolução da percentagem de primeiras consultas realizadas no SNS

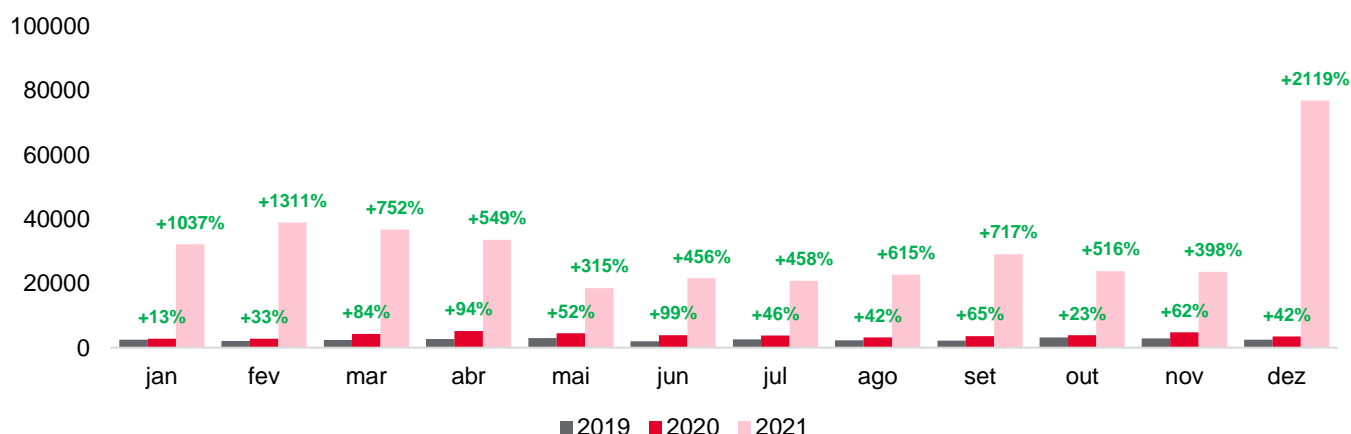


Por outro lado, e revelando um efeito de substituição expectável, aumentou significativamente o volume de consultas de telemedicina no ano de 2020. Este aumento, que se verificava desde o início do ano de 2020, foi ainda mais evidente a partir do mês de março.

Quanto à variação observada a partir de janeiro de 2021, de acordo com esclarecimentos prestados pela ACSS à ERS, a mesma deveu-se a uma alteração do conceito de teleconsulta. Concretamente, a ACSS deu conhecimento à ERS de um documento elaborado em junho 2020, sobre "Registo da Atividade de Consulta no SNS - Enquadramento Teleconsultas", no qual identifica teleconsulta como “[...] consulta realizada à distância com recurso à utilização de comunicações interativas, audiovisuais e de dados (inclui videochamada, telefone móvel ou fixo, correio eletrónico e outros meios digitais), com registo opcional no equipamento e obrigatório no processo clínico do utente. A teleconsulta pode ser feita em tempo real com a presença do utente numa outra localização ou em tempo diferido com dados recolhidos na presença do utente, sendo estes enviados para uma entidade recetora que os avaliará e sobre eles opinará posteriormente”. Assim, e de acordo com os esclarecimentos prestados pela ACSS, “[...] até 2021 o conceito de teleconsulta era mais restrito, uma vez que, de acordo com as circulares de faturação publicadas, se considerava teleconsulta

médica como uma "Consulta médica, no âmbito da telemedicina, realizada à distância com recurso à utilização de comunicações interativas, audiovisuais e de dados e com registo obrigatório no equipamento e no processo clínico do doente" podendo ser em tempo real ou em tempo diferido e implicando duas instituições e profissionais de saúde em cada uma delas". Deste modo, os dados relativos a 2021 devem ser interpretados como uma nova série, sendo certo que apontam para uma tendência de aumento de recurso a consultas de telemedicina.

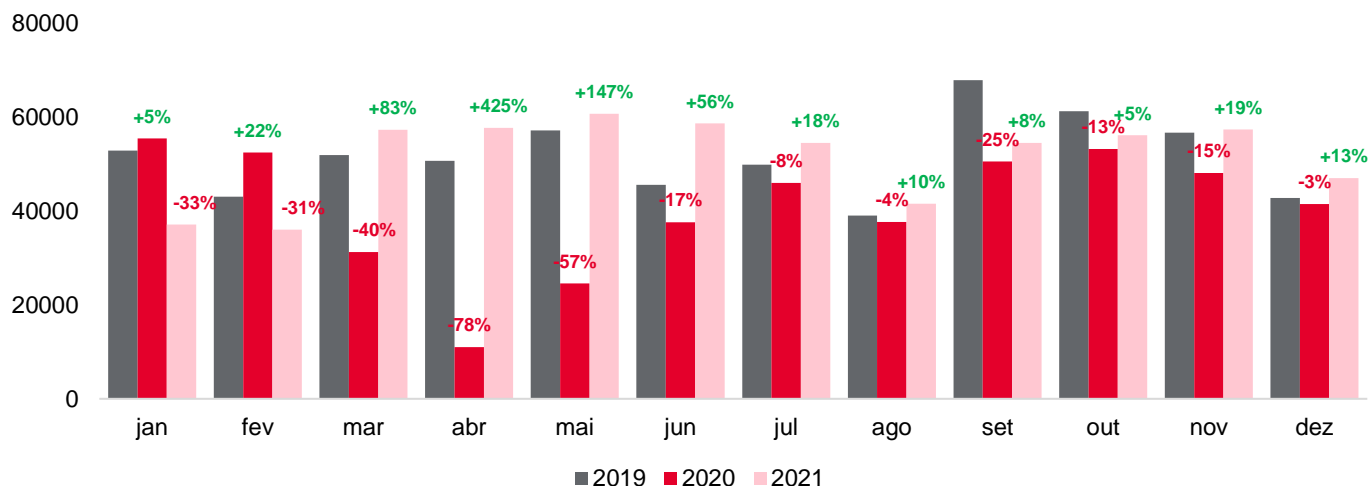
Gráfico 11 – Evolução das consultas de telemedicina realizadas no SNS



Também ao nível da atividade cirúrgica, a rede hospitalar do SNS revelou uma redução significativa a partir de março de 2020, com o volume de cirurgias programadas em abril e maio a ficar, respetivamente, 78% e 57% abaixo do verificado nos períodos homólogos de 2019 (cfr. gráfico *infra*), e com a retoma do nível de atividade a observar-se nos meses seguintes, embora mantendo-se com níveis de produção cirúrgica abaixo dos níveis observados para 2019.

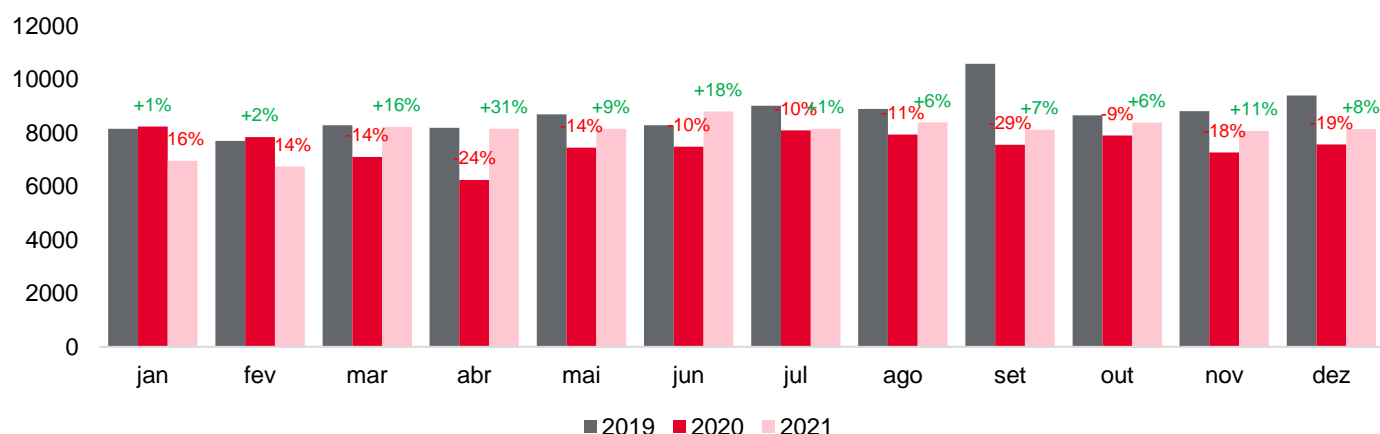
Comparativamente com 2020, nos primeiros meses de 2021 registaram-se valores mais baixos de atividade cirúrgica. No entanto, nos restantes meses do ano a evolução do número de cirurgias programadas realizadas foi sempre positiva e mesmo superior aos valores observados em alguns meses do ano de 2019.

Gráfico 12 – Evolução das cirurgias programadas realizadas no SNS



Ainda que o impacto nas cirurgias consideradas urgentes tenha sido inferior, a redução do seu volume tem também vindo a ser significativa desde o início da pandemia. Em abril de 2020, em particular, houve uma diminuição de 24% das cirurgias urgentes realizadas face ao mesmo mês em 2019 e uma diminuição de 29% em setembro de 2020, quando comparado com o mesmo mês do ano anterior. Em 2021, constatou-se uma evolução positiva do número de cirurgias urgentes realizadas, entre março e dezembro, por comparação com o número de cirurgias realizadas em 2020. Certo é que a produção na maioria dos meses de 2021 ficou aquém da observada em 2019, o que denota ainda não ter sido possível retomar aos níveis produção pré-pandemia neste indicador.

Gráfico 13 – Evolução das cirurgias urgentes realizadas no SNS



3. Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referenciação de Oncologia Médica

Em 2010 a ERS realizou um estudo com o objetivo de aferir se o não cumprimento das redes de referenciação hospitalar (RRH) impactava com o respeito do direito fundamental de acesso dos utentes aos serviços públicos de cuidados de saúde.

Considerou a ERS que “[...] as RRH são essenciais ao cumprimento da característica de generalidade do SNS, no sentido de este dever prestar integradamente cuidados globais ou garantir a sua prestação, cada RRH constitui um sistema integrado e hierarquizado que visa satisfazer, de forma concertada, as necessidades de assistência hospitalar no diagnóstico, de formação, de investigação, de colaboração interdisciplinar e de garantia de qualidade no âmbito de determinada especialidade.” E, conseqüentemente, “[...] o funcionamento e as imposições adjacentes a cada uma das RRH consubstanciam regras que, necessariamente, se manifestam no direito de acesso do utente aos cuidados de saúde como consagrado na Constituição e na lei. O deficiente funcionamento de uma RRH impacta negativamente com o direito de acesso do utente aos cuidados de saúde, produzindo um efetivo não acesso (ou um acesso tardio ou inadequado) aos cuidados de saúde necessários.”⁸

Neste sentido, os cuidados prestados no âmbito do SNS aos utentes de uma determinada área são influenciados por estas redes, que pretendem garantir um melhor acesso das populações aos cuidados de saúde, pelo que releva aferir da sua efetiva implementação no terreno para efeitos de análise do acesso a esses cuidados.

No caso particular da oncologia, a Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referenciação (RNEHR) de Oncologia Médica, aprovada por Despacho do Ministro da Saúde de 9 de novembro de 2015, é definida como “[...] um sistema que integra diferentes tipos de instituições, que se articulam entre si para prestarem cuidados especializados em oncologia, numa perspetiva integrada e globalizante, tendo subjacente a otimização dos recursos humanos, dos procedimentos e dos equipamentos”.⁹

⁸ Este estudo foi vertido num parecer e determinou a emissão de uma recomendação às cinco Administrações Regionais de Saúde (ARS) no sentido de definirem, publicitarem e imporem o cumprimento, por parte dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde envolvidos, das RRH que se apresentassem como necessárias nas suas áreas de influência (publicação disponível no website da ERS, em [https://www.ers.pt/pt/atividade/regulamentacao/selecionar/recomendacoes-gerais/recomendacoes-gerais/recomendacao-dirigida-as-5-ars-relativa-as-redes-de-referenciacao-hospitalar/.](https://www.ers.pt/pt/atividade/regulamentacao/selecionar/recomendacoes-gerais/recomendacoes-gerais/recomendacao-dirigida-as-5-ars-relativa-as-redes-de-referenciacao-hospitalar/))

⁹ Disponível em <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/05/Oncologia-M%C3%A9dica.pdf>.

De acordo com o definido na RNEHR de Oncologia Médica, cujos objetivos centrais são a “[...] melhoria da acessibilidade e da qualidade da prestação de cuidados aos doentes, a adequada planificação da oferta e dos correspondentes investimentos em meios humanos e técnicos, assim como a diferenciação de todo o sistema [...]”, as unidades responsáveis pelo tratamento de doentes oncológicos classificam-se, por ordem decrescente de nível de diferenciação, em Centros Oncológicos Integrados (unidades de tipo I), Centros Clínicos Oncológicos (unidades de tipo II), Serviços de Oncologia (unidades de tipo III) e Unidades de Proximidade.

Nos termos do descrito no referido documento, os Centros Oncológicos Integrados consistem em estruturas com organização matricial, que acomodam Serviços de Especialidade e Clínicas Multidisciplinares por patologia. Distinguem-se essencialmente por aliarem a multidisciplinaridade, para cada caso individual, à perspetiva global. Estas unidades disponibilizam as principais modalidades de tratamento, e atuam na prevenção, rastreio, diagnóstico, tratamento, reabilitação e no cuidar do fim-de-vida. Possuem internamento dedicado, atendimento não programado durante 24 horas por dia com oncologista permanente, e unidade de cuidados intensivos. Neste grupo de unidades devem estar sediadas as consultas de cancro familiar, devendo também acomodar o tratamento da maioria dos cancros raros.

Os Centros Clínicos Oncológicos correspondem à departamentalização da oncologia dentro de um hospital, devendo disponibilizar uma gama alargada de tratamentos em oncologia localmente, incluindo as principais modalidades de tratamento, nomeadamente cirurgia, radioterapia e quimioterapia. O elemento diferenciador destas unidades é a forma integrada de organização da oncologia, ultrapassando a separação habitual, por especialidades. A organização matricial, com base em patologias, é o fator chave. Segundo o disposto na RNEHR de Oncologia Médica, à data da sua elaboração não se consideravam existir unidades com este tipo de perfil.

O terceiro nível corresponde à tipologia mais básica, com um serviço de Oncologia Médica com um mínimo de três especialistas, que deve assegurar consultas multidisciplinares locais para as patologias mais frequentes (pelo menos mama, cólon e próstata). Nos casos em que não se justifique a formalização de uma consulta multidisciplinar, pela raridade local da patologia ou pela inexistência de meios técnicos ou humanos críticos para a decisão, devem estas unidades estabelecer formas de afiliação com outras unidades hospitalares de maior diferenciação.

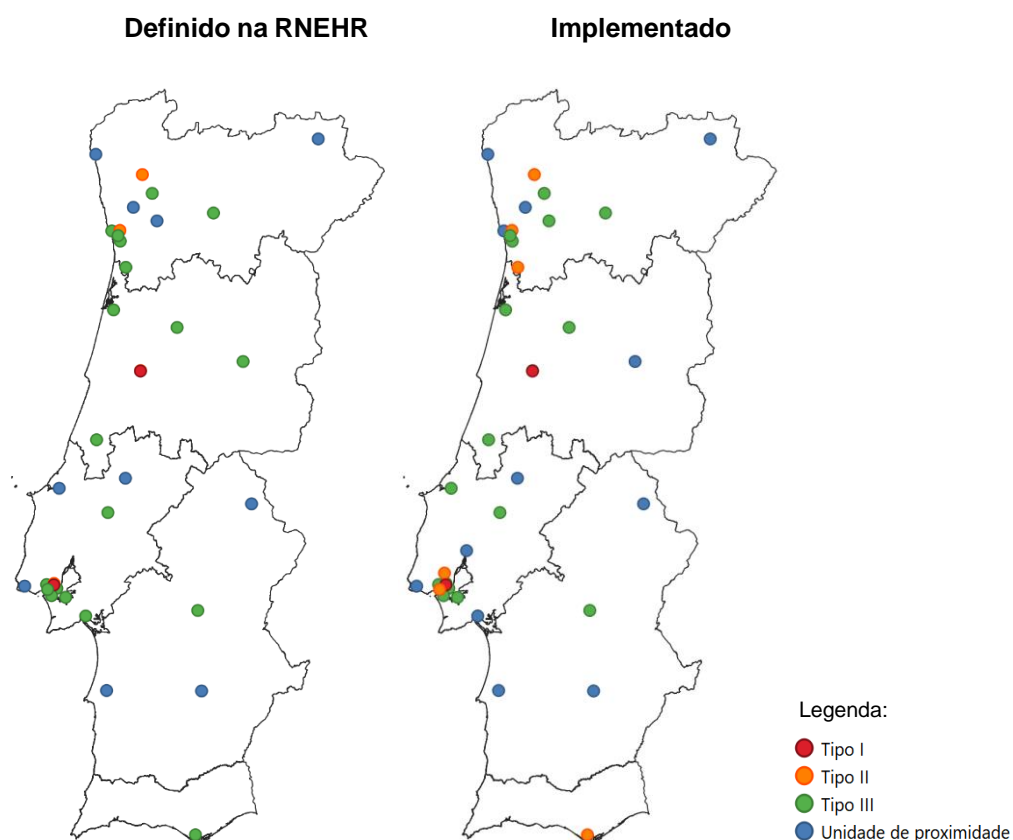
Poderão ainda existir Unidades de Proximidade em hospitais que não disponham destas tipologias de serviço. Estas unidades devem estar formalmente afiliadas a um dos centros da Rede (Serviço, Centro Clínico ou Centro Integrado), para garantir a continuidade de cuidados e completar a estruturação da rede. Neste nível de estruturas deve estar claro qual o circuito de atendimento dos

doentes, fora das horas de permanência de Oncologistas, e em particular para as complicações do tratamento ou da doença.

Os doentes tratados em Unidades de Proximidade devem ter os seus planos terapêuticos validados em consulta multidisciplinar do centro em que estão afiliados. As Unidades de Proximidade integram oncologistas médicos dos hospitais com serviços de oncologia médica que se deslocam a hospitais sem esse serviço. A responsabilidade do tratamento é do serviço de origem dos médicos, funcionando o hospital de proximidade como um posto avançado de consulta. As Unidades de Proximidade devem garantir a continuidade de cuidados, os cuidados de urgência, bem como a assistência às eventuais complicações do tratamento.

Considerando o exposto, os mapas seguintes reportam a distribuição por região de saúde e tipo de unidade de acordo com o estabelecido pela RNEHR de Oncologia Médica e de acordo com a classificação realizada pelos próprios prestadores, considerando as características estabelecidas pela RNEHR de Oncologia Médica para as diferentes tipologias de unidades e a efetiva dotação de recursos de que dispõem atualmente.

Figura 3 – Distribuição dos centros de rede por tipologia e região de saúde



Analisando os mapas, é possível verificar a existência de algumas diferenças entre a distribuição por tipologias estabelecida na referida rede e o que efetivamente se encontra implementado nos

prestadores, considerando a sua dotação de recursos e o nível de diferenciação de cuidados que oferecem.

Assim, de acordo com a informação remetida pelos prestadores de cuidados de saúde à ERS, existem cinco unidades que se classificam com um nível de diferenciação inferior ao estabelecido na RNEHR de Oncologia Médica, concretamente:

- três unidades que a rede define como sendo do tipo III mas que atualmente se classificam como Unidades de Proximidade – Centro Hospitalar da Cova da Beira, E.P.E., Unidade Local de Saúde de Matosinhos, E.P.E. e o Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E.; e
- duas unidades que a rede define como sendo do tipo II mas que atualmente se classificam como do tipo III – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E.P.E., e Centro Hospitalar e Universitário Lisboa Norte, E.P.E..

Por outro lado, existem cinco unidades que se classificam com um nível de diferenciação superior ao estabelecido na RNEHR de Oncologia Médica, concretamente:

- duas unidades que a rede define como sendo Unidades de Proximidade, mas que atualmente se classificam como do tipo III – Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, E.P.E., e Centro Hospitalar do Oeste, E.P.E.;
- duas unidades que a rede define como sendo do tipo III, mas que atualmente se classificam como do tipo II – Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, E.P.E., e o Centro Hospitalar do Algarve, E.P.E.; e
- no caso do Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga, E.P.E., que a rede define como sendo uma unidade do tipo III, o prestador distinguiu as duas unidades que integram o Centro Hospitalar, classificando a Unidade de Santa Maria da Feira como uma unidade do tipo II e a Unidade de Oliveira de Azeméis como uma unidade do tipo III.

Foram ainda identificadas três unidades hospitalares que de acordo com o estabelecido na RNEHR de Oncologia Médica não têm unidade de oncologia, mas que afirmaram assegurar o tratamento de doentes oncológicos, associados a outras especialidades médicas.¹⁰

Importa, finalmente, referir que, de acordo com o disposto na proposta de reorganização da RNEHR de Oncologia Médica, o Hospital de Vila Franca de Xira e o Hospital Beatriz Ângelo não integram a rede de referência, havendo, no entanto, uma incoerência naquele documento, uma vez que no

¹⁰ Note-se que estas unidades hospitalares – Hospital Distrital da Figueira da Foz, E.P.E., Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, E.P.E., e Unidade Local de Saúde da Guarda, E.P.E. –, embora sejam classificadas como ‘sem unidade de oncologia’, constam das análises ao volume de atividade reportada na RNEHR de Oncologia Médica.

capítulo “Definição da Rede”, onde se estabelecem as unidades hospitalares para onde os utentes devem ser referenciados dependendo do Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) de origem, está prevista a transferência de utentes para o Hospital Vila Franca de Xira, E.P.E., e para o Hospital Beatriz Ângelo, E.P.E.. Note-se que em resposta a pedido de informação da ERS, o Hospital de Vila Franca de Xira classifica-se como Unidade de Proximidade e o Hospital Beatriz Ângelo como Centro Clínico Oncológico.

4. Dificuldades na monitorização da atividade oncológica nos hospitais do SNS

No capítulo anterior foi possível identificar os estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde que integram a RNEHR de Oncologia Médica, bem como caracterizá-los consoante o seu grau de diferenciação. Concretamente, e não obstante as diferenças apuradas entre a distribuição por tipologias estabelecida pela referida rede e o que efetivamente se encontra implementado, considerando a atual dotação de recursos dos prestadores de cuidados de saúde, identificaram-se 38 pontos de rede de cuidados de oncologia no SNS.

No entanto, e tal como mencionado no capítulo introdutório do presente estudo, apenas os IPO serão alvo de análise no que se refere ao impacto da pandemia de COVID-19 no acesso a cuidados de oncologia a nível hospitalar, na medida em que se constata existirem limitações ao nível dos sistemas de informação utilizados pelos prestadores de cuidados de saúde que impossibilitam a distinção inequívoca entre atividade oncológica e não oncológica, nomeadamente no que respeita às consultas. Do mesmo modo, os sistemas de informação não permitem a distinção dos utentes referenciados pelos cuidados de saúde primários com suspeita ou confirmação de doença oncológica – outro indicador analisado –, pelo que a utilização dos dados reportados pelos prestadores de cuidados de saúde à ERS levaria a uma subestimação do volume de atividade apurado.

Com efeito, a ERS tem vindo a monitorizar de forma sistemática os tempos de espera para atendimento em estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde do SNS e, em particular, o cumprimento dos TMRG fixados na Portaria n.º 153/2017, de 4 de maio.

No contexto dessa monitorização, a ERS tomou conhecimento da existência de dificuldades no registo diferenciado de consultas de doença oncológica nos sistemas de informação utilizados pelos prestadores, que impedem a distinção inequívoca entre as consultas realizadas no âmbito da doença oncológica para efeitos da aferição do cumprimento dos TMRG aplicáveis.

Concretamente, verificou-se a impossibilidade de tipificação de patologia oncológica na plataforma Consulta a Tempo e Horas (CTH), e conseqüentemente, da não aferição do cumprimento dos TMRG específicos para primeira consulta de doença oncológica, de acordo com os limites definidos no ponto 2.2 do anexo I da Portaria n.º 153/2017, de 4 de maio, mas sim tendo em consideração os

limites aplicáveis à condição de patologia geral, que, sendo mais alargados, resultam na subestimação do nível de incumprimento dos TMRG.¹¹

Desta forma, numa fase inicial do presente estudo foram dirigidos pedidos de elementos a todos os prestadores de cuidados de saúde do SNS, solicitando informação sobre o volume de atividade oncológica realizada entre 2018 e 2020 – primeiras consultas e consultas subsequentes com suspeita ou confirmação de doença oncológica, consultas de telemedicina, cirurgias oncológicas e número de utentes com suspeita de doença oncológica referenciados pelos cuidados de saúde primários – bem como a identificação de eventuais dificuldades sentidas no reporte dessa atividade, concretamente no que respeita a distinção entre atividade cirúrgica e de consulta oncológica e não oncológica.

Dos esclarecimentos obtidos, tornou-se clara a dificuldade existente de identificação e reporte inequívoco de todas as consultas realizadas com suspeita ou confirmação de doença oncológica.

Assim, no caso dos utentes referenciados pelos cuidados de saúde primários, os prestadores informaram que no momento da referenciação os médicos de família apenas conseguem fazer o pedido de consulta para uma especialidade geral (por exemplo, gastroenterologia), não estando disponível a referenciação direta dos cuidados de saúde primários para consultas de subespecialidade oncológica (no mesmo exemplo, gastroenterologia oncológica).

Acresce que existem diferenças ao nível do circuito do utente após a chegada do pedido de consulta consoante as unidades hospitalares. Em alguns casos, os prestadores referiram que, recebendo o pedido de consulta para uma especialidade geral, e existindo suspeita ou confirmação de doença oncológica, no momento da triagem do pedido o médico triador confere um nível de prioridade mais elevada ao doente, mas a primeira consulta mantém-se para a especialidade geral, pelo que do ponto de vista de reporte de atividade a partir de bases de dados, os sistemas de informação utilizados pelos prestadores não permitem a distinção dos doentes referenciados com suspeita ou confirmação de doença oncológica dos restantes. Só após a confirmação da doença oncológica, e existindo na unidade hospitalar a subespecialidade oncológica, é que o doente é encaminhado para essa subespecialidade, caso contrário mantém-se o seu seguimento na especialidade geral.

¹¹ Note-se que, embora o ponto 2.2 do anexo I da Portaria n.º 153/2017, de 4 de maio, preveja a atribuição da prioridade “Urgência Diferida” para as primeiras consultas hospitalares de doença oncológica, desde o início da monitorização periódica por parte da ERS não foi possível identificar a atribuição desta prioridade a nenhum utente, o que mais uma vez leva a crer que as consultas com suspeita de doença oncológica estejam a ser registadas indistintamente das restantes.

Noutros casos, os prestadores referiram que, rececionando um pedido de consulta com a indicação de existência de suspeita ou confirmação de doença oncológica, o pedido é retriado diretamente para uma subespecialidade oncológica.

Deste modo, sete prestadores informaram não conseguir fazer de todo a distinção entre as consultas com suspeita ou confirmação de doença oncológica e as restantes e 17 referiram só ser possível a identificação dos utentes com suspeita ou confirmação de doença oncológica se o pedido de consulta se realizasse para a especialidade de Oncologia Médica, algo que acontece com pouca frequência e que não é acessível a todas as unidades de cuidados de saúde primários, ou se fosse retriado para uma subespecialidade oncológica.

Note-se que, não obstante as insuficiências dos sistemas de informação que se acabou de descrever terem sido reportadas pela grande maioria dos prestadores, 17 não assinalaram explicitamente quaisquer dificuldades no reporte dos dados; todavia, o reduzido volume de atividade que foi reportado por estes prestadores sugere que não foi possível apurar a totalidade da atividade oncológica realizada.¹²

Já no caso das consultas originadas em pedidos internos, 15 dos prestadores inquiridos que declaram prestar cuidados de saúde na área de oncologia informaram não ser possível identificar a totalidade dos utentes em situação de doença oncológica suspeita ou confirmada, estando a distinção das consultas oncológicas das restantes dependente da sua realização a nível de uma subespecialidade oncológica.¹³ Concretamente, os prestadores conseguem reportar como sendo consultas com suspeita ou confirmação de doença oncológica aquelas que são realizadas na especialidade de Oncologia Médica ou em subespecialidades associadas a patologia oncológica (no mesmo exemplo, gastroenterologia oncológica), o que não corresponde ao universo total de consultas, na medida em que nem todas as especialidades têm subespecialidades oncológicas associadas. Note-se, adicionalmente, que se verifica heterogeneidade ao nível da existência de subespecialidades oncológicas nos diferentes hospitais, o que constitui um entrave adicional à análise do volume de atividade. Tome-se o exemplo de duas unidades hospitalares que no âmbito da RNEHR se classificam como unidades do tipo III, o Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, E.P.E., que reportou consultas com suspeita ou confirmação de doença oncológica realizadas por 12 subespecialidades, e o Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E.P.E., que apenas incluiu as consultas realizadas pela especialidade de Oncologia Médica, referindo não ser possível rastrear através do diagnóstico de patologia oncológica as restantes consultas.

¹² Destes, seis não reportaram consultas referenciadas pelos cuidados de saúde primários.

¹³ Dois dos prestadores inquiridos não prestam cuidados de saúde na área de oncologia. Os restantes 26 não identificaram dificuldades na distinção da atividade.

Adicionalmente, no caso dos pedidos de consulta internos, o sistema de informação utilizado pela generalidade dos prestadores de cuidados de saúde – Sistema Integrado de Informação Hospitalar (SONHO) – não permite o registo de prioridades, impedindo assim a análise do cumprimento do TMRG por prioridade.¹⁴

A par dos esclarecimentos que foram remetidos à ERS pelos prestadores, o reduzido número total de utentes referenciados pelos cuidados de saúde primários nos últimos três anos com suspeita ou confirmação de doença oncológica sugere que as limitações dos sistemas de informação não estarão a permitir a identificação de uma parte significativa dos utentes.

Tabela 1 – Atividade realizada com suspeita ou confirmação de doença oncológica

| | Primeiras consultas | Consultas subsequentes | Utentes referenciados pelos Cuidados de Saúde Primários | Cirurgias |
|-------------|---------------------|------------------------|---|-----------|
| 2018 | 91 499 | 525 161 | 6 378 | 33 997 |
| 2019 | 96 855 | 552 861 | 6 998 | 36 696 |
| 2020 | 87 846 | 539 686 | 7 355 | 34 422 |

Concretamente, verifica-se que o número de utentes referenciados pelos cuidados de saúde primários representa apenas cerca de 7% das primeiras consultas realizadas nos últimos três anos, o que conseqüentemente implicaria que 93% das consultas com suspeita ou confirmação de doença oncológica tivessem origem interna nos hospitais. Ora, comparando o volume de referenciações associados a doença oncológica com origem nos cuidados de saúde primários, com a realidade das restantes especialidades médicas, onde as primeiras consultas realizadas a pedido dos cuidados de saúde primários representam, em média, cerca de 40%¹⁵ das primeiras consultas realizadas a nível hospitalar, torna-se evidente que as dificuldades de registo que foram reportadas pelos prestadores de cuidados de saúde estão a levar a que muitas consultas não estejam a ser corretamente identificadas como associadas a doença oncológica.

De todo o exposto, torna-se evidente que as referidas limitações dos sistemas de informação obstaculizam a correta monitorização por parte da ERS, tanto no que se refere ao volume de

¹⁴ De facto, conforme a ERS constatou logo na fase de implementação da monitorização dos tempos de espera no SNS, em 2017, a informação que é passível de reporte por parte dos hospitais apenas permite o controlo do cumprimento dos TMRG no caso das consultas registadas no CTH que, como já se referiu, apenas abrange cerca de 40% das primeiras consultas realizadas. As restantes consultas, designadamente consultas intra-hospitalares, são registadas no SONHO, sendo certo que neste sistema faltam campos fundamentais (por exemplo, não existem as datas de todos os momentos-chave para o controlo dos TMRG, e não existe registo do nível de prioridade).

¹⁵ Média calculada tendo por base a identificação da percentagem de primeiras consultas registadas no sistema informático CTH, no total de primeiras consultas, realizadas em 2019. Note-se que tal como referido na informação de monitorização sobre os tempos de espera no SNS em 2019, esta percentagem apresenta alguma variabilidade no universo de hospitais. A referida informação de monitorização está disponível para consulta em: <https://www.ers.pt/pt/atividade/supervisao/selecionar/informacao-de-monitorizacao/>

atividade como ao cumprimento dos TMRG, colocando em causa o direito dos utentes ao acesso a cuidados de saúde em tempo útil.

Refira-se ainda que estas dificuldades de registo da atividade oncológica não se verificam apenas nas consultas, tendo igualmente sido reportadas à ERS dificuldades na distinção das cirurgias programadas no âmbito da doença oncológica.

Por exemplo, nos dados enviados pelo IPO do Porto no âmbito da monitorização dos tempos de espera, verificou-se a existência de registos de cirurgias do foro oncológico, como é o caso da braquiterapia, sem indicação de estarem relacionadas com doença oncológica para efeitos de controlo dos tempos de espera.

No caso do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E.P.E., também no âmbito da monitorização dos tempos de espera no SNS, o prestador informou que a separação das cirurgias oncológicas, feita apenas com base no indicador oncológico, pode não retratar a totalidade das cirurgias oncológicas.

No âmbito do presente estudo, o Hospital Senhora da Oliveira, E.P.E. informou também que a distinção entre as cirurgias oncológicas e as restantes, com base no indicador oncológico, pode não refletir de forma rigorosa as cirurgias oncológicas, uma vez que se baseia na classificação dos doentes com suspeita ou diagnóstico de cancro conhecido à data da cirurgia, podendo ou não vir a confirmar-se no exame anátomo-patológico.

De igual modo, o Hospital do Espírito Santo de Évora, E.P.E. informou que nem todas as cirurgias suspeitas de doença oncológica se confirmam como cirurgias oncológicas e que o SONHO não tem um campo para filtrar se o doente é oncológico ou não oncológico.

Não obstante todas as limitações referidas, e no que concretamente respeita o cumprimento dos TMRG, a ERS continua a monitorizar periodicamente o tempo de espera para acesso a primeira consulta de especialidade em situação de doença oncológica suspeita ou confirmada, tendo emitido uma recomendação ao Ministério da Saúde, no sentido de proceder à revisão da Portaria n.º 153/2017, de 4 de maio, garantindo que a mesma passa a definir TMRG para pedidos de primeira consulta de especialidade hospitalar, sejam internos (pedidos intra-hospitalares), sejam externos (pedidos inter-hospitalares efetuados entre diferentes hospitais do SNS), em conformidade com o previsto na alínea b) do n.º 1 do artigo 8.º da Portaria 147/2017, de 27 de abril, e ainda no sentido de proceder, conforme previsto no n.º 1 do artigo 26.º da Portaria n.º 147/2017, de 27 de abril, à regulamentação do Sistema Integrado de Gestão do Acesso (SIGA SNS).

A ERS recomendou ainda à ACSS e aos SPMS a alteração e adequação dos sistemas e procedimentos informáticos no sentido de permitir a tipificação de patologias oncológicas específicas no pedido de primeira consulta em situação de doença oncológica (suspeita ou confirmada), seja o pedido feito em sede de cuidados de saúde primários ou em sede intra/inter hospitalar, no respeito pelos TMRG definidos no ponto 2.2 do anexo I da Portaria n.º 153/2017, de 4 de maio, assim se assegurando a distinção inequívoca da patologia oncológica das demais patologias no pedido de consulta, bem como, no sentido de alterarem e adequarem os sistemas e procedimentos informáticos no sentido de permitir a tipificação específica dos procedimentos hospitalares cirúrgicos programados no âmbito da doença oncológica, no respeito pelos TMRG definidos no ponto 5.2 do anexo I da Portaria n.º 153/2017, de 4 de maio, assim se assegurando a distinção inequívoca das cirurgias no âmbito de doença oncológica das demais cirurgias. Recomendou ainda a adoção de medidas adequada no sentido de alterar e adequar os sistemas e procedimentos informáticos necessários ao registo, extração e controlo pelos ACES dos tempos de espera relativos a cada utente. A ERS recomendou ainda à ACSS e aos SPMS a alteração e adequação dos sistemas e procedimentos informáticos no sentido de passarem a ser efetivamente contabilizados todos os TMRG previstos na Portaria n.º 153/2017, de 4 de maio, designada e especialmente, os TMRG para realização de MCDT.

Por outro lado, foi igualmente emitida uma recomendação aos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde primários do SNS e aos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde hospitalares do SNS, no sentido de adotarem medidas para adequar o funcionamento das suas organizações à garantia do escrupuloso cumprimento da Lei n.º 15/2014, de 21 de março, e da Portaria n.º 153/2017, de 4 de maio, concretamente, dos TMRG aí legalmente definidos, e para garantia do registo de toda a informação necessária ao controlo do cumprimento dos TMRG. No que se refere à doença oncológica, a ERS recomendou aos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde primários do SNS a adoção de medidas que permitam, designadamente, registar e tipificar as situações de doença oncológica (suspeita ou confirmada) no momento do registo do pedido de primeira consulta de especialidade hospitalar, assim se assegurando a distinção inequívoca da patologia oncológica das demais patologias, no respeito pelos TMRG definidos no ponto 2.2.2 do Anexo I da Portaria n.º 153/2017, de 4 de maio. Aos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde hospitalares do SNS, a ERS recomendou a adoção de medidas que permitam registar e tipificar as situações de doença oncológica (suspeita ou confirmada) no momento da triagem do pedido de primeira consulta de especialidade hospitalar, assim se assegurando a distinção inequívoca da patologia oncológica das demais patologias, no respeito pelos TMRG definidos no ponto 2.2.2 do Anexo I da Portaria n.º 153/2017, de 4 de maio, bem como a adoção de medidas que permitam registar e tipificar os procedimentos hospitalares cirúrgicos programados no âmbito da doença oncológica, assim se assegurando a distinção inequívoca das cirurgias no âmbito

de doença oncológica das demais cirurgias, no respeito pelos TMRG definidos no ponto 5.2 do Anexo I da Portaria n.º 153/2017, de 4 de maio.

Desta forma, é assumido que os TMRG específicos para a doença oncológica são aplicáveis apenas às primeiras consultas da especialidade de oncologia médica realizadas a pedido dos cuidados de saúde primários, dado que nas restantes especialidades a distinção entre oncológico e não oncológico não é possível. Já no caso das primeiras consultas referenciadas para os IPO, o pressuposto é que existe suspeita de doença oncológica em todas as consultas de especialidade – só assim se justifica a referenciação de um utente para consulta para um IPO –, com exceção das especialidades de Risco Familiar e/ou Genética Médica.

No caso das cirurgias, a análise é realizada considerando a informação reportada pelos prestadores no campo 'Indicador Oncológico', sendo também incluídas as cirurgias em que não existem dúvidas sobre a existência de doença oncológica, como é o caso da braquiterapia.

Deste modo, atendendo às dificuldades de distinção reportadas, que conseqüentemente não permitem a comparação entre o volume de atividade dos prestadores, na parte da atividade hospitalar o presente estudo foca apenas nos três IPO, sendo assumidos os mesmos pressupostos que são utilizados nas informações de monitorização dos tempos de espera – existe suspeita de doença oncológica em todas as primeiras consultas de especialidade realizadas a pedido dos cuidados de saúde primários.

5. Impacto da pandemia na atividade oncológica

O presente capítulo tem como objetivo analisar o impacto da pandemia no acesso a cuidados de saúde de oncologia, através da comparação do volume de atividade realizada em 2020 e 2021 com o dos dois anos anteriores.

O capítulo abrange cuidados de saúde relacionados com o diagnóstico – onde se inserem os MCDT, os rastreios de base populacional e as primeiras consultas – e com cuidados centrados no tratamento da doença oncológica – incluindo consultas subsequentes e de telemedicina, cirurgias e sessões de radioterapia e quimioterapia.

Os dados analisados neste capítulo foram remetidos à ERS pelos três IPO e pelas cinco ARS, tendo também sido utilizada informação disponível no Portal da Transparência do SNS.¹⁶

5.1. Meios complementares de diagnóstico e terapêutica

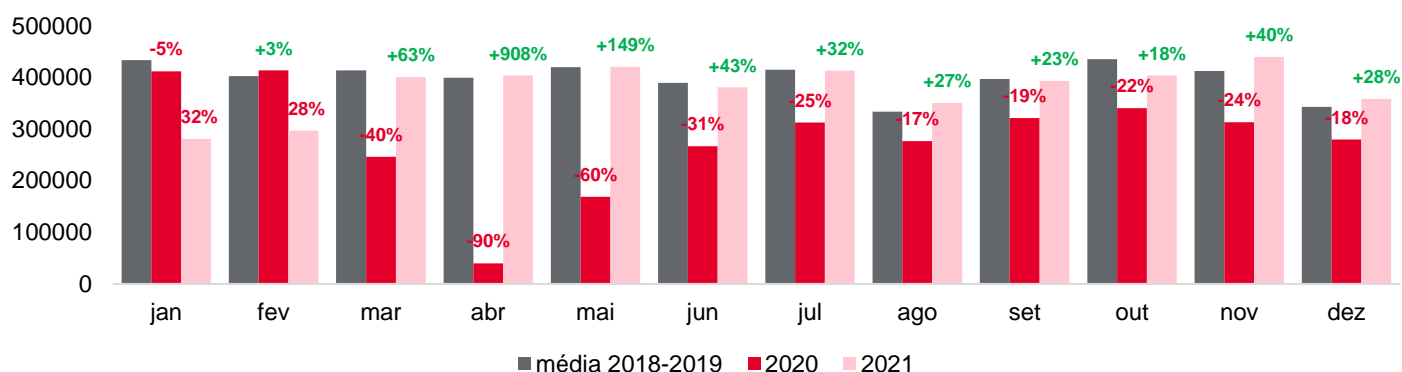
Recorrendo aos dados disponíveis no Portal da Transparência do SNS, em seguida analisa-se a evolução no volume de MCDT realizados em entidades convencionadas, comparando-se o número de requisições aviadas em 2020 e 2021 com a média mensal dos últimos dois anos.¹⁷ As áreas analisadas são as de radiologia, endoscopia gastroenterológica, anatomia patológica e medicina nuclear.¹⁸

Iniciando a análise pela área de radiologia, o gráfico seguinte reporta a evolução do número de requisições aviadas em 2020 e 2021 e permite concluir que, em comparação com a média dos anos anteriores, de março a dezembro de 2020 houve uma diminuição no número de MCDT realizados nesta área. Com efeito, de acordo com os dados disponíveis, a queda no número de requisições aviadas na área de radiologia começou a fazer-se sentir no mês de março, que coincidiu com o início da pandemia em Portugal, atingindo a maior diminuição em abril (-90%).

¹⁶ Acessível em <https://www.sns.gov.pt/transparencia/>.

¹⁷ Os dados utilizados nesta análise foram extraídos no dia 9 de maio de 2022.

¹⁸ A seleção destas áreas de MCDT relaciona-se com a sua relevância para o diagnóstico das doenças oncológicas.

Gráfico 14 – Evolução do número de requisições aviadas na área de radiologia


Da análise do gráfico é também possível observar a retoma da atividade a partir do mês de maio de 2020, embora nunca se atingindo, durante o ano de 2020, os níveis de atividade registados em 2019. Já em 2021, os primeiros dois meses do ano ainda registaram diminuições no número de requisições aviadas face aos meses homólogos de 2020. No entanto, os meses seguintes ficaram marcados por aumentos no valor do indicador, tendo-se assistido à aproximação aos valores de produção pré-pandemia.

A tabela seguinte reporta a variação observada em cada mês para cada uma das ARS. Para os meses de 2020, a variação é calculada relativamente à média mensal nos anos de 2018 e 2019. Já para os meses de 2021, a variação é calculada face ao ano de 2020.

Tabela 2 – Variação observada no número de MCDT da área de radiologia realizados por mês e ARS

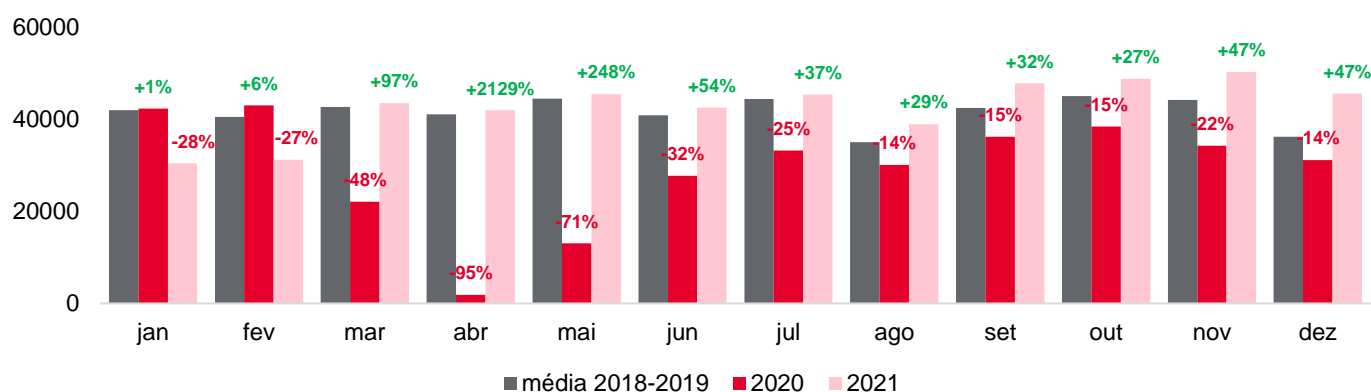
| | ARS Norte | ARS Centro | ARS LVT | ARS Alentejo | ARS Algarve | Total |
|--------|-----------|------------|---------|--------------|-------------|---------|
| jan/20 | -1,0% | +2,0% | -11,0% | -12,4% | -7,6% | -5,0% |
| fev/20 | +3,5% | +2,8% | +1,7% | +15,7% | -1,4% | +2,8% |
| mar/20 | -40,4% | -44,4% | -37,5% | -47,3% | -45,6% | -40,4% |
| abr/20 | -91,5% | -91,4% | -87,6% | -88,3% | -91,8% | -90,0% |
| mai/20 | -60,5% | -50,9% | -62,2% | -59,8% | -68,4% | -59,8% |
| jun/20 | -33,8% | -26,5% | -30,7% | -29,2% | -39,2% | -31,5% |
| jul/20 | -23,5% | -16,7% | -29,5% | -23,4% | -25,7% | -24,7% |
| ago/20 | -8,1% | -14,6% | -27,9% | -9,4% | -21,7% | -17,1% |
| set/20 | -17,3% | -17,5% | -21,2% | -21,7% | -24,2% | -19,1% |
| out/20 | -18,6% | -16,7% | -26,6% | -35,6% | -21,0% | -21,8% |
| nov/20 | -18,8% | -21,2% | -31,8% | -6,5% | -24,7% | -24,0% |
| dez/20 | -18,1% | -14,5% | -20,6% | -19,1% | -16,9% | -18,3% |
| jan/21 | -23,7% | -33,3% | -39,7% | -31,1% | -24,6% | -31,7% |
| fev/21 | -18,2% | -30,1% | -37,7% | -38,3% | -26,4% | -28,2% |
| mar/21 | +78,1% | +77,3% | +39,4% | +76,7% | +70,4% | +62,7% |
| abr/21 | +1169,8% | +1144,5% | +642,7% | +769,8% | +1033,1% | +907,6% |
| mai/21 | +174,1% | +119,9% | +136,2% | +159,5% | +188,2% | +149,1% |

| | ARS Norte | ARS Centro | ARS LVT | ARS Alentejo | ARS Algarve | Total |
|--------|-----------|------------|---------|--------------|-------------|--------|
| jun/21 | +49,1% | +43,1% | +34,1% | +53,3% | +49,9% | +42,6% |
| jul/21 | +35,1% | +27,3% | +31,6% | +29,6% | +30,1% | +32,1% |
| ago/21 | +19,6% | +31,0% | +36,0% | +13,6% | +18,9% | +26,7% |
| set/21 | +22,8% | +19,1% | +23,6% | +22,2% | +26,7% | +22,5% |
| out/21 | +21,7% | +14,9% | +15,2% | +50,6% | +13,5% | +18,4% |
| nov/21 | +35,5% | +47,6% | +47,7% | +17,1% | +11,2% | +40,3% |
| dez/21 | +32,7% | +17,6% | +28,8% | +25,1% | +20,4% | +27,9% |

Assim, conclui-se que, em 2020, os meses de março, abril e maio foram os que registaram maior diminuição no volume de MCDT realizados em todas as ARS. Para todas as regiões, a diminuição no número de requisições aviadas foi mais acentuada no mês de abril. Em 2021 assistiu-se a uma inversão da tendência, com aumentos expressivos em abril, face ao ano anterior.

De modo similar, também no caso da área das endoscopias gastroenterológicas se registou uma queda acentuada no número de MCDT realizados em entidades convencionadas de março a dezembro de 2020.

Gráfico 15 – Evolução do número de requisições aviadas na área das endoscopias gastroenterológicas



A maior diminuição no número de requisições aviadas em 2020 foi observada também em abril (-95%), com os meses seguintes a registarem variações gradualmente menores. Note-se que a variação registada em abril nesta área de MCDT foi a maior observada no conjunto de áreas analisadas.

Nos primeiros dois meses de 2021 também se registaram diminuições no número de requisições aviadas, face ao período homólogo de 2020, mas a tendência inverteu-se no mês de março.

No que respeita às variações observadas em cada ARS, os dados analisados revelam que em abril de 2020 as diminuições foram transversalmente muito acentuadas. Concretamente, a menor diminuição no número de MCDT realizados (-94,5%) foi registada na ARS Norte, tendo a ARS

Algarve registado uma queda de 100% no número de endoscopias gastroenterológicas realizadas em entidades convencionadas. Note-se ainda que, ao contrário das restantes ARS, no caso da ARS Algarve não se verificou uma retoma significativa da atividade no mês de maio.

A tendência de retoma na realização de endoscopias foi observada em todas as ARS a partir de março de 2021, ainda que, em alguns meses do ano de 2021, a ARS Alentejo e a ARS Algarve tenham apresentado alguns recuos face à tendência de evolução positiva observada globalmente.

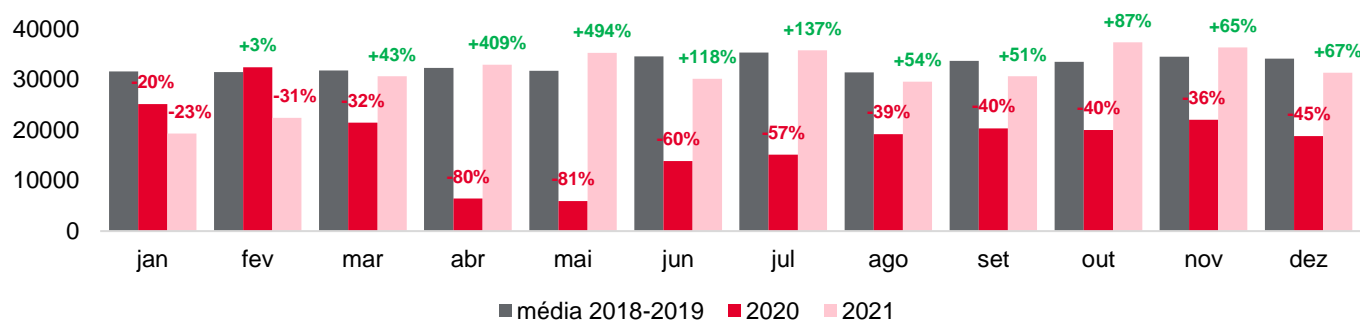
Tabela 3 – Variação observada no número de MCDT da área das endoscopias gastroenterológicas realizados por mês e por ARS

| | ARS Norte | ARS Centro | ARS LVT | ARS Alentejo | ARS Algarve | Total |
|--------|-----------|------------|----------|--------------|-------------|----------|
| jan/20 | +0,2% | -5,3% | +5,9% | +28,4% | +5,4% | +0,8% |
| fev/20 | +3,0% | +11,5% | +6,1% | +45,2% | +7,8% | +6,1% |
| mar/20 | -46,4% | -54,2% | -44,4% | -52,1% | -62,6% | -48,1% |
| abr/20 | -94,5% | -95,0% | -97,6% | -98,8% | -100,0% | -95,4% |
| mai/20 | -70,8% | -53,9% | -80,0% | -69,6% | -99,4% | -70,7% |
| jun/20 | -26,9% | -31,8% | -47,2% | +5,0% | -57,7% | -32,2% |
| jul/20 | -19,5% | -22,3% | -41,4% | -34,6% | -27,7% | -25,3% |
| ago/20 | -7,4% | -18,2% | -27,0% | -14,3% | -33,7% | -14,1% |
| set/20 | -8,9% | -22,5% | -22,0% | -9,3% | -24,2% | -14,7% |
| out/20 | -11,1% | -7,7% | -27,2% | -23,9% | -30,0% | -14,7% |
| nov/20 | -22,1% | -23,6% | -25,0% | -5,0% | -16,6% | -22,5% |
| dez/20 | -15,5% | -9,8% | -11,1% | -37,8% | -21,5% | -14,1% |
| jan/21 | -24,0% | -31,0% | -32,8% | -53,7% | -25,6% | -28,0% |
| fev/21 | -20,2% | -37,3% | -35,4% | -48,5% | -22,0% | -27,4% |
| mar/21 | +96,2% | +139,1% | +63,1% | +101,2% | +112,4% | +96,7% |
| abr/21 | +1810,2% | +1944,3% | +3700,5% | +8525,0% | - | +2129,0% |
| mai/21 | +262,3% | +150,5% | +326,2% | +207,5% | +13212,5% | +248,3% |
| jun/21 | +49,9% | +52,0% | +84,4% | -36,7% | +85,9% | +53,7% |
| jul/21 | +34,3% | +34,6% | +48,0% | +41,2% | +27,1% | +36,6% |
| ago/21 | +23,0% | +44,3% | +34,6% | +36,3% | +40,2% | +29,4% |
| set/21 | +34,8% | +36,6% | +25,6% | -25,3% | +26,5% | +32,0% |
| out/21 | +28,6% | +24,8% | +26,8% | +68,1% | -7,7% | +27,1% |
| nov/21 | +55,1% | +41,5% | +39,9% | -19,0% | +7,9% | +46,7% |
| dez/21 | +69,2% | +22,0% | +24,1% | +39,7% | -68,2% | +46,5% |

Quanto à área de anatomia patológica, o impacto da pandemia de COVID-19 também se começou a sentir no mês de março de 2020, tendo a maior variação negativa sido registada em maio (-81%). Da análise do gráfico conclui-se que, após três meses de diminuições sucessivamente maiores no número de MCDT realizados, a retoma da atividade se começou a sentir, ainda que lentamente, a partir de junho. No entanto, no mês de dezembro a tendência de retoma da atividade inverteu-se novamente, voltando a observar-se uma diminuição significativa no número de requisições aviaadas.

Em 2021, o número de requisições aviadas na área de anatomia patológica seguiu a mesma evolução das restantes áreas analisadas: os primeiros dois meses do ano ficaram marcados por diminuições no valor do indicador, tendo-se observado uma reversão desta tendência nos meses seguintes.

Gráfico 16 – Evolução do número de requisições aviadas na área de anatomia patológica



Quanto à variação observada no número de MCDT da área de anatomia patológica realizados por mês e por ARS, importa referir que as análises apresentadas não incluem a ARS Algarve, na medida em que os dados disponíveis suscitaram dúvidas quanto à sua coerência.¹⁹

Tabela 4 – Variação observada no número de MCDT da área de anatomia patológica realizados por mês e por ARS

| | ARS Norte | ARS Centro | ARS LVT | ARS Alentejo | Total |
|--------|-----------|------------|---------|--------------|---------|
| jan/20 | -17,7% | +1,0% | -29,7% | +79,9% | -20,3% |
| fev/20 | -2,3% | +39,1% | +3,6% | -81,9% | +23,8% |
| mar/20 | -35,0% | +10,5% | -38,8% | -83,3% | -32,3% |
| abr/20 | -73,6% | -78,2% | -89,4% | -91,2% | -56,7% |
| mai/20 | -81,5% | -69,4% | -84,1% | -98,4% | -78,4% |
| jun/20 | -54,3% | -40,4% | -75,0% | +24,3% | -59,9% |
| jul/20 | -53,4% | -43,1% | -67,6% | -38,2% | -57,5% |
| ago/20 | -25,8% | -36,6% | -57,2% | +18,4% | -38,6% |
| set/20 | -33,4% | -44,2% | -48,8% | +87,6% | -40,5% |
| out/20 | -34,3% | -46,0% | -47,5% | -50,0% | -40,2% |
| nov/20 | -24,5% | -41,3% | -50,7% | +30,2% | -36,2% |
| dez/20 | -41,1% | -51,9% | -49,2% | -11,4% | -50,0% |
| jan/21 | -10,1% | -18,6% | -41,0% | -21,0% | -23,2% |
| fev/21 | -25,1% | -37,4% | -39,7% | +1227,8% | -40,8% |
| mar/21 | +60,7% | +41,4% | +13,8% | +324,4% | +42,8% |
| abr/21 | +315,1% | +523,2% | +668,7% | +2087,5% | +135,2% |
| mai/21 | +530,2% | +400,6% | +457,4% | +10066,7% | +413,6% |
| jun/21 | +111,5% | +101,2% | +160,2% | -21,5% | +118,3% |
| jul/21 | +132,0% | +173,6% | +133,2% | -30,2% | +135,3% |

¹⁹ Concretamente, para os meses em que se esperava maior impacto da pandemia, observam-se aumentos com ordem de grandeza implausível, questão que será alvo de análise por parte da ERS.

| | ARS Norte | ARS Centro | ARS LVT | ARS Alentejo | Total |
|--------|-----------|------------|---------|--------------|--------|
| ago/21 | +42,7% | +109,5% | +62,2% | -56,5% | +53,8% |
| set/21 | +49,7% | +68,6% | +41,5% | +97,4% | +50,9% |
| out/21 | +74,9% | +137,9% | +86,0% | +317,5% | +86,5% |
| nov/21 | +65,4% | +45,5% | +78,4% | -22,4% | +64,8% |
| dez/21 | +58,4% | +119,6% | +62,9% | +44,1% | +65,8% |

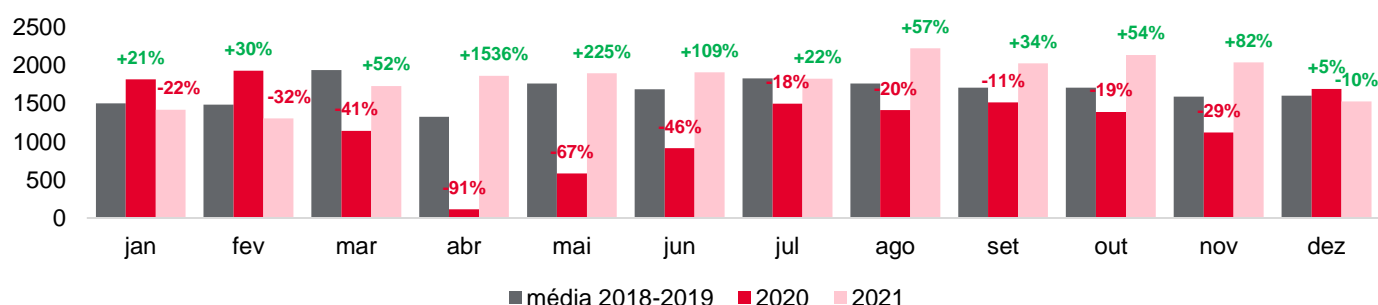
Assim, dos resultados apresentados constata-se que, embora existam algumas diferenças entre regiões, a diminuição no volume de MCDT realizados foi mais expressiva nos meses de abril e maio de 2020, e transversal às várias ARS.

A nível regional, em 2021, o número de requisições aviadas nas ARS Norte e Centro registou uma evolução semelhante à ocorrida para as restantes áreas analisadas. No caso da ARS Alentejo, a variação ao longo de 2021 revelou alguma heterogeneidade: concretamente, registaram-se diminuições no número de requisições aviadas em janeiro, junho, julho, agosto e novembro, tendo nos restantes meses do ano ocorrido aumentos.

Relativamente aos MCDT da área de medicina nuclear, como pode ser observado no gráfico seguinte, a evolução do número de requisições aviadas foi semelhante à das restantes áreas analisadas, com o impacto da pandemia a fazer-se sentir logo a partir do mês de março de 2020 e com maior diminuição percentual no número de exames realizados no mês de abril desse mesmo ano.

Em 2021, à semelhança das restantes áreas, observou-se uma diminuição no número de requisições aviadas nos primeiros dois meses do ano, tendo a tendência invertido a partir de março.

Gráfico 17 – Evolução do número de requisições aviadas na área de medicina nuclear



Quanto à variação observada em cada ARS, embora se tenham verificado algumas diferenças nos meses analisados, com exceção do Alentej o mês de abril de 2020 foi o que registou a maior diminuição no volume de MCDT realizados na área de medicina nuclear. Já na ARS Alentejo, a maior variação foi observada em julho.

Em 2021 também se verificou a existência de algumas diferenças na variação mensal entre ARS, embora a tendência tenha sido maioritariamente de aumento face a igual período do ano anterior.

Tabela 5 – Variação observada no número de MCDT da área medicina nuclear realizados por mês e por ARS

| | ARS Norte | ARS Centro | ARS LVT | ARS Alentejo | ARS Algarve | Total |
|--------|-----------|------------|----------|--------------|-------------|----------|
| jan/20 | +36,1% | +25,3% | +10,5% | +18,4% | +13,0% | +20,8% |
| fev/20 | +26,3% | +39,0% | +26,7% | +8,5% | +33,3% | +29,7% |
| mar/20 | -1,0% | -58,2% | -42,6% | -20,7% | -28,3% | -41,1% |
| abr/20 | -87,9% | -97,9% | -86,9% | -74,2% | -96,6% | -91,4% |
| mai/20 | -69,7% | -40,3% | -81,5% | -71,9% | -88,1% | -67,0% |
| jun/20 | -74,2% | -30,7% | -32,3% | -60,0% | -25,0% | -45,8% |
| jul/20 | -37,1% | +8,1% | -24,4% | -81,1% | -25,9% | -18,1% |
| ago/20 | -20,2% | -12,5% | -26,0% | +56,8% | -28,0% | -19,8% |
| set/20 | -28,3% | +10,1% | -17,3% | +7,9% | -18,4% | -11,2% |
| out/20 | -30,6% | -3,6% | -23,3% | +18,5% | -48,0% | -18,7% |
| nov/20 | +0,3% | -83,1% | -13,8% | +3,8% | -16,7% | -29,5% |
| dez/20 | -12,2% | +90,8% | -28,4% | -48,1% | -64,4% | +5,4% |
| jan/21 | -22,8% | -2,2% | -34,7% | -51,7% | -57,7% | -21,8% |
| fev/21 | -43,7% | -10,4% | -37,5% | -53,1% | -85,7% | -32,2% |
| mar/21 | +20,4% | +75,1% | +66,6% | +0,0% | -31,6% | +51,7% |
| abr/21 | +785,7% | +5554,5% | +1461,2% | +600,0% | +1500,0% | +1536,0% |
| mai/21 | +326,8% | +119,7% | +378,7% | +250,0% | +400,0% | +225,4% |
| jun/21 | +118,4% | +133,3% | +87,8% | +69,2% | +40,0% | +108,6% |
| jul/21 | +29,1% | -9,7% | +52,3% | +210,0% | +40,0% | +21,7% |
| ago/21 | +26,3% | +102,6% | +38,4% | +69,0% | +66,7% | +57,4% |
| set/21 | +45,8% | +24,1% | +39,8% | -17,6% | +30,0% | +33,7% |
| out/21 | +56,4% | +68,8% | +43,9% | -18,8% | +0,0% | +53,6% |
| nov/21 | -12,9% | +901,3% | +50,1% | -25,9% | +40,0% | +81,7% |
| dez/21 | -33,4% | -29,5% | +34,1% | +35,0% | +25,0% | -9,7% |

5.2. Rastreios

Nesta matéria, os dados analisados foram remetidos à ERS pelas cinco ARS e referem-se ao número de utentes convocados para realização de rastreio e ao número de utentes efetivamente rastreados ao longo dos últimos quatro anos. Na análise inclui-se o rastreio do cancro da mama, do útero e do cólon e reto.

No que respeita a evolução mensal do número de utentes convocados e efetivamente rastreados, não foi possível considerar a ARS Centro devido a esta entidade ter remetido dados agregados por semestre, impossibilitando assim a análise mensal. Pelo mesmo motivo, e no caso concreto do rastreio do cancro da mama, não é incluída na análise a ARS LVT.

Cancro da mama

De acordo com a tabela *infra*, em 2020 o número de utentes convocadas para realização de rastreio do cancro da mama diminuiu cerca de 41% face a igual período de 2019. Note-se que a redução no número de utentes convocadas para rastreio foi transversal a todas as ARS, tendo a maior variação sido registada na ARS Norte e a menor na ARS Centro²⁰.

Tabela 6 – Número de utentes convocadas para rastreio de cancro da mama, por ARS

| | 2018 | Δ (2018-2019) | 2019 | Δ (2019-2020) | 2020 | Δ (2020-2021) | 2021 |
|--------------|----------------|------------------|----------------|------------------|----------------|------------------|----------------|
| ARS Norte | 365 861 | -10,3% | 328 035 | -59,0% | 134 551 | +120,8% | 297 078 |
| ARS Centro | 126 866 | +1,8% | 129 208 | -3,0% | 125 391 | +16,1% | 145 548 |
| ARS LVT | 60 867 | -20,0% | 48 700 | -14,4% | 41 689 | +406,9% | 211 328 |
| ARS Alentejo | 50 991 | -10,3% | 45 719 | -40,3% | 27 278 | +115,2% | 58 709 |
| ARS Algarve | 29 129 | +2,0% | 29 702 | -49,8% | 14 908 | +10,9% | 16 530 |
| Total | 633 714 | -8,3% | 581 364 | -40,9% | 343 817 | +112,1% | 729 193 |

Por outro lado, em 2021 observou-se um aumento no número de utentes convocadas para rastreio. Nas ARS Centro, LVT e Alentejo, ao contrário das ARS Norte e Algarve, o número de utentes convocadas registou valores superiores aos observados nos anos anteriores à pandemia.

Importa ainda referir que, em 2020, e conforme pode ser observado na tabela seguinte, a diminuição observada no número de utentes efetivamente rastreadas (44,2%) foi superior à diminuição no número de utentes convocadas (40,9%).

Adicionalmente, destaca-se o número de utentes rastreadas em 2021 que, embora tenha registado um valor superior aos observados nos anos anteriores e representado um aumento de 104,9% face a 2020, não foi tão expressivo como o aumento no número de utentes convocadas (112,1%).

Tabela 7 – Número de rastreios do cancro da mama realizados, por ARS

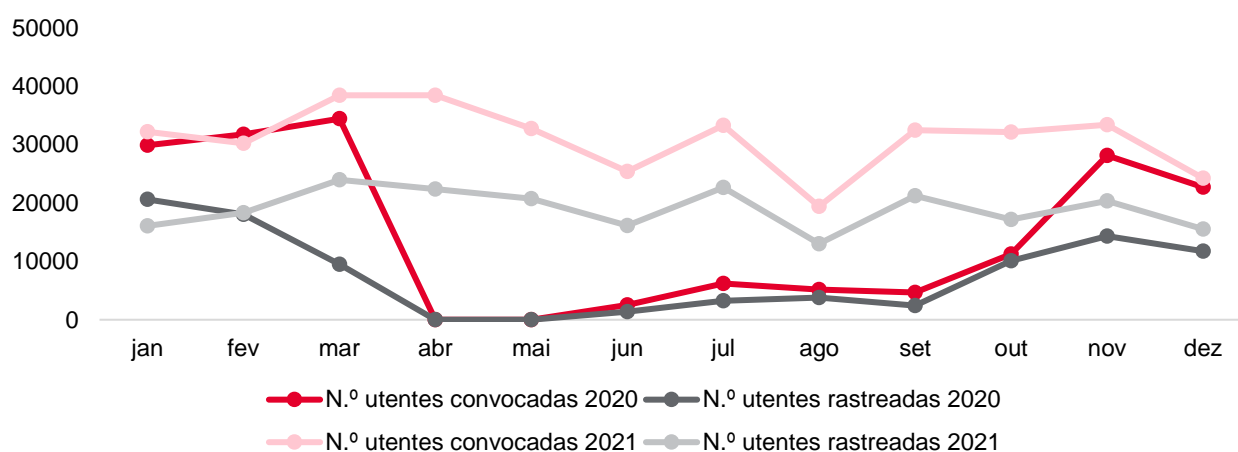
| | 2018 | Δ (2018-2019) | 2019 | Δ (2019-2020) | 2020 | Δ (2020-2021) | 2021 |
|--------------|----------------|------------------|----------------|------------------|----------------|------------------|----------------|
| ARS Norte | 185 238 | +1,7% | 188 311 | -61,9% | 71 771 | +151,5% | 180 538 |
| ARS Centro | 81 852 | +5,2% | 86 084 | -12,5% | 75 284 | +38,0% | 103 886 |
| ARS LVT | 33 684 | -10,5% | 30 164 | -23,6% | 23 042 | +182,5% | 65 092 |
| ARS Alentejo | 28 303 | -15,6% | 23 874 | -40,0% | 14 331 | +131,8% | 33 220 |
| ARS Algarve | 16 701 | +10,5% | 18 455 | -50,8% | 9 078 | +52,3% | 13 830 |
| Total | 345 778 | +0,3% | 346 888 | -44,2% | 193 506 | +104,9% | 396 566 |

²⁰ No caso da ARS Norte, a diminuição na atividade de rastreios estará também associada ao fim, em janeiro de 2020, do acordo de cooperação entre esta ARS e a Liga Portuguesa Contra o Cancro para a realização de rastreios do cancro da mama, e à demora na celebração de novo protocolo, uma vez que a respetiva autorização para realização de despesa ocorreu apenas em 24 de setembro de 2020 e a reativação do acordo ocorreu no dia 12 de outubro de 2020.

Em 2020, a ARS Norte foi a região que registou a maior diminuição no número de rastreios do cancro da mama realizados (-61,9%), face a 2019, seguindo-se a ARS Algarve (-50,8%).

Por outro lado, em 2021, ao contrário das ARS Norte e Algarve, as ARS Centro, LVT e Alentejo registaram números de utentes rastreadas superiores aos observados nos anos anteriores à pandemia.

Gráfico 18 – Número de utentes convocadas e rastreadas para o cancro da mama, por mês



Considerando apenas os dados das regiões do Norte, Algarve e Alentejo – uma vez que apenas estes permitem a análise da evolução no número de rastreios por mês –, o gráfico 18 reporta a evolução observada no número de utentes convocadas e rastreadas ao longo de 2020 e 2021, e permite concluir que nos meses de abril e maio de 2020 não foram realizados rastreios do cancro da mama nestas regiões de saúde.

Embora nos meses seguintes se tenha verificado uma retoma da atividade de rastreios, o número de exames realizados foi substancialmente mais baixo do que o observado nos primeiros dois meses do ano de 2020. Apenas nos últimos dois meses do ano, o número de utentes convocadas para rastreio aumentou significativamente, tendo também aumentado o número de utentes rastreadas.

Em 2021, com exceção do número de utentes rastreadas e convocadas em janeiro e fevereiro, respetivamente, o número de utentes convocadas e rastreadas aumentou em todos os meses, face ao observado no ano anterior.

Cancro do útero

Relativamente ao cancro do útero, o número de utentes convocadas em 2020 para realização de rastreio diminuiu nas cinco ARS, tendo-se no global registado uma redução de cerca de 50% utentes face a 2019. A nível regional, a maior variação verificou-se na ARS Alentejo (-56,8%).

Em 2021, embora no global se tenha observado um aumento no número de utentes convocadas para rastreio do cancro do útero (+84,2%), nas ARS Centro, Alentejo e Algarve o número de utentes convocadas manteve-se em níveis inferiores ao observado em 2018 e 2019.

Tabela 8 – Número de utentes convocadas para rastreio de cancro do útero, por ARS

| | 2018 | Δ (2018-2019) | 2019 | Δ (2019-2020) | 2020 | Δ (2020-2021) | 2021 |
|--------------|----------------|-------------------------|----------------|-------------------------|----------------|-------------------------|----------------|
| ARS Norte | 120 531 | +2,1% | 123 077 | -50,9% | 60 390 | +112,1% | 128 110 |
| ARS Centro | 144 477 | -17,0% | 119 863 | -48,9% | 61 288 | +45,8% | 89 345 |
| ARS LVT | 23 142 | +94,5% | 45 020 | -52,1% | 21 555 | +135,4% | 50 735 |
| ARS Alentejo | 18 106 | +5,1% | 19 037 | -56,8% | 8 215 | +44,3% | 11 852 |
| ARS Algarve | 8 782 | -10,4% | 7 871 | -40,9% | 4 655 | +60,8% | 7 483 |
| Total | 315 038 | -0,1% | 314 868 | -50,4% | 156 103 | +84,2% | 287 525 |

Em 2020, como se pode observar na tabela seguinte, observou-se uma redução menos acentuada no número de rastreios efetivamente realizados do que no número de utentes convocadas. No entanto, verificaram-se diferenças entre regiões – por exemplo, no caso da ARS Norte a redução no número de rastreios realizados foi maior do que a redução no número de utentes convocadas; já no caso da ARS Centro, a redução no número de rastreios realizados foi significativamente menor. No total, face a 2019, observou-se uma redução no número de rastreios realizados de cerca de 43%.

Já em 2021, o aumento do número de utentes rastreadas foi superior ao aumento do número de utentes convocadas. Ao contrário das ARS Alentejo e do Algarve, as ARS Norte, Centro e LVT alcançaram em 2021 valores mais elevados de utentes rastreadas do que em 2018 e 2019.

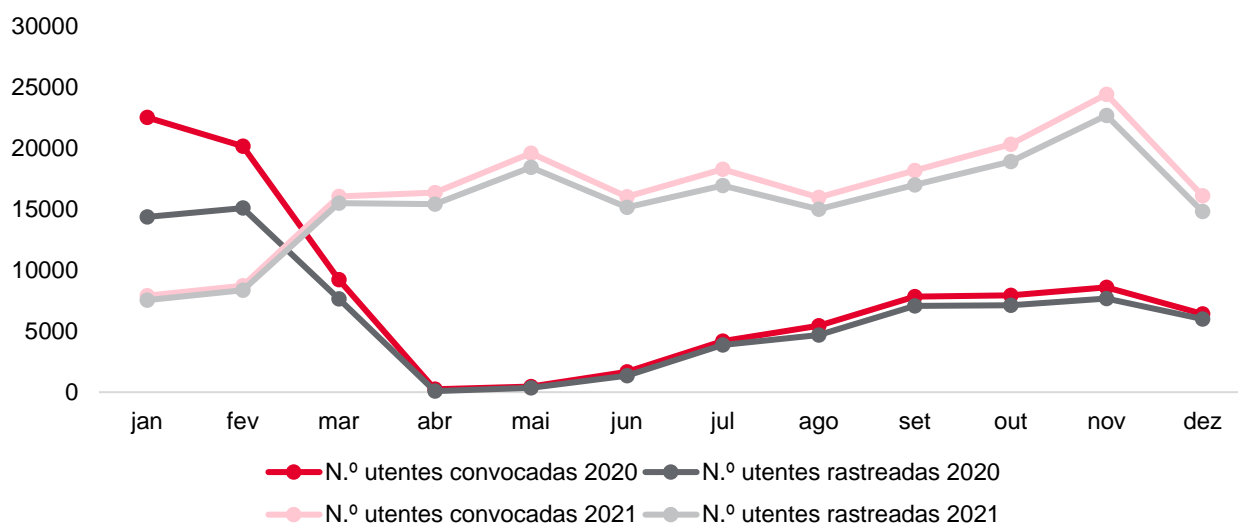
Tabela 9 – Número de rastreios do cancro do útero realizados, por ARS

| | 2018 | Δ (2018-2019) | 2019 | Δ (2019-2020) | 2020 | Δ (2020-2021) | 2021 |
|--------------|----------------|-------------------------|----------------|-------------------------|----------------|-------------------------|----------------|
| ARS Norte | 102 715 | +6,6% | 109 502 | -59,6% | 44 245 | +171,3% | 120 055 |
| ARS Centro | 70 126 | -2,9% | 68 121 | -7,1% | 63 289 | +34,9% | 85 351 |
| ARS LVT | 21 592 | +96,8% | 42 488 | -53,5% | 19 749 | +144,9% | 48 369 |
| ARS Alentejo | 16 611 | -6,3% | 15 566 | -55,9% | 6 858 | +50,1% | 10 292 |
| ARS Algarve | 8 357 | -10,9% | 7 446 | -38,3% | 4 592 | +57,4% | 7 228 |
| Total | 219 401 | +10,8% | 243 123 | -42,9% | 138 733 | +95,6% | 271 295 |

Também no caso do cancro do útero se observou uma redução no número de utentes convocadas e rastreadas de março a dezembro de 2020, tendo os meses de abril e maio sido os que registaram os valores mais baixos de utentes convocadas – 238 e 454 – e de rastreios realizados – 89 e 364 –, respetivamente. Embora se tenha observado, a partir de junho, uma retoma progressiva do número de exames realizados, o valor observado em dezembro ainda era bastante inferior aos registados nos primeiros dois meses do ano.

A partir de março de 2021, o número mensal de utentes convocadas e rastreadas registou valores superiores aos observados em 2020.

Gráfico 19 – Número de utentes convocadas e rastreadas para o cancro do útero, por mês



Cancro do cólon e reto

De modo similar ao verificado nos outros rastreios, também no caso do cancro do cólon e reto se verificou uma redução no número de utentes convocados para realizar rastreios em 2020.

Assim, entre janeiro e dezembro de 2020 foram convocados 246.573 utentes, o que corresponde a uma redução de 36,5% face a 2019, destacando-se a variação observada para a ARS Algarve (-92,9%). A ARS Centro foi a que registou a menor variação no número de utentes convocados para rastreio, comparativamente com o ano anterior.

Tabela 10 – Número de utentes convidados para rastreio de cancro do cólon e reto, por ARS

| | 2018 | Δ (2018-2019) | 2019 | Δ (2019-2020) | 2020 | Δ (2020-2021) | 2021 |
|--------------|----------------|-------------------------|----------------|-------------------------|----------------|-------------------------|----------------|
| ARS Norte | 76 806 | +235,8% | 257 943 | -23,0% | 198 728 | +56,3% | 310 536 |
| ARS Centro | 23 563 | +63,1% | 38 443 | -20,0% | 30 740 | +18,7% | 36 494 |
| ARS LVT | 685 | +5093,4% | 35 575 | -66,7% | 11 832 | +79,2% | 21 206 |
| ARS Alentejo | 7 478 | -100,0% | 0 | - | 1 305 | +210,3% | 4 050 |
| ARS Algarve | 14 902 | +277,7% | 56 283 | -92,9% | 3 968 | +232,0% | 13 175 |
| Total | 123 434 | +214,5% | 388 244 | -36,5% | 246 573 | +56,3% | 385 461 |

Em 2021, observou-se um aumento superior a 56% face a 2020 no número de utentes convocados para rastreio do cancro do cólon e reto, com aumentos em todas as ARS, mas mais expressivos na ARS Alentejo e na ARS Algarve. Comparando o ano de 2021 com os anos anteriores à pandemia, apenas a ARS Norte apresentou um aumento face aos valores observados em ambos os anos.

A tabela abaixo reporta o número de utentes efetivamente rastreados nos últimos quatro anos, por ARS.

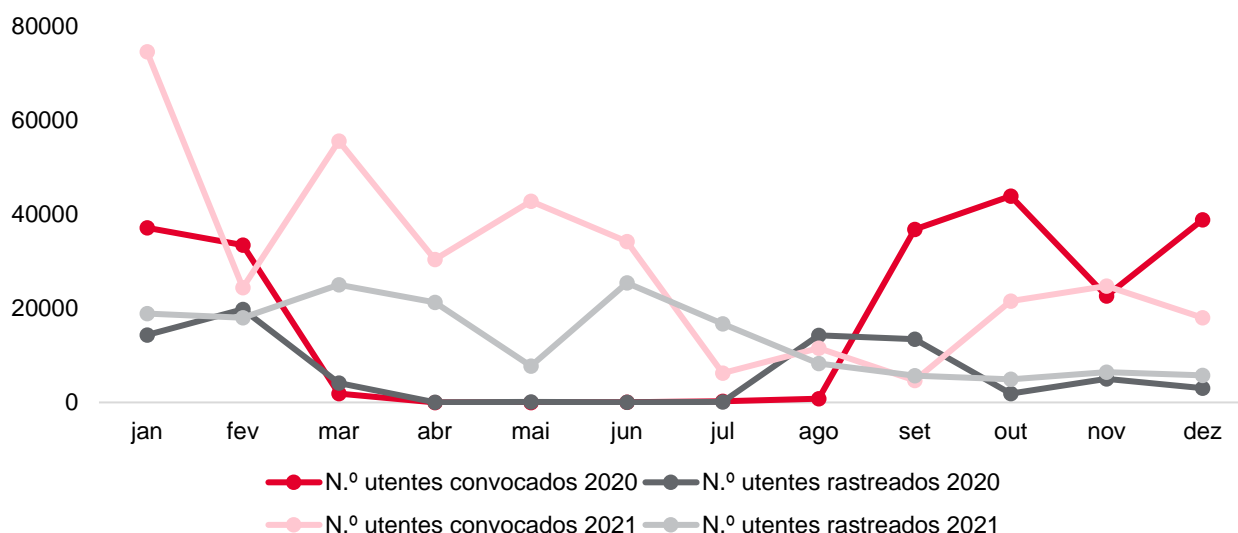
Tabela 11 – Número de rastreios do cancro do cólon e reto realizados, por ARS

| | 2018 | Δ (2018-2019) | 2019 | Δ (2019-2020) | 2020 | Δ (2020-2021) | 2021 |
|--------------|---------------|-------------------------|----------------|-------------------------|---------------|-------------------------|----------------|
| ARS Norte | 10 773 | +489,5% | 63 504 | +5,4% | 66 954 | +116,4% | 144 870 |
| ARS Centro | 14 557 | +70,6% | 24 837 | -14,4% | 21 250 | +90,7% | 40 527 |
| ARS LVT | 38 | +56150,0% | 21 375 | -65,0% | 7 481 | +105,1% | 15 342 |
| ARS Alentejo | 3 670 | - | 0 | - | 998 | +198,0% | 2 974 |
| ARS Algarve | 3 685 | +235,8% | 12 374 | -93,1% | 858 | +18,8% | 1 019 |
| Total | 32 723 | +273,1% | 122 090 | -20,1% | 97 541 | +109,9% | 204 732 |

De acordo com os dados reportados pelas ARS à ERS, em 2020 o número de utentes convocados para realização de rastreio do cancro do cólon e reto diminuiu cerca de 20%, face a igual período de 2019. A maior diminuição verificou-se na região do Algarve (-93,1%), seguindo-se a região de Lisboa e Vale do Tejo. Ao contrário do verificado para as restantes ARS, na região Norte verificou-se um aumento do número de rastreios realizados.

Já em 2021, o número de utentes rastreados aumentou face ao ano anterior e face aos valores observados em 2018 e 2019. No entanto, o aumento face aos valores observados em 2019 decorreu apenas do aumento do número de utentes rastreados na região Norte e o Centro.

Gráfico 20 – Número de utentes convidados e rastreados para o cancro do cólon e reto, por mês



A análise da evolução mensal permite concluir que a diminuição no número de utentes rastreados, em 2020, se fez sentir entre março e julho, tendo os meses de agosto e setembro registado um volume de atividade próximo do observado nos primeiros meses de 2020. No entanto, entre outubro e dezembro voltou a verificar-se uma diminuição acentuada no número de rastreios realizados. Por outro lado, o número de utentes convocados diminuiu entre março e agosto de 2020, tendo existido um crescimento muito acentuado nos meses seguintes.

No primeiro semestre de 2021, o número de utentes convocados foi substancialmente superior ao registado em 2020, tendo-se observado nos meses seguintes uma redução no valor do indicador. Por outro lado, nos primeiros sete meses do ano de 2021, o número de utentes rastreados aumentou significativamente face ao ano anterior. No entanto, em agosto e setembro o número de rastreios ficou abaixo do observado em 2020.

5.3. Referenciações dos cuidados primários

Relativamente às referenciações de utentes realizadas pelos cuidados de saúde primários, os dados analisados na presente secção foram remetidos à ERS pelos três IPO e referem-se ao número de utentes referenciados para primeira consulta nestes estabelecimentos.

A tabela seguinte apresenta as variações observadas no número total de referenciações nos últimos quatro anos.

Tabela 12 – Referenciações dos Cuidados de Saúde Primários para primeira consulta nos IPO

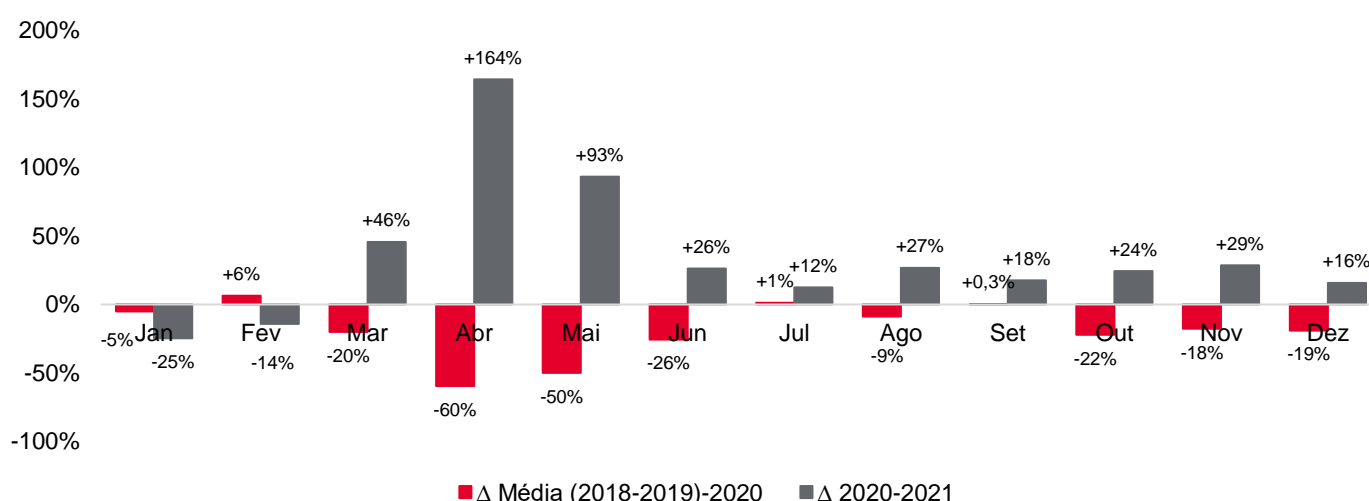
| | 2018 | Δ (2018-2019) | 2019 | Δ (2019-2020) | 2020 | Δ (2020-2021) | 2021 |
|--------------|---------------|-------------------------|---------------|-------------------------|---------------|-------------------------|---------------|
| IPOP | 6 029 | +0,9% | 6 084 | -16,6% | 5 076 | +20,0% | 6 091 |
| IPOC | 5 415 | +0,9% | 5 465 | -11,8% | 4 822 | +26,6% | 6 105 |
| IPOL | 4 861 | -5,0% | 4 616 | -29,5% | 3 255 | +29,0% | 4 200 |
| Total | 16 305 | -0,9% | 16 165 | -18,6% | 13 153 | +24,7% | 16 396 |

Dos resultados, conclui-se que, comparativamente com 2019, em 2020 houve uma queda de 18,6% no número de utentes referenciados pelos cuidados de saúde primários para os IPO, que se segue a uma variação negativa de 0,9% registada entre 2018 e 2019. Comparativamente com igual período de 2019, destaca-se a variação registada pelo IPO de Lisboa (-29,5%).

Em 2021, 16.396 utentes foram referenciados para primeira consulta nos IPO, o que corresponde a um aumento face ao ano anterior de 24,7%. Em comparação com 2018 e 2019, o número de referenciações também registou ligeiros aumentos, com exceção do observado no IPO de Lisboa.

O gráfico seguinte mostra, por um lado, a variação mensal no número de referenciações em 2020, comparativamente com o número médio mensal de referenciações realizadas pelos cuidados de saúde primários nos últimos dois anos e, por outro, a variação mensal no número de referenciações em 2021 face a 2020.

Gráfico 21 – Evolução no número de referenciações para primeira consulta nos IPO



Da análise do gráfico, conclui-se que a diminuição nas referenciações se começou a fazer sentir logo em março de 2020, com os meses de abril e maio a registarem as maiores quedas no número de utentes referenciados. Embora os valores observados nos meses seguintes demonstrem alguma

retoma de atividade, a partir de outubro observou-se novo agravamento do indicador, coincidindo com o início da segunda vaga de COVID-19 em Portugal.

A este respeito, importa referir que, em resposta ao pedido de informação remetido pela ERS em 2020, o IPO do Porto definiu a redução da referenciação como sendo a grande limitação atual à expansão da atividade, salientando que, com a diminuição no número de doentes referenciados de outras unidades de saúde neste período da pandemia, seria expectável que, posteriormente, se verificasse um aumento anormal no número de novos doentes referenciados, o que criaria ainda mais pressão sobre os serviços, que teriam que dar resposta a uma entrada extraordinária de doentes.

Ora, de facto 2021 registou um número total de referenciações superior ao observado nos anos anteriores à pandemia, sendo possível constatar que, a partir de março, o número de utentes referenciados foi em todos os meses superior ao observado em 2020, com destaque para os meses de março, abril e maio.

5.4. Primeiras consultas hospitalares

Em 2020, os IPO realizaram 107.737 primeiras consultas médicas na presença do utente, o que corresponde a uma diminuição de cerca de 24% no número de consultas realizadas face a 2019. Constata-se que a redução no número de primeiras consultas foi transversal aos três IPO, tendo sido o IPO de Lisboa o que registou a maior variação (-29%). Esta diminuição no número de primeiras consultas realizadas contrasta com o aumento verificado entre 2018 e 2019.

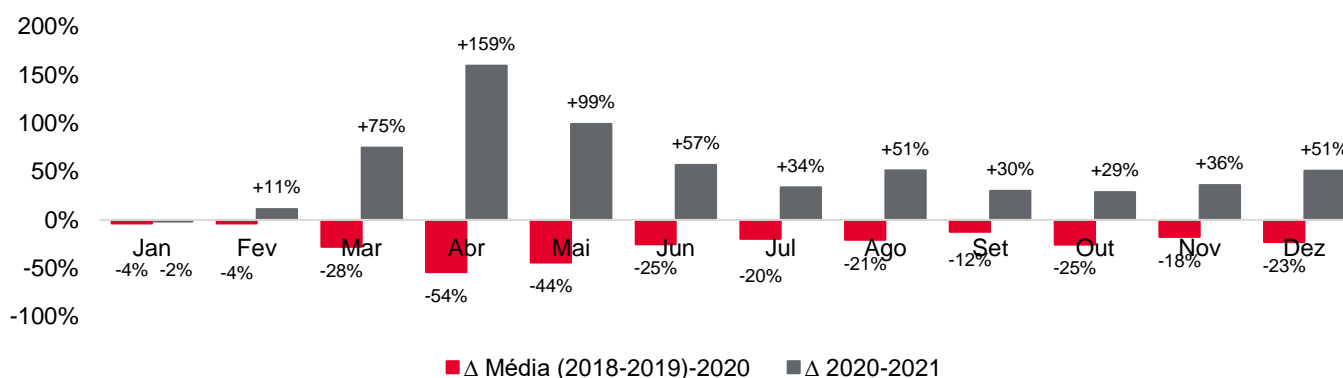
Tabela 13 – Primeiras consultas realizadas pelos IPO

| | 2018 | Δ (2018-2019) | 2019 | Δ (2019-2020) | 2020 | Δ (2020-2021) | 2021 |
|--------------|----------------|-------------------------|----------------|-------------------------|----------------|-------------------------|----------------|
| IPOP | 74 542 | +1,5% | 75 638 | -23,8% | 57 600 | +67,3% | 96 371 |
| IPOC | 21 545 | +3,9% | 22 384 | -14,6% | 19 105 | +10,2% | 21 049 |
| IPOL | 41 736 | +4,7% | 43 709 | -29,0% | 31 032 | +23,0% | 38 155 |
| Total | 137 823 | +2,8% | 141 731 | -24,0% | 107 737 | +44,4% | 155 575 |

Já em 2021, foram realizadas 155.575 primeiras consultas, o que corresponde a um aumento de cerca de 44% face a 2020, estando este aumento em linha com a variação observada no número de utentes referenciados. Embora esta variação positiva tenha ocorrido em todos os IPO, o IPO do Porto foi o que registou o maior aumento no número de consultas. Comparando com os anos anteriores à pandemia, os IPO de Coimbra e de Lisboa mantiveram níveis de atividade inferiores.

A evolução do número de primeiras consultas realizadas é apresentada no gráfico seguinte, correspondendo as variações percentuais apresentadas à diferença entre o número de consultas realizadas em cada mês de 2020 e o número médio mensal de consultas realizadas nos últimos dois anos; e à diferença entre o número de consultas realizadas em 2021 e de consultas realizadas em 2020.

Gráfico 22 – Evolução das primeiras consultas realizadas pelos IPO



À semelhança do constatado para as referenciações, também no caso das primeiras consultas o impacto da pandemia começou a fazer-se sentir em março de 2020, com uma diminuição de 28% no número de consultas realizadas face ao número médio mensal de consultas dos dois anos anteriores. Os meses de abril e maio foram os que registaram maior diminuição de atividade – 54% e 44%, respetivamente.

A partir de fevereiro de 2021 começaram a registar-se aumentos significativos no número de primeiras consultas realizadas, o que evidencia a retoma da atividade relativa a esta tipologia de cuidados.

5.5. Consultas subsequentes e consultas de telemedicina

Relativamente às consultas médicas subsequentes realizadas na presença do doente, a tabela seguinte reporta o número de consultas realizadas pelos três IPO nos últimos quatro anos.

Tabela 14 – Consultas subsequentes realizadas nos IPO

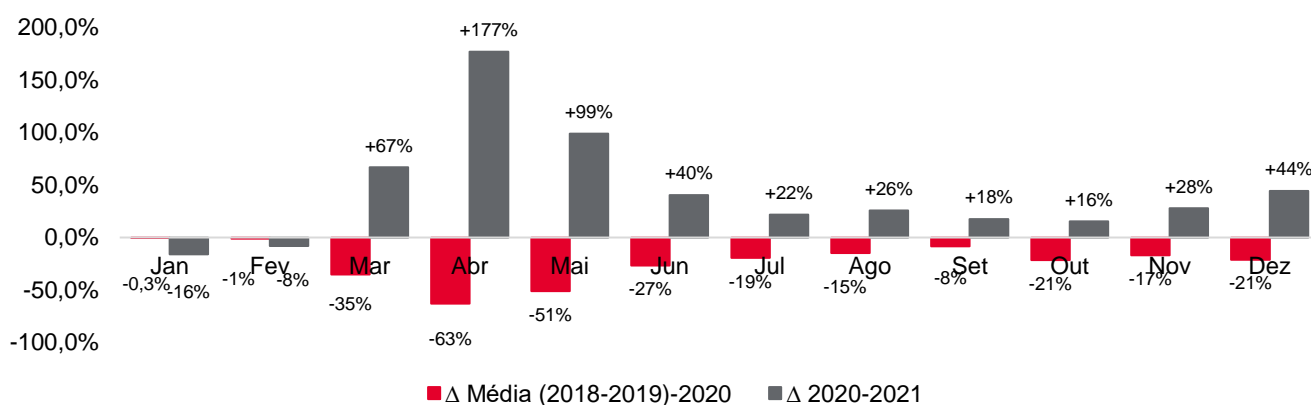
| | 2018 | Δ (2018-2019) | 2019 | Δ (2019-2020) | 2020 | Δ (2020-2021) | 2021 |
|--------------|----------------|---------------|----------------|---------------|----------------|---------------|----------------|
| IPOP | 190 279 | -0,6% | 189 167 | -24,3% | 143 261 | +53,5% | 219 869 |
| IPOC | 99 733 | +4,3% | 104 018 | -12,8% | 90 746 | +13,7% | 103 222 |
| IPOL | 200 525 | -0,2% | 200 052 | -28,5% | 142 940 | +19,1% | 170 215 |
| Total | 490 537 | +0,6% | 493 237 | -23,6% | 376 947 | +30,9% | 493 306 |

Os resultados indicam que, no total, em 2020 os IPO realizaram menos 116.290 consultas subsequentes na presença do doente face a 2019, o que corresponde a uma redução de 23,6% da atividade. A redução no número de consultas subsequentes realizadas ocorreu nos três IPO, destacando-se a diminuição de 28,5% observada no IPO de Lisboa.

Comparativamente com 2020, em 2021 observou-se um aumento no número de consultas subsequentes de cerca de 31%. Este aumento foi transversal a todos os IPO, mas mais expressivo no IPO do Porto. Face aos anos anteriores à pandemia, também se observou um aumento de atividade – mais 2.769 consultas em relação a 2018 e mais 69 em comparação com 2019.

O gráfico seguinte exhibe a evolução no número de consultas subsequentes realizadas ao longo de 2020, correspondendo as variações à diferença entre o número de consultas realizadas em cada mês de 2020 e a média mensal dos últimos dois anos; e à diferença entre o número de consultas realizadas em 2021 e 2020.

Gráfico 23 – Evolução das consultas subsequentes realizadas pelos IPO



Da análise do gráfico torna-se evidente que, após o impacto inicial da pandemia, que se fez sentir nos meses de março, abril e maio de 2020, houve um esforço de recuperação da atividade entre junho e setembro. Em contrapartida, em outubro voltou a verificar-se uma redução no número de consultas realizadas superior a 20%, que poderá retratar o impacto da segunda vaga de COVID-19 em Portugal.

Já em 2021, a recuperação da atividade ocorreu a partir de março, com destaque para o mês de abril.

Por outro lado, tal como seria de esperar, verificou-se um aumento muito significativo no número de consultas de telemedicina realizadas, em 2020 e em 2021, em comparação com os anos anteriores à pandemia.

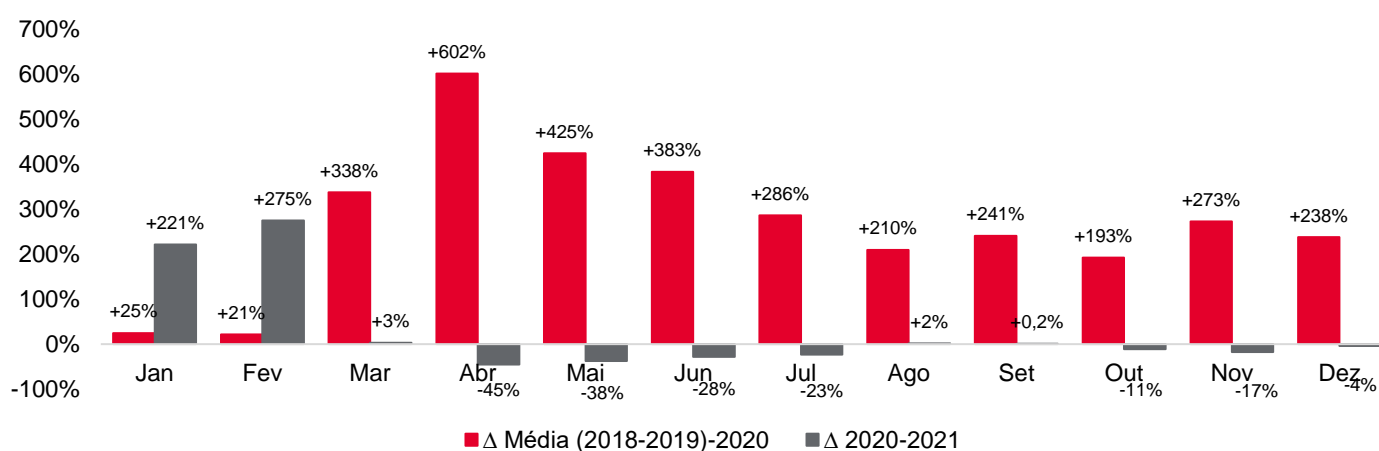
Tabela 15 – Consultas de telemedicina realizadas pelos IPO

| | 2018 | Δ (2018-2019) | 2019 | Δ (2019-2020) | 2020 | Δ (2020-2021) | 2021 |
|--------------|---------------|---------------|---------------|----------------|----------------|---------------|----------------|
| IPOP | 24 882 | +9,4% | 27 449 | +69,3% | 89 339 | -20,3% | 71 237 |
| IPOC | 0 | - | 1 845 | +970,1% | 19 744 | +47,4% | 29 099 |
| IPOL | 27 150 | +20,4% | 32 692 | +208,2% | 100 761 | -2,5% | 98 288 |
| Total | 52 032 | +19,1% | 61 986 | +238,5% | 209 844 | -5,3% | 198 624 |

De acordo com os dados reportados pelos IPO, em 2020 verificou-se um aumento de cerca de 239% no número de consultas de telemedicina realizadas. Importa referir que, em resposta à ERS, os IPO informaram que, na maioria dos casos, estas consultas foram realizadas em detrimento das consultas subsequentes e foram registadas como consultas médicas sem a presença do utente, uma vez que estes estabelecimentos não têm contratualizadas consultas de telemedicina. Assim, verificou-se um efeito de substituição entre as consultas médicas subsequentes realizadas na presença do utente e as consultas sem a presença do doente, sendo que nestes casos o médico contactou o doente e a consulta foi realizada por telefone.

Embora em 2021, com exceção do IPO de Coimbra onde se verificou novo aumento, se tenha registado uma diminuição destas consultas face ao ano anterior, o volume de consultas de telemedicina manteve-se em níveis significativamente superiores aos registados nos anos pré-pandemia.

Como se pode observar no gráfico seguinte, os meses de abril e maio de 2020 foram os que registaram os maiores aumentos deste tipo de consultas – respetivamente, 602% e 425%.

Gráfico 24 – Evolução das consultas sem a presença do doente realizadas pelos IPO


Embora nos meses seguintes se tenham verificado aumentos no número de consultas realizadas sem a presença do doente sucessivamente menores, as variações observadas foram quase sempre superiores a 200%, o que retrata o efeito de substituição a que se assistiu. A partir de abril de 2021

começou a verificar-se uma diminuição do número deste tipo de consultas realizadas, quando comparado com o ano anterior.

Em resposta ao pedido de elementos da ERS, em novembro de 2020, o IPO do Porto referiu que as consultas de telemedicina deveriam ser algo a manter, em casos específicos e devidamente identificados, com critérios aprovados pela Direção Clínica. Tais consultas são descritas como vantajosas tanto para os utentes, que não perdem tempo nas deslocações, como para a instituição, que consegue assim diminuir o fluxo diário de utentes e a densidade de pessoas nas instalações, diminuindo os riscos de transmissão no contexto pandémico. Já o IPO de Coimbra referiu, em dezembro de 2020, ter dado início à modalidade de videoconsulta em algumas especialidades, e encontrava-se, à data da resposta, a decorrer um projeto piloto na área da dermatologia.

5.6. Cirurgias

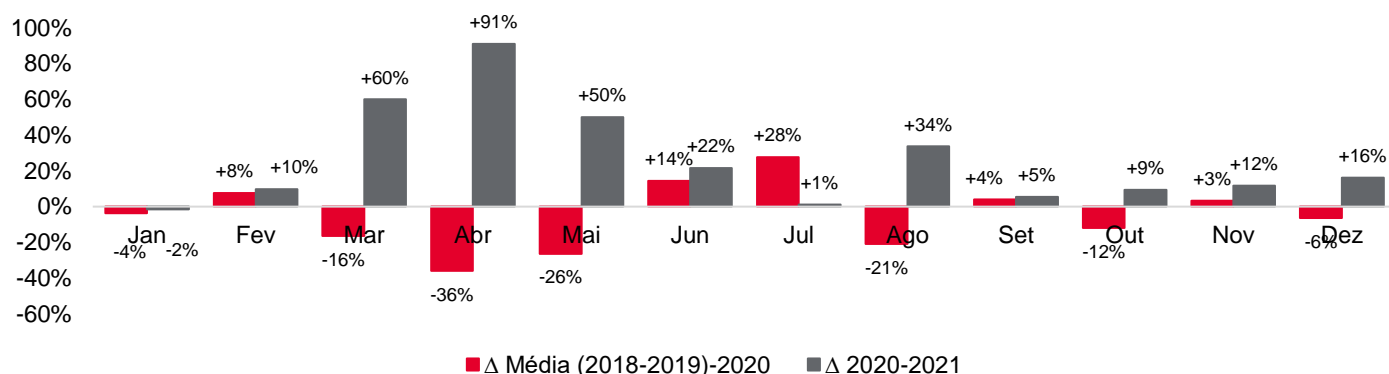
No que toca às cirurgias oncológicas, em 2020 foram realizadas 12.525 cirurgias nos IPO, o que corresponde a uma redução de 7% na atividade face a 2019. O IPO de Lisboa foi o que registou a maior queda (11,5%) no número de cirurgias oncológicas realizadas.

Tabela 16 – Cirurgias oncológicas realizadas pelos IPO

| | 2018 | Δ (2018-2019) | 2019 | Δ (2019-2020) | 2020 | Δ (2020-2021) | 2021 |
|--------------|---------------|-------------------------|---------------|-------------------------|---------------|-------------------------|---------------|
| IPOP | 5 827 | -1,0% | 5 769 | -5,3% | 5 463 | +15,2% | 6 291 |
| IPOC | 2 710 | +18,6% | 3 215 | -3,9% | 3 091 | +9,3% | 3 377 |
| IPOL | 4 226 | +6,2% | 4 489 | -11,5% | 3 971 | +41,0% | 5 600 |
| Total | 12 763 | +5,6% | 13 473 | -7,0% | 12 525 | +21,9% | 15 268 |

Já em 2021, foram realizadas 15.268 cirurgias do foro oncológico, o que corresponde a um aumento no número de cirurgias realizadas face a 2020 de cerca de 22%. Este aumento foi transversal a todos os IPO, constatando-se que o volume de atividade em 2021 foi superior ao registado nos anos anteriores à pandemia em todos eles.

De modo similar à restante atividade em análise, também no caso das cirurgias oncológicas o impacto da pandemia começou a fazer-se sentir logo em março de 2020, tendo a maior redução face ao período homólogo do ano anterior sido observada no mês seguinte, como se pode ver no gráfico seguinte.

Gráfico 25 – Evolução das cirurgias oncológicas realizadas pelos IPO


Em junho e julho de 2020, observou-se um aumento significativo da atividade cirúrgica associada às doenças oncológicas, em contraste com a nova redução registada em agosto, outubro e dezembro.

De modo similar às restantes áreas analisadas, também no caso das cirurgias oncológicas se começou a observar um aumento significativo na atividade a partir de março de 2021, com particular destaque para o mês seguinte.

Paralelamente, em 2020 a restante atividade cirúrgica dos IPO associada a doenças não oncológicas registou uma diminuição significativamente maior, como se pode observar na tabela seguinte.

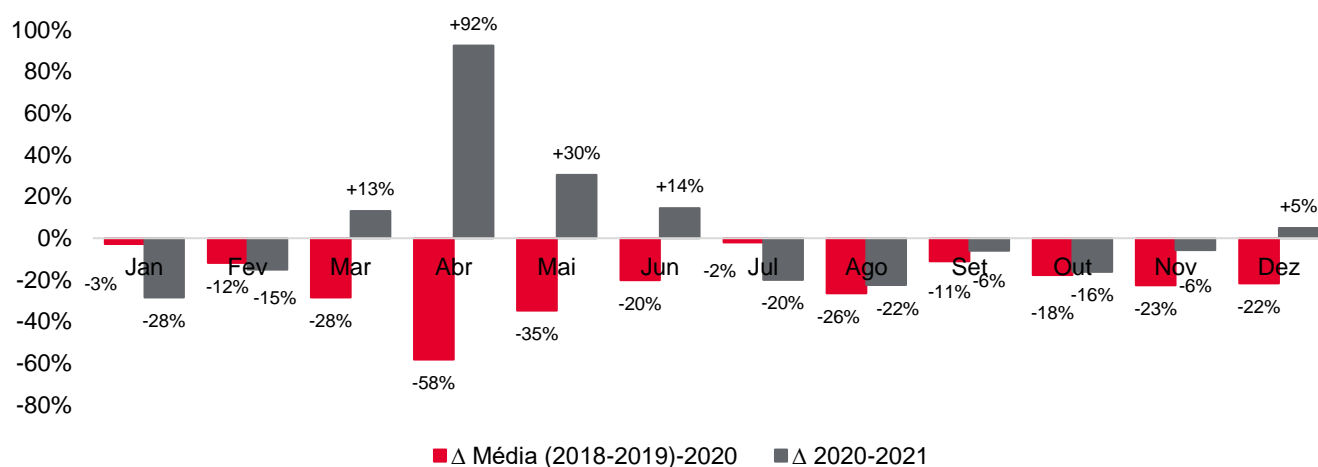
Tabela 17 – Cirurgias não oncológicas realizadas pelos IPO

| | 2018 | Δ (2018-2019) | 2019 | Δ (2019-2020) | 2020 | Δ (2020-2021) | 2021 |
|--------------|--------------|---------------|--------------|---------------|--------------|---------------|--------------|
| IPOP | 5 550 | +3,2% | 5 725 | -29,6% | 4 031 | +10,1% | 4 440 |
| IPOC | 1 546 | -10,2% | 1 388 | -0,9% | 1 375 | +10,5% | 1 520 |
| IPOL | 2 491 | -11,8% | 2 197 | -9,1% | 1 996 | -33,5% | 1 328 |
| Total | 9 587 | -2,9% | 9 310 | -20,5% | 7 402 | -1,5% | 7 288 |

Em 2020, no total foram realizadas menos 1.908 cirurgias associadas a doença não oncológica, o que se traduz numa diminuição de 20,5% da atividade cirúrgica. Tal redução deveu-se em larga medida ao IPO do Porto que, sendo responsável por mais de metade destas cirurgias realizadas em cada ano, apresentou uma diminuição de quase 30% em 2020.

Em 2021, em contrapartida, apenas o IPO de Lisboa apresentou nova redução no volume deste tipo de cirurgias, por sinal bastante mais significativa do que a verificada em 2020.

Gráfico 26 – Evolução das cirurgias não oncológicas realizadas pelos IPO



Ao contrário do verificado para as cirurgias associadas a doença oncológica, no caso das cirurgias não oncológicas o número de cirurgias realizadas foi em todos os meses de 2020 inferior à média mensal dos dois anos anteriores. Não obstante, da análise do gráfico verifica-se que de maio a julho as variações foram sucessivamente menores, situando-se nos -2% em julho de 2020. Já os últimos cinco meses do ano de 2020, voltaram a registar-se reduções percentuais mais expressivas, com impacto mais significativo no IPO do Porto.

Em 2021, apenas de março a junho se observou um aumento de atividade face a 2020, tendo os meses seguintes registado diminuições no número de cirurgias, embora estas diminuições em termos globais se tenham devido aos resultados obtidos pelo IPO de Lisboa. No entanto, em dezembro de 2021 voltou a ocorrer um aumento no número de cirurgias não oncológicas face ao ano anterior.

5.7. Sessões de radioterapia e quimioterapia

Em 2020 foram realizadas 148.857 sessões de radioterapia nos três IPO, o que corresponde a uma diminuição de 6,2% face a 2019. E note-se que, de 2018 para 2019, já se tinha verificado uma redução semelhante.

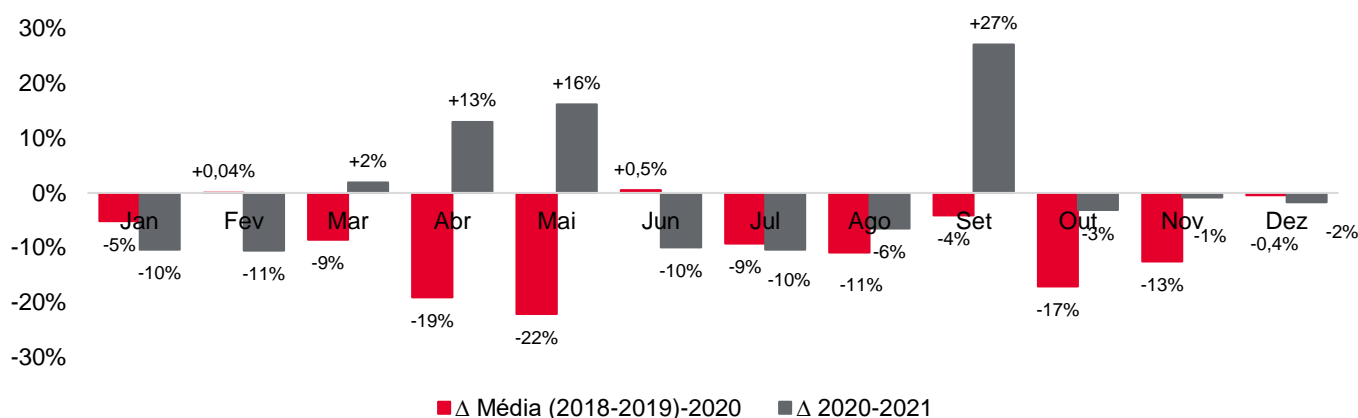
Tabela 18 – Sessões de radioterapia realizadas pelos IPO

| | 2018 | Δ (2018-2019) | 2019 | Δ (2019-2020) | 2020 | Δ (2020-2021) | 2021 |
|--------------|----------------|---------------|----------------|---------------|----------------|---------------|----------------|
| IPOP | 79 010 | -3,6% | 76 178 | -8,9% | 69 362 | +0,03% | 69 380 |
| IPOC | 33 893 | -8,0% | 31 174 | -2,1% | 30 534 | +4,4% | 31 869 |
| IPOL | 56 991 | -9,8% | 51 416 | -4,8% | 48 961 | -3,0% | 47 498 |
| Total | 169 894 | -6,5% | 158 768 | -6,2% | 148 857 | -0,1% | 148 747 |

Em 2020, o IPO do Porto foi o que registou a maior diminuição no número de sessões de radioterapia realizadas, face a igual período de 2019 (-8,9%). A este respeito, importa salientar que o IPO do Porto afirmou à ERS que em alguns casos o adiamento de sessões de radioterapia se deveu ao facto dos utentes terem testado positivo para infeção por SARS-CoV-2.

Em 2021, apenas o IPO de Lisboa registou nova diminuição no volume de sessões realizadas.

Gráfico 27 – Evolução das sessões de radioterapia realizadas pelos IPO



Da análise à evolução do número de sessões de radioterapia realizadas em 2020, conclui-se que maio foi o mês em que se verificou a maior queda comparativamente com a média dos períodos homólogos dos dois anos anteriores. Também se verificou uma redução acentuada na atividade no mês de outubro, coincidindo com o início da segunda vaga da pandemia em Portugal.

Em 2021, verificaram-se aumentos do número de sessões realizadas, face ao ano anterior, entre março a maio e no mês de setembro. Nos restantes meses, verificaram-se reduções face a 2020.

Quanto a sessões de quimioterapia, no acumulado global de 2020, não se registaram variações significativas da atividade, como se pode observar na tabela seguinte. No entanto, analisando cada prestador individualmente, constata-se que tanto no IPO do Porto como no IPO de Lisboa se verificou uma ligeira diminuição no número de sessões de quimioterapia realizadas, o que contrasta com a variação positiva registada pelo IPO de Coimbra.

Tabela 19 – Sessões de quimioterapia realizadas pelos IPO

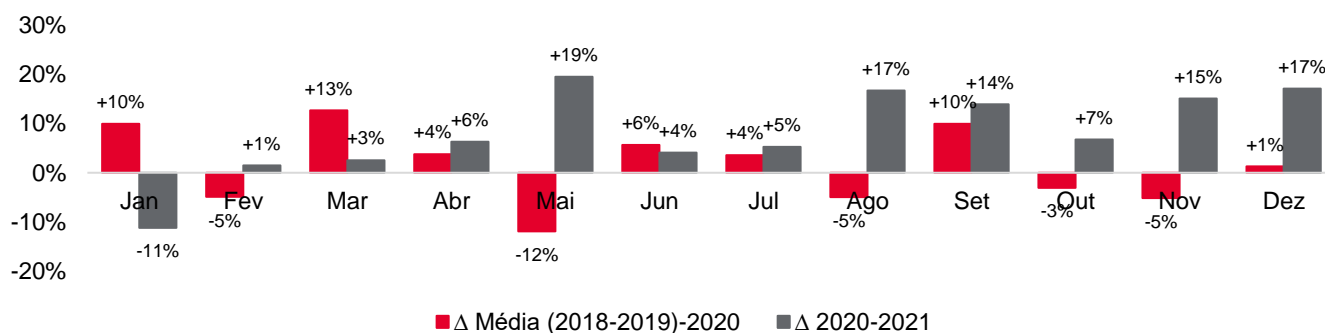
| | 2018 | Δ (2018-2019) | 2019 | Δ (2019-2020) | 2020 | Δ (2020-2021) | 2021 |
|--------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|----------------|
| IPOP | 44 215 | -1,7% | 43 457 | -1,4% | 42 857 | +6,4% | 45 619 |
| IPOC | 15 312 | +5,9% | 16 219 | +7,9% | 17 501 | +9,9% | 19 226 |
| IPOL | 34 108 | +5,5% | 35 993 | -1,7% | 35 394 | +8,6% | 38 435 |
| Total | 93 635 | +2,2% | 95 669 | +0,1% | 95 752 | +7,9% | 103 280 |

Em 2021 observou-se um aumento no número de sessões de quimioterapia, tendo todos os IPO realizado volumes de atividade superiores aos dos anos anteriores ao início da pandemia.

Da análise do gráfico seguinte, que reporta a evolução no número de sessões de quimioterapia realizadas, conclui-se que, embora em maio de 2020 se tenha registado uma diminuição significativa na atividade, o impacto da pandemia de COVID-19 não foi tão evidente como o registado para outro tipo de cuidados de saúde associados à doença oncológica no ano de 2020.

Em 2021, assistiu-se a uma evolução positiva no número de sessões a partir do mês de fevereiro.

Gráfico 28 – Evolução das sessões de quimioterapia realizadas pelos IPO



6. Impacto nos tempos de espera nos IPO

No presente capítulo é avaliado o cumprimento dos TMRG para realização de cirurgias e consultas nos três IPO, enquanto dimensão fundamental do acesso. Para o efeito, e recorrendo aos dados remetidos pelos IPO à ERS no âmbito da monitorização periódica dos tempos de espera no SNS, analisa-se a evolução de um conjunto de indicadores – percentagem de incumprimento dos TMRG, mediana e amplitude interquartil do tempo de espera – ao longo de 2020 e 2021, comparando-os com os obtidos em 2019, com o objetivo de avaliar o impacto da pandemia no tempo de espera para realização de primeiras consultas e cirurgias nos IPO.

Importa frisar que a ERS vem, desde 2017, monitorizando de forma sistemática os tempos de espera para atendimento em estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde do SNS e, em particular, o cumprimento dos TMRG fixados na Portaria n.º 153/2017, de 4 de maio.

Ora, conforme foi descrito detalhadamente no capítulo 4 deste estudo, no contexto dessa monitorização, a ERS tomou conhecimento da existência de dificuldades no registo diferenciado de consultas de doença oncológica nos sistemas de informação utilizados pelos prestadores, que impedem a distinção entre as consultas realizadas no âmbito da doença oncológica para efeitos da aferição do cumprimento dos TMRG aplicáveis.

Na prática, verificou-se a impossibilidade de tipificação de patologia oncológica na plataforma CTH, e conseqüentemente, da não aferição do cumprimento dos TMRG específicos para primeira consulta de doença oncológica, de acordo com os limites definidos no ponto 2.2 do anexo I da Portaria n.º 153/2017, de 4 de maio, mas sim tendo em consideração os limites aplicáveis à condição de patologia geral, que, sendo mais alargados, resultam na subestimação do nível de incumprimento dos TMRG.

Acresce que estas dificuldades não se verificam apenas nas consultas, estando-se a verificar igualmente dificuldades na distinção das cirurgias programadas no âmbito da doença oncológica. Por exemplo, verificou-se a existência de registos de cirurgias do foro oncológico, como é o caso da braquiterapia, sem indicação de estarem relacionadas com doença oncológica para efeitos de controlo dos tempos de espera.

Deste modo, e não obstante a existência das referidas limitações, a ERS continua a monitorizar o tempo de espera para primeiras consultas hospitalares assumindo que, à exceção dos IPO, os TMRG específicos para a doença oncológica são aplicáveis apenas às consultas da especialidade de oncologia médica. No caso dos IPO, assume-se que em todas as primeiras consultas realizadas a pedido dos cuidados de saúde primários existe suspeita ou confirmação de doença oncológica,

aplicando-se os TMRG definidos para oncologia em todas as consultas, com exceção das de risco familiar/genética médica.

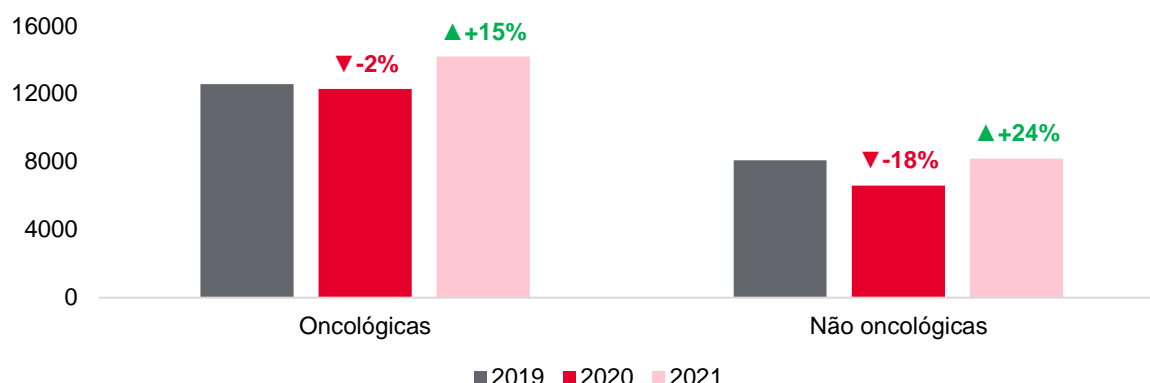
Já no caso das intervenções cirúrgicas, a separação entre cirurgias oncológicas e não oncológicas é realizada com base na informação reportada pelos prestadores no campo “Indicador Oncológico”, sendo também incluídas as cirurgias em que, embora o campo “Indicador Oncológico” indique que se trata de uma cirurgia não oncológica, não existem dúvidas sobre a existência de doença oncológica.

6.1. Cirurgias

De seguida apresentam-se os resultados relativos às cirurgias realizadas nos três IPO. Note-se que a análise realizada pela ERS exclui as cirurgias em que houve emissão de vale de cirurgia ou nota de transferência no âmbito do Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC). Além disso, as cirurgias que não estejam registadas com associação a doença oncológica, mas para as quais não existam dúvidas sobre a existência de doença oncológica, são consideradas do foro oncológico para efeitos de aferição do cumprimento dos TMRG. Desta forma, o número de cirurgias incluído na análise não corresponde exatamente ao reportado pelos IPO na análise da atividade (capítulo 5 deste estudo).²¹

Assim, de acordo com os dados analisados, em 2020 os IPO realizaram menos 1.756 cirurgias do que em 2019, o que corresponde a uma diminuição global de cerca de 9%. Esta redução foi mais acentuada nas cirurgias não associadas a doença oncológica (-18%), tendo as cirurgias oncológicas registado uma redução de 2% face a 2019. Em 2021, assistiu-se à tendência inversa, com aumento de cirurgias oncológicas e não oncológicas.

²¹ No caso do IPO de Lisboa, o número de cirurgias incluídas na análise dos TMRG difere significativamente do que foi reportado pelo prestador na análise da atividade no capítulo 3. A ERS questionou o prestador a este respeito, tendo sido esclarecido que na atividade cirúrgica estão incluídas cirurgias convencionais, ambulatoriais e urgentes, realizadas em cada um dos meses reportados. Acresce que, no caso do IPO de Lisboa, a grande maioria dos utentes opta por não utilizar o vale de cirurgia ou nota de transferência, ficando a aguardar pela cirurgia no IPO, explicando assim as diferenças encontradas.

Gráfico 29 – Evolução da atividade nos IPO


No total, foram realizadas menos 275 cirurgias oncológicas e menos 1.481 não oncológicas no ano de 2020. Note-se, no entanto, que as variações na atividade cirúrgica não se fizeram sentir de igual forma para todos os níveis de prioridade no caso das cirurgias oncológicas. Assim, da análise da tabela seguinte, que reporta a evolução da atividade por nível de prioridade, é possível concluir que, embora no global a atividade cirúrgica oncológica tenha diminuído, nos casos considerados “muito prioritários” e “prioritários” o número de cirurgias realizadas aumentou face a 2019. Já as cirurgias não oncológicas registaram diminuições para todos os níveis de prioridade. Note-se ainda que, embora tenha diminuído o número de cirurgia classificadas como “urgências diferidas”, em valor absoluto a redução foi de apenas duas e nove cirurgias nos casos oncológicos e não oncológicos, respetivamente.

Tabela 20 – Evolução da atividade cirúrgica realizada pelos IPO, por nível de prioridade

| | | UD | MP | P | N | Total |
|-----------------|---------------------|------|-------|-------|-------|--------|
| Oncológicos | 2019 | 22 | 1 098 | 5 418 | 6 031 | 12 569 |
| | 2020 | 20 | 1 308 | 5 926 | 5 040 | 12 294 |
| | 2021 | 15 | 1 415 | 7 447 | 5 301 | 14 178 |
| | Varição (2019-2020) | -9% | +19% | +9% | -16% | -2% |
| | Varição (2020-2021) | -25% | +8% | +26% | +5% | +15% |
| Não Oncológicos | 2019 | 51 | 734 | 1 596 | 5 701 | 8 082 |
| | 2020 | 42 | 500 | 1 528 | 4 531 | 6 601 |
| | 2021 | 50 | 519 | 1 844 | 5 772 | 8 185 |
| | Varição (2019-2020) | -18% | -32% | -4% | -21% | -18% |
| | Varição (2020-2021) | +19% | +4% | +21% | +27% | +24% |

Já em 2021, foram realizadas mais 3.468 cirurgias do que em 2020, o que corresponde a um aumento de cerca de 18% na atividade realizada. Embora as cirurgias não oncológicas tenham apresentado maior aumento, no final de 2021 o número de cirurgias do foro oncológico realizadas pelos três IPO foi superior ao registado em 2019. Quanto à evolução da atividade por nível de prioridade, é possível concluir que, com exceção das urgências diferidas oncológicas, se registaram aumentos no número de cirurgias realizadas em todos os níveis de prioridade, face a 2020.

Tempo de espera para cirurgias oncológicas

No que respeita ao tempo de espera para realização de cirurgia oncológica, a tabela seguinte apresenta os resultados obtidos para o conjunto de indicadores analisados, considerando a atividade cirúrgica realizada em 2020 e 2021.

De modo a aferir do impacto da atual situação de pandemia de COVID-19 no cumprimento dos TMRG, comparam-se os valores dos indicadores registados em 2020 e 2021 com os obtidos para o ano de 2019.

Tabela 21 – Tempo de espera para cirurgias oncológicas nos IPO, por nível de prioridade

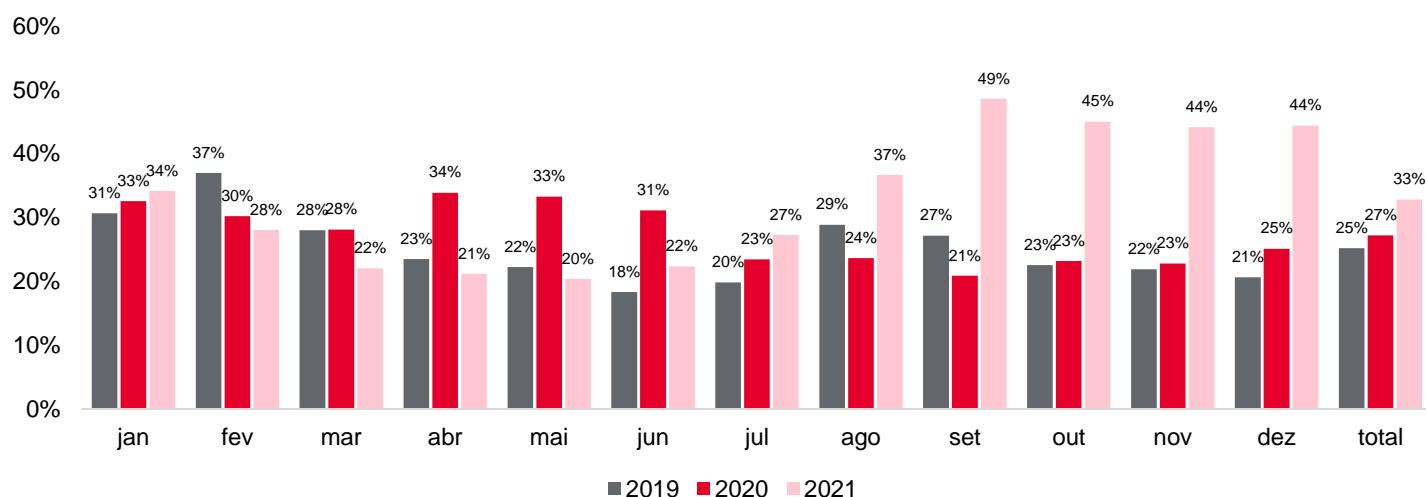
| Indicador | Urgência diferida | Muito prioritário | Prioritário | Normal | Todas as prioridades |
|-------------------------------|-------------------|-------------------|-------------|--------|----------------------|
| 2019 | | | | | |
| Número de utentes | 22 | 1 098 | 5 418 | 6 031 | 12 569 |
| %>TMRG | 40,9% | 59,4% | 31,3% | 13,4% | 25,2% |
| Mediana do TE (dias) | 1,6 | 21,4 | 34,4 | 27,0 | 30,0 |
| Amplitude interquartil (dias) | 3,6 | 28,5 | 30,0 | 36,0 | 34,0 |
| 2020 | | | | | |
| Número de utentes | 20 | 1 308 | 5 926 | 5 040 | 12 294 |
| %>TMRG | 30,0% | 58,7% | 30,7% | 14,8% | 27,2% |
| Mediana do TE (dias) | 1,0 | 19,4 | 33,0 | 25,4 | 27,5 |
| Amplitude interquartil (dias) | 11,9 | 24,2 | 33,8 | 37,8 | 35,4 |
| 2021 | | | | | |
| Número de utentes | 15 | 1 415 | 7 447 | 5 301 | 14 178 |
| %>TMRG | 40,0% | 67,8% | 29,2% | 28,5% | 32,8% |
| Mediana do TE (dias) | 1,6 | 22,7 | 29,4 | 38,4 | 30,7 |
| Amplitude interquartil (dias) | 4,9 | 22,9 | 34,2 | 43,4 | 36,4 |

Dos resultados destaca-se o aumento da percentagem de incumprimento global e da amplitude interquartil para quase todos os níveis de prioridade.²² Já a mediana do tempo de espera por nível de prioridade registou apenas pequenas variações. No total, dos 12.294 utentes oncológicos operados nos IPO em 2020, cerca de 27% foram operados com um tempo de espera superior ao legalmente estabelecido e, dos 14.178 utentes operados em 2021, cerca de 33% foram operados com espera superior ao TMRG estabelecido para a sua prioridade, contrastando com a percentagem de incumprimento registada em 2019 (25%).

²² O indicador “amplitude interquartil” do tempo de espera dos utentes atendidos traduz a dispersão do tempo de espera dos utentes dentro do mesmo nível de prioridade, interpretando-se uma maior dispersão como menor equidade na resposta (ou seja, parte-se da premissa de que utentes com o mesmo nível de prioridade devem esperar o mesmo tempo para atendimento).

Em termos de incumprimento dos TMRG, o gráfico seguinte ilustra as variações observadas no número de utentes oncológicos operados com espera superior ao limite legal nos últimos três anos.

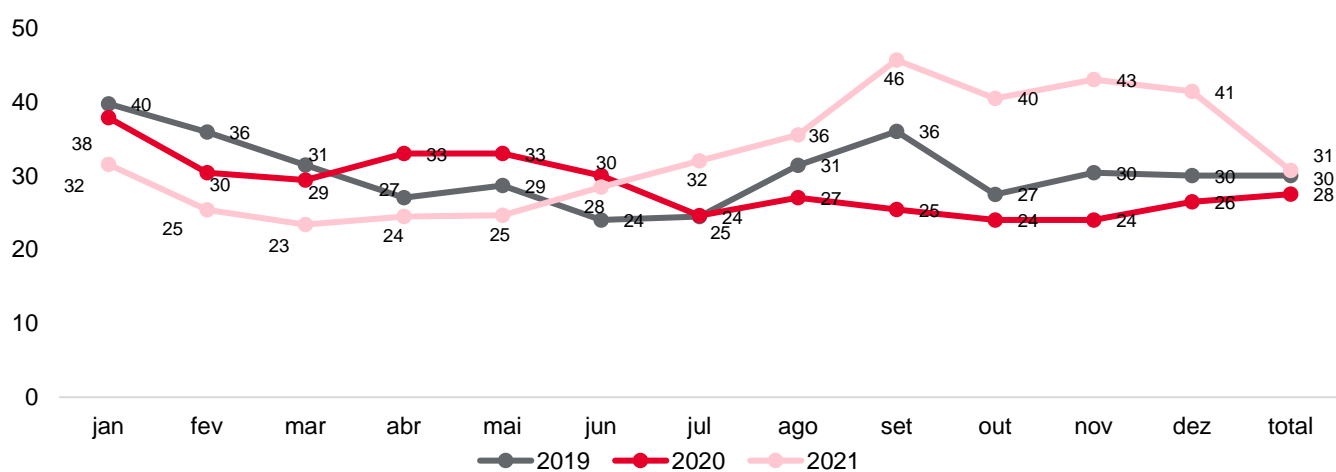
Gráfico 30 – Evolução da percentagem de incumprimento das cirurgias oncológicas, nos IPO



No conjunto dos três IPO, em 2020 verificou-se um aumento de cerca de 2 p.p. na percentagem de utentes oncológicos operados com espera superior ao limite legalmente fixado, destacando-se os valores das percentagens de incumprimento observadas nos meses de abril, maio e junho.

Já em 2021, a percentagem de incumprimento aumentou 6 p.p. face a 2020 e 8 p.p. face a 2019, destacando-se os aumentos ocorridos a partir de agosto.

Gráfico 31 – Evolução da mediana do tempo de espera para cirurgias oncológicas, nos IPO

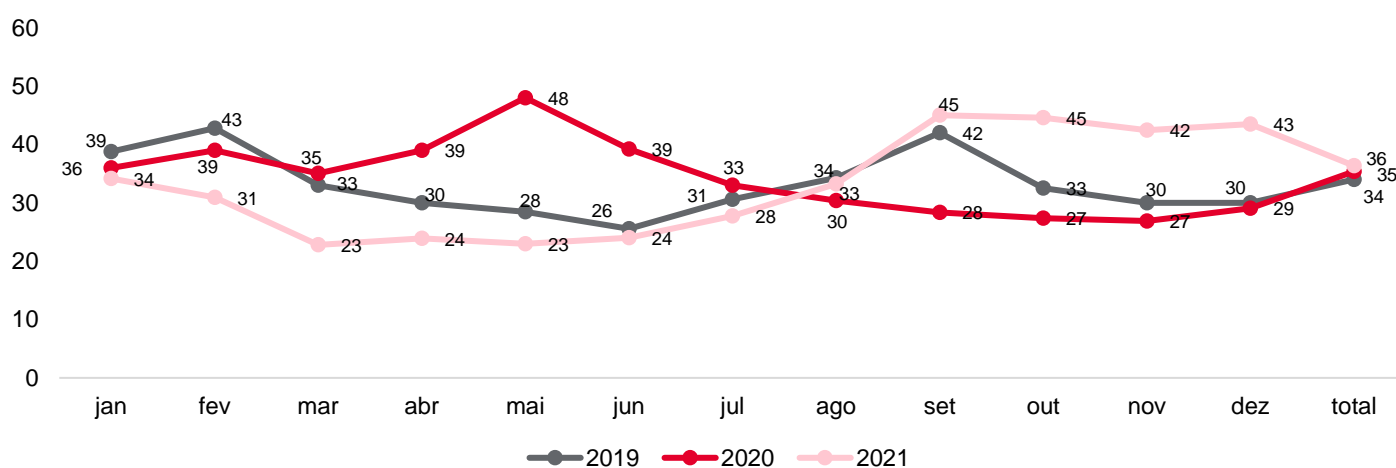


Relativamente à mediana do tempo de espera para cirurgias oncológicas, o impacto da pandemia fez-se sentir nos meses de abril, maio e junho de 2020, com os utentes a serem sujeitos a tempos de espera mais elevados comparativamente com o mesmo período de 2019. No entanto, no

segundo semestre do ano, a mediana foi em todos os meses mais baixa do que a registada em igual período de 2019.

Relativamente à variação ocorrida em 2021, entre julho e dezembro, a mediana alcançou valores significativamente superiores aos valores dos dois anos anteriores.

Gráfico 32 – Evolução da amplitude interquartil do tempo de espera para cirurgias oncológicas, nos IPO



Os valores da amplitude interquartil registados entre abril e junho de 2020 foram significativamente superiores aos observados em 2019, o que traduz uma diminuição na equidade no acesso. Em julho, o valor do indicador aproximou-se do que tinha sido registado em 2019 e nos meses seguintes registaram-se valores mais baixos comparativamente com os obtidos em 2019.

No entanto, no segundo semestre de 2021, os valores da amplitude interquartil voltaram a aumentar significativamente.

Tempo de espera para cirurgias não oncológicas

No que respeita o tempo de espera para realização de cirurgia não oncológica nos IPO, a tabela seguinte apresenta os resultados obtidos para a atividade realizada entre 2019 e 2021.

Dos resultados obtidos destaca-se o aumento na percentagem de incumprimento global dos TMRG, e a redução da mediana do tempo de espera e da amplitude interquartil para o total de cirurgias não oncológicas em 2020 e 2021, face ao ano de 2019. No total, dos 6.601 utentes não oncológicos operados nos IPO em 2020, cerca de 8% foram operados com um tempo de espera superior ao legalmente estabelecido.

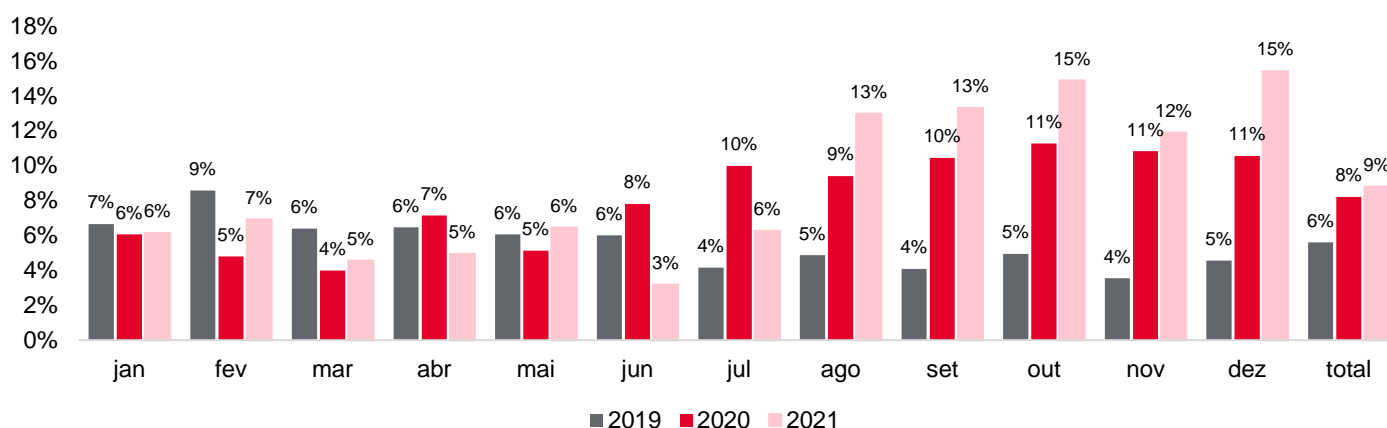
Tabela 22 – Tempo de espera para cirurgias não oncológicas, nos IPO, por nível de prioridade

| Indicador | Urgência diferida | Muito prioritário | Prioritário | Normal | Todas as prioridades |
|-------------------------------|-------------------|-------------------|-------------|--------|----------------------|
| 2019 | | | | | |
| Número de utentes | 51 | 734 | 1 596 | 5 701 | 8 082 |
| %>TMRG | 9,8% | 12,1% | 9,2% | 3,6% | 5,6% |
| Mediana do TE (dias) | 0,8 | 2,5 | 18,6 | 36,0 | 27,0 |
| Amplitude interquartil (dias) | 1,0 | 5,1 | 27,4 | 57,0 | 48,0 |
| 2020 | | | | | |
| Número de utentes | 42 | 500 | 1 528 | 4 531 | 6 601 |
| %>TMRG | 19,0% | 18,0% | 9,3% | 6,6% | 8,2% |
| Mediana do TE (dias) | 1,4 | 3,0 | 13,7 | 26,4 | 21,0 |
| Amplitude interquartil (dias) | 1,8 | 10,9 | 25,1 | 49,9 | 41,5 |
| 2021 | | | | | |
| Número de utentes | 50 | 519 | 1 844 | 5 772 | 8 185 |
| %>TMRG | 16,0% | 18,9% | 10,4% | 7,3% | 8,8% |
| Mediana do TE (dias) | 1,2 | 3,5 | 14,0 | 23,5 | 19,4 |
| Amplitude interquartil (dias) | 1,1 | 6,2 | 25,7 | 55,5 | 42,0 |

Já em 2021, dos 8.185 utentes operados, cerca de 9% foram-no após espera superior ao limite legalmente estabelecido para a sua prioridade.

De modo a analisar detalhadamente o impacto da pandemia no acesso a cirurgias não oncológicas realizadas pelos IPO, de seguida apresenta-se a evolução mensal dos principais indicadores ao longo de 2020 e 2021, comparativamente com 2019. Em termos de incumprimento dos TMRG, o gráfico seguinte ilustra as variações observadas no número de utentes operados com espera superior ao limite legal.

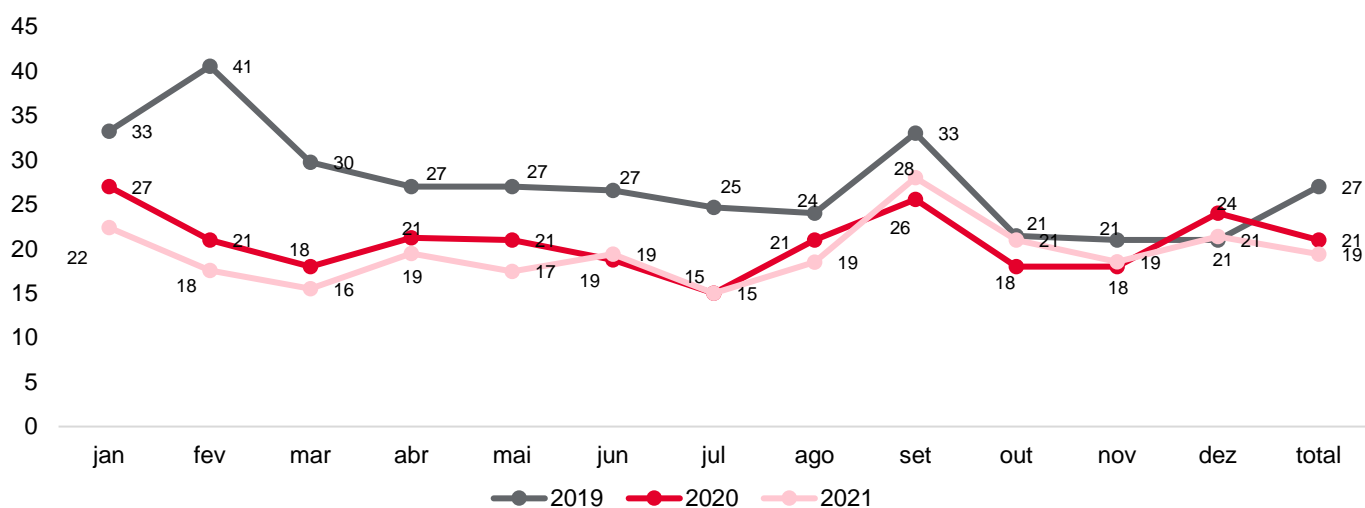
Gráfico 33 – Evolução da percentagem de incumprimento do TMRG nas cirurgias não oncológicas, nos IPO



Em 2020, para o conjunto dos três IPO, verificou-se um aumento de cerca de 3 p.p. na percentagem de utentes não oncológicos operados com espera superior ao TMRG. Note-se, no entanto, que os aumentos mais significativos no valor do indicador registaram-se a partir do segundo semestre, a observar-se um aumento de 7 p.p. em novembro face a igual período de 2019, coincidindo este período com a retoma da atividade cirúrgica não oncológica.

Em 2021, e à semelhança das cirurgias oncológicas, começaram a verificar-se aumentos na percentagem de incumprimento a partir de agosto.

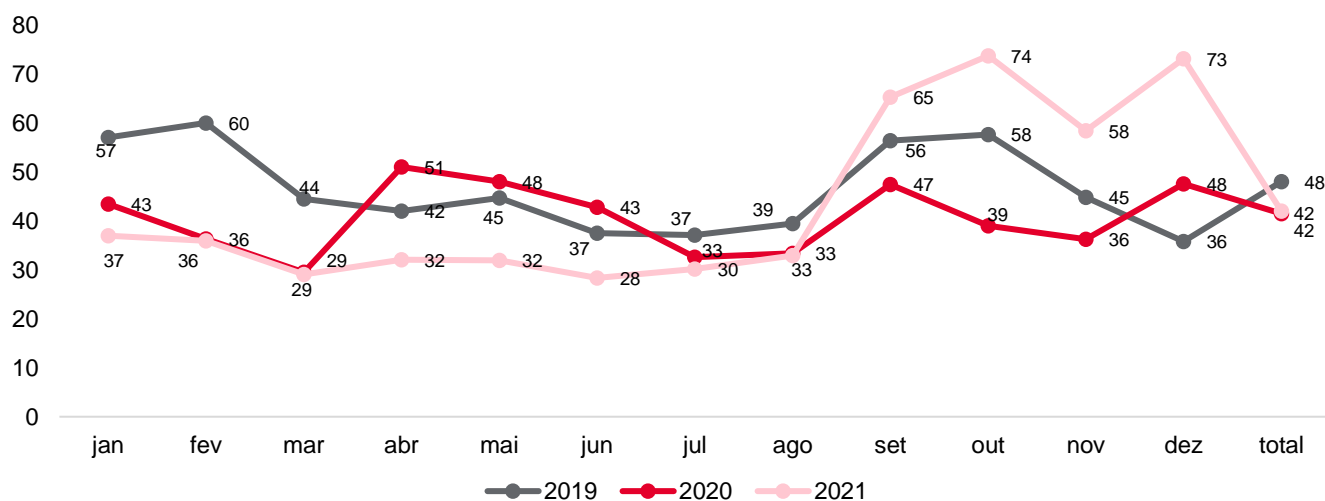
Gráfico 34 – Evolução da mediana do tempo de espera para cirurgias não oncológicas, nos IPO



Relativamente à mediana do tempo de espera, à exceção de dezembro, em todos os meses de 2020 os valores observados foram inferiores aos registados em 2019. A mediana do tempo de espera no agregado do período foi de 21 dias, o que corresponde a uma diferença de 6 dias face a igual período de 2019.

Em 2021, nos primeiros meses do ano a evolução da mediana seguiu a tendência de diminuição, registando valores ainda mais baixos do que a observada nos meses homólogos de 2020. A partir de agosto, o valor do indicador começou a aumentar.

Gráfico 35 – Evolução da amplitude interquartil do tempo de espera para cirurgias não oncológicas, nos IPO



Quanto à equidade no acesso, medida através da amplitude interquartil, em 2020 registou-se uma melhoria no valor do indicador. No entanto, destaca-se o aumento dos valores registados entre abril e junho, período em que aumentou substancialmente a dispersão do tempo esperado.

Relativamente a 2021, nos primeiros sete meses do ano também se verificou uma melhoria no valor do indicador. No entanto, de setembro a dezembro registaram-se valores de amplitude interquartil muito acima das observadas nos restantes meses em análise.

6.2. Consultas

À semelhança da análise realizada pela ERS nas informações de monitorização sobre os tempos de espera no SNS, o universo ora tido em conta diz respeito apenas às consultas hospitalares agendadas e realizadas a pedido dos cuidados de saúde primários, não sendo consideradas as consultas originadas em pedidos internos do hospital, ou pedidos externos de outros hospitais. Tal deve-se ao facto de os dados remetidos pela maioria dos hospitais serem extraídos do sistema informático da CTH, que inclui as referenciações das unidades de cuidados de saúde primários, e os dados extraídos dos sistemas de informação utilizados pela generalidade dos hospitais do SNS no registo dos pedidos de consulta internos e de outros hospitais nem sempre incluírem o registo do nível de prioridade, impedindo assim a análise do tempo de espera, por prioridade, para o universo de todas as primeiras consultas.

Acresce que, tal como referido anteriormente, no caso dos IPO é assumido pela ERS que em todas as primeiras consultas realizadas a pedido dos cuidados de saúde primários existe suspeita ou

confirmação de doença oncológica, aplicando-se os TMRG definidos para oncologia em todas as consultas, com exceção das de risco familiar/genética médica.

Assim as consultas que servem de base às análises que se seguem referem-se a todas as primeiras consultas realizadas nos IPO a pedido dos cuidados de saúde primários. A tabela 23 reporta o número de consultas realizadas entre 2019 e 2021.

Tabela 23 – Evolução da atividade de consulta externa realizada pelos IPO, por nível de prioridade

| | Urgência diferida | Muito prioritário | Prioritário | Normal | Total |
|---------------------|----------------------|----------------------|-------------|---------|---------|
| 2019 | 0 | 716 | 4 914 | 5 266 | 10 896 |
| 2020 | 0 | 885 | 4 633 | 3 226 | 8 744 |
| 2021 | 0 | 548 | 6 966 | 3 898 | 11 412 |
| Varição (2019-2020) | - | + 23,6% | -5,7% | -38,7% | -19,8% |
| Varição (2019-2020) | - | -38,1% | + 50,4% | + 20,8% | + 30,5% |

Em 2020 realizaram-se menos 2.152 primeiras consultas face a 2019, o que corresponde a uma redução de 19,8% da atividade. No entanto, esta diminuição não foi transversal a todos os níveis de prioridade, verificando-se que houve mesmo um aumento muito significativo no número de consultas classificadas como “muito prioritárias”.

Em 2021 aumentaram significativamente as consultas consideradas “prioritárias” e “normais”, tendo-se verificado uma diminuição no número de consultas classificadas como “muito prioritárias”. No total, em 2021 foram realizadas mais 2.668 consultas do que em 2020 e mais 516 consultas do que em 2019.

No que respeita ao tempo de espera para realização de primeira consulta, a tabela seguinte apresenta os resultados obtidos para o conjunto de indicadores analisados.

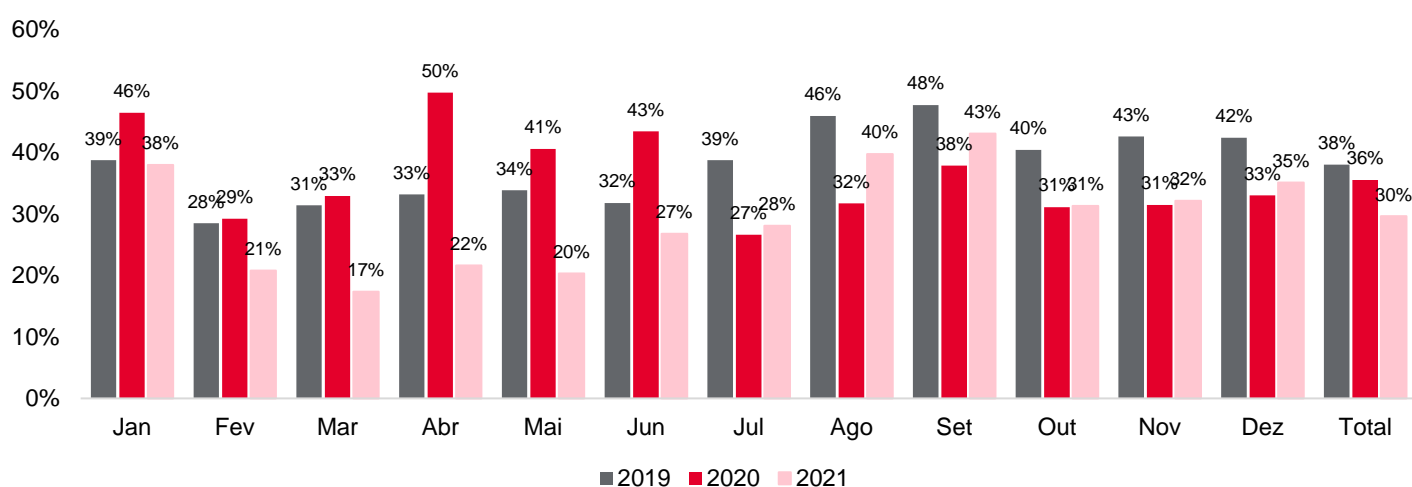
Dos resultados destaca-se a redução da percentagem de incumprimento global e a redução da amplitude interquartil e da mediana do tempo de espera, o que pode ser explicado pelo aumento no número de consultas consideradas “muito prioritárias”, que estão sujeitas a tempos de espera mais curtos. No total, dos 8.744 utentes que em 2020 realizaram primeira consulta nos IPO, 35,5% foram atendidos com um tempo de espera superior ao legalmente estabelecido. Note-se, no entanto, que essa percentagem fora de 38% em 2019, ainda que para um volume superior de primeiras consultas realizadas.

Tabela 24 – Tempo de espera para primeiras consultas no âmbito de doença oncológica, nos IPO, por nível de prioridade

| Indicador | Urgência diferida | Muito prioritário | Prioritário | Normal | Todas as prioridades |
|-------------------------------|-------------------|-------------------|-------------|--------|----------------------|
| 2019 | | | | | |
| Número de utentes | 0 | 716 | 4 914 | 5 266 | 10 896 |
| %>TMRG | - | 66,3% | 36,4% | 35,6% | 38,0% |
| Mediana do TE (dias) | - | 11,0 | 13,0 | 22,0 | 15,0 |
| Amplitude interquartil (dias) | - | 12,0 | 13,0 | 31,0 | 20,0 |
| 2020 | | | | | |
| Número de utentes | 0 | 885 | 4 633 | 3 226 | 8 744 |
| %>TMRG | - | 73,7% | 26,9% | 37,3% | 35,5% |
| Mediana do TE (dias) | - | 12,0 | 11,0 | 19,0 | 12,0 |
| Amplitude interquartil (dias) | - | 10,0 | 9,0 | 38,0 | 15,0 |
| 2021 | | | | | |
| Número de utentes | 0 | 548 | 6 966 | 3 898 | 11 412 |
| %>TMRG | - | 57,3% | 30,0% | 25,0% | 29,6% |
| Mediana do TE (dias) | - | 9,0 | 11,0 | 18,0 | 12,0 |
| Amplitude interquartil (dias) | - | 8,0 | 10,0 | 26,0 | 14,6 |

Em 2021, dos 11.412 utentes atendidos, 29,6% foram atendidos com espera superior ao TMRG estabelecido para a sua prioridade o que, sendo um resultado preocupante, ainda assim representa uma ligeira melhoria face a 2020, com um aumento do volume de primeiras consultas realizadas.

Gráfico 36 – Evolução da percentagem de incumprimento das consultas realizadas no âmbito de doença oncológica, nos IPO

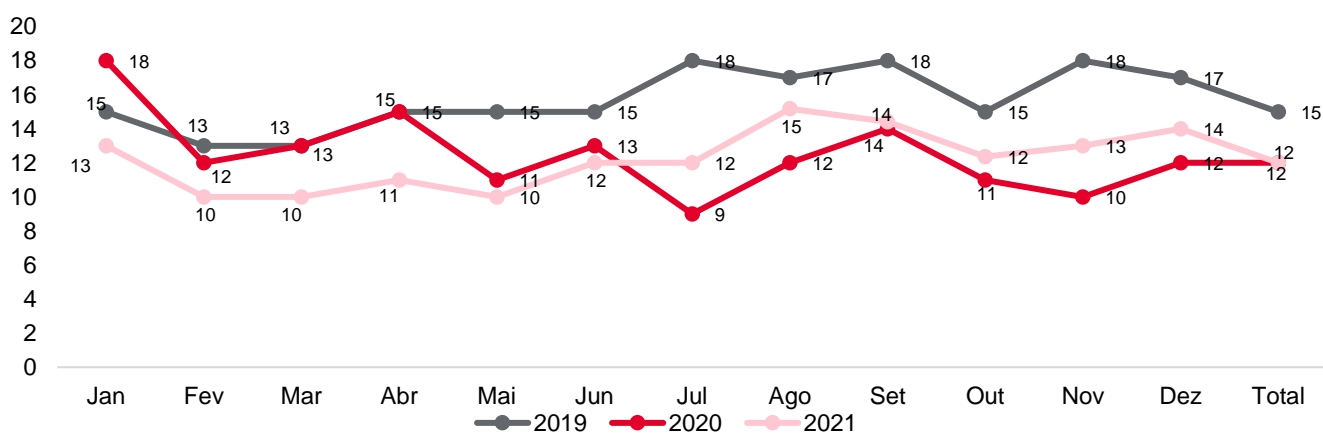


Relativamente ao incumprimento dos TMRG, abril de 2020 foi o mês que registou maior percentagem de utentes com espera superior ao limite legal. De março a junho de 2020, registaram-

se aumentos nas percentagens de incumprimento face a 2019. No entanto, no segundo semestre do ano, a tendência inverteu-se, tendo o indicador no acumulado do período registado uma melhoria de 2 p.p..

No primeiro semestre de 2021 registaram-se percentagens de incumprimento significativamente inferiores às observadas nos períodos homólogos de 2019 e 2020. No entanto, a partir de julho a tendência inverteu-se. No global, 2021, registou uma melhoria do indicador de 6 p.p. face a 2020, e de 8 p.p. relativamente a 2019.

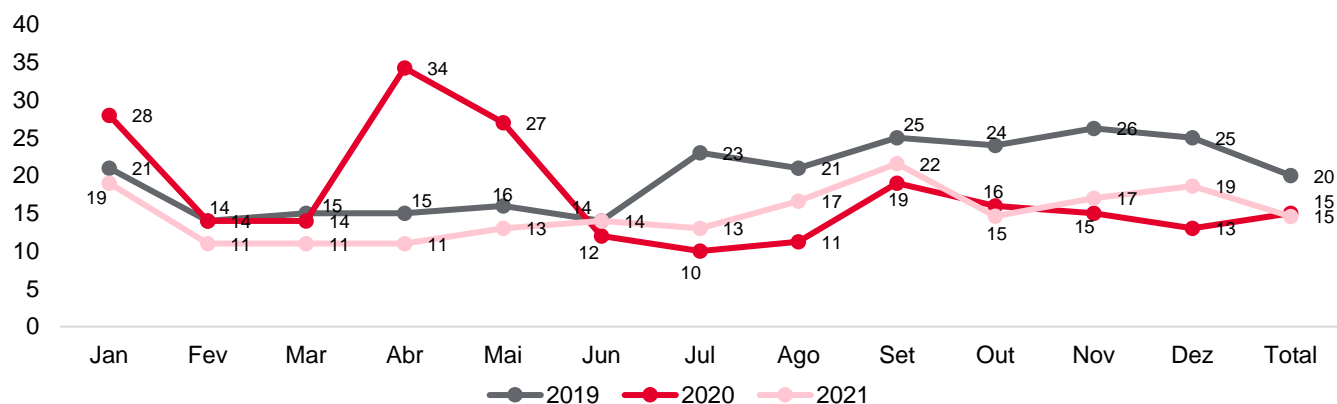
Gráfico 37 – Evolução da mediana do tempo de espera das consultas realizadas no âmbito de doença oncológica, nos IPO



Já no que respeita à mediana do tempo de espera para realização de consulta, em 2020 o valor do indicador diminuiu em 3 dias face a 2019, o que resulta do aumento do número de consultas consideradas “muito prioritárias”, que têm um TMRG mais curto, e a diminuição nos restantes níveis de prioridade. Note-se que a partir de maio, a mediana registada em todos os meses de 2020 foi mais baixa do que a observada em 2019.

Já para 2021, o valor do indicador foi, em todos os meses, mais baixo do que observado em 2019, tendo apenas a partir de julho registado valores superiores aos observados em 2020.

Gráfico 38 – Evolução da amplitude interquartil do tempo de espera das consultas realizadas no âmbito de doença oncológica, nos IPO



Quanto à amplitude interquartil, destaca-se o valor observado em abril de 2020, mês em que a queda de atividade foi mais acentuada. Comparativamente com o mesmo período de 2019, verificou-se uma diminuição de 5 dias na amplitude interquartil, o que se traduz num aumento da equidade no acesso. No segundo semestre de 2020, a amplitude interquartil registou valores inferiores aos observados no ano anterior.

Apesar das flutuações ao longo do ano, no acumulado de 2021 a amplitude interquartil registou o mesmo valor do que em 2020.

7. Impacto na satisfação dos utentes

Neste capítulo analisam-se as reclamações visando os três IPO, que ocorreram nos anos de 2018, 2019, 2020 e 2021.²³ Com esta análise pretende-se, por um lado, perceber se a pandemia teve efeitos no volume de reclamações e, por outro, aferir sobre eventuais alterações nos assuntos visados nas reclamações, como reflexo do impacto da pandemia no acesso a cuidados de saúde de oncologia.

Assim, a tabela que se segue reporta o número de reclamações visando os IPO, nos últimos quatro anos.

Tabela 25 – Número de reclamações visando os IPO

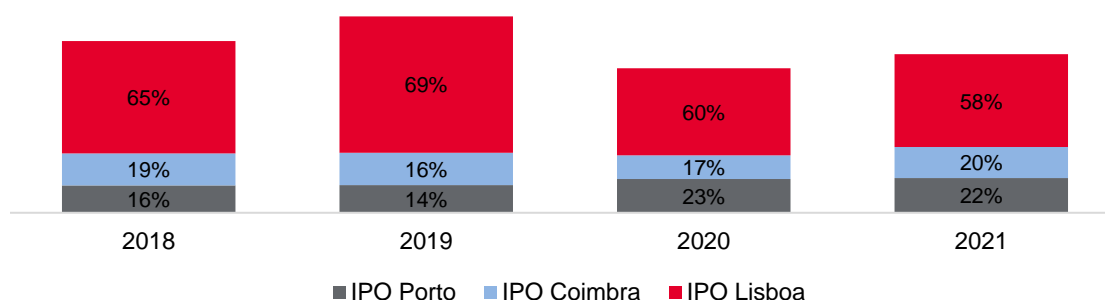
| | 2018 | Δ (2018-2019) | 2019 | Δ (2019-2020) | 2020 | Δ (2020-2021) | 2021 |
|--------------|------------|-------------------------|--------------|-------------------------|------------|-------------------------|------------|
| IPO Porto | 142 | +1,41% | 144 | +20,83% | 174 | +3,45% | 180 |
| IPO Coimbra | 165 | +1,21% | 167 | -25,75% | 124 | +29,84% | 161 |
| IPO Lisboa | 581 | +21,34% | 705 | -36,17% | 450 | +6,44% | 479 |
| Total | 888 | +14,41% | 1 016 | -26,38% | 748 | +9,63% | 820 |

Deram entrada na ERS 748 reclamações relativas à atuação dos três IPO, e com data de ocorrência em 2020, o que corresponde a uma diminuição global de mais de 26% face a 2019. Olhando para os dados desagregados, verifica-se, no entanto, que este resultado se deveu a uma redução muito relevante das reclamações sobre os IPO de Coimbra e Lisboa (o qual foi responsável por mais de metade do conjunto de reclamações em cada ano em análise), enquanto que, relativamente ao IPO do Porto, se verificou um aumento muito expressivo.

Já no que respeita às reclamações com data de ocorrência em 2021, observou-se um aumento global de cerca de 10% no número de reclamações face a 2019, tendo este aumento sido transversal às três entidades, mas mais expressivo no IPO de Coimbra. Ainda assim, o número total de reclamações manteve-se em níveis ligeiramente inferiores aos observados nos anos anteriores à pandemia.

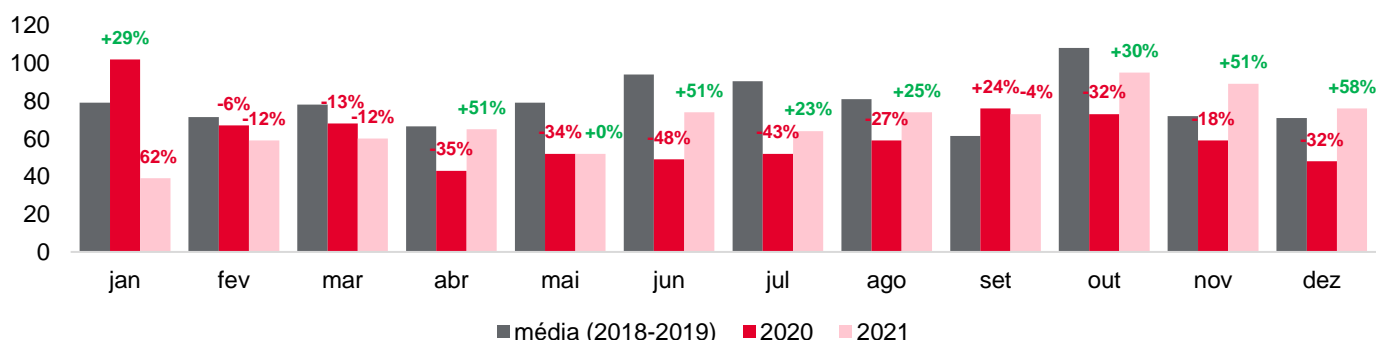
²³ Foram consideradas as reclamações que deram entrada na ERS até ao dia 18 de maio de 2022.

Gráfico 39 – Distribuição das reclamações por IPO



No conjunto de reclamações analisadas, em todos os anos o IPO de Lisboa foi o mais visado, chegando a representar 69% das reclamações em 2019. No entanto, nos anos seguintes a percentagem de reclamações relativa a este prestador diminuiu, tendo-se verificado, pelo contrário, um aumento das reclamações visando o IPO do Porto.

Gráfico 40 – Evolução no número de reclamações visando os IPO

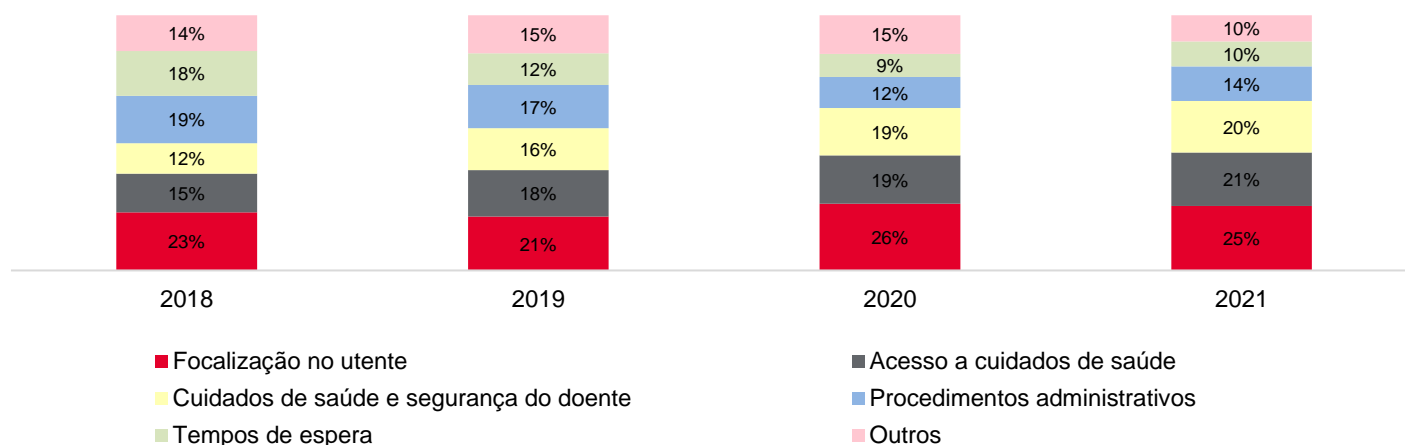


Focando a análise nos meses em que o impacto da pandemia já se fazia sentir no SNS, concretamente na atividade dos IPO, da análise à evolução mensal do número de reclamações apresentadas destacam-se as acentuadas diminuições entre abril e junho de 2020 – meses em que se verificaram reduções acentuadas de atividade em todos os cuidados de saúde analisados – e o aumento observado em setembro – mês em que houve uma retoma acentuada da atividade. No entanto, a partir de outubro voltaram a observar-se diminuições no número de reclamações, tendo a situação revertido apenas em abril de 2021.

Quanto aos assuntos mais visados nas reclamações, em 2020 e 2021 verificou-se um aumento da importância relativa de reclamações relacionadas com focalização no utente, acesso a cuidados de saúde, e cuidados de saúde e segurança do doente. Note-se que o tema “focalização no utente” engloba questões como o acompanhamento durante a prestação de cuidados, o acompanhamento em fim de vida e questões relacionadas com focalização no utente em contexto de pandemia. O tema “cuidados de saúde e segurança no doente” inclui questões como a adequação e pertinência

dos cuidados de saúde/procedimentos, a qualidade técnica dos cuidados de saúde e a qualidade da informação de saúde disponibilizada. Já o tema “acesso a cuidados de saúde” inclui, por exemplo, o cumprimento das regras dos TMRG e do SIGIC, e problemas de acesso relacionados com as restrições impostas pela pandemia.

Gráfico 41 – Evolução dos temas abordados nas reclamações relativas aos IPO



Aprofundando os subtemas dentro do tema “focalização no utente”, destacam-se as reclamações associadas à COVID-19 como segundo subtema mais visado em 2020. As reclamações visando o direito ao acompanhamento durante a prestação de cuidados, ao acompanhamento em fim de vida, ao direito à privacidade/confidencialidade dos dados e ainda à delicadeza/urbanidade do pessoal administrativo, auxiliar ou de apoio aumentaram de 2019 para 2020.²⁴ Já em 2021, destaca-se o aumento de reclamações relativas à delicadeza/urbanidade do pessoal clínico e do pessoal administrativo, auxiliar ou de apoio e ao direito de acesso ao processo clínico/informação de saúde, e a diminuição de reclamações relativas à COVID-19.

²⁴ Note-se que uma reclamação pode visar mais do que um assunto, pelo que o número total de reclamações recebidas não é igual à soma do número de assuntos.

Tabla 26 – Distribuição das reclamações associadas ao tema “focalização no utente”

| Assunto | 2019 | 2020 | 2021 |
|--|------|------|------|
| Direito a tratamento pelos meios adequados, humanamente, com prontidão, correção técnica, privacidade e respeito | 145 | 102 | 73 |
| Delicadeza/urbanidade do pessoal clínico | 32 | 34 | 39 |
| Delicadeza/urbanidade do pessoal administrativo, auxiliar ou de apoio | 27 | 26 | 34 |
| Direito de acesso ao processo clínico/informação de saúde | 16 | 10 | 32 |
| COVID-19 | 0 | 41 | 27 |
| Acompanhamento durante a prestação de cuidados | 0 | 19 | 18 |
| Acompanhamento em fim de vida | 1 | 4 | 6 |
| Dispersão dos serviços | 0 | 0 | 3 |
| Consentimento informado e esclarecido | 0 | 0 | 1 |
| Direito a privacidade/confidencialidade dos dados | 3 | 4 | 1 |
| Direito a reclamação | 0 | 1 | 1 |
| Disponibilidade da Direção | 0 | 1 | 1 |

Relativamente às reclamações associadas aos cuidados de saúde e segurança do doente, à semelhança de 2019, o tema mais visado em 2020 foi a adequação e pertinência dos cuidados de saúde/procedimentos. Já o segundo tema mais visado em 2020 decorre de condicionalismos associados à pandemia. Em 2021, observou-se uma diminuição acentuada das reclamações relativas à COVID-19 e um aumento significativo de reclamações sobre a integridade e continuidade dos cuidados.

Tabla 27 – Distribuição das reclamações associadas ao tema “cuidados de saúde e segurança do doente”

| Assunto | 2019 | 2020 | 2021 |
|---|------|------|------|
| Adequação e pertinência dos cuidados de saúde/procedimentos | 73 | 84 | 90 |
| Integração e continuidade dos cuidados | 5 | 5 | 29 |
| Qualidade técnica dos cuidados de saúde/procedimentos | 64 | 27 | 28 |
| Qualidade da informação de saúde disponibilizada | 9 | 8 | 11 |
| COVID-19 | 0 | 31 | 10 |
| Dispensa de medicação/dispositivos de apoio | 18 | 7 | 6 |
| Sistema de identificação/administração de fármaco | 0 | 1 | 5 |
| Adequação da dieta | 0 | 2 | 2 |
| Avaliação de comorbilidades | 0 | 1 | 2 |
| Sistemas de triagem | 1 | 3 | 2 |
| Infeção associada aos cuidados de saúde | 2 | 0 | 1 |
| Quedas/acidentes | 3 | 0 | 1 |
| Sistema de identificação do doente | 0 | 0 | 1 |
| Esterilização, desinfeção e circuitos de sujos e limpos | 0 | 1 | 0 |
| Sistema de identificação de relatórios/resultados de MCDT | 0 | 1 | 0 |
| Violência/agressão/assédio | 0 | 1 | 0 |

Também no caso das reclamações associadas ao acesso a cuidados de saúde, os constrangimentos de acesso relacionados com as restrições impostas pela pandemia foram o segundo assunto mais visado em 2020. Em 2021, destaca-se o aumento das reclamações relativas à resposta em tempo útil/razoável, às regras do SIGIC e aos TMRG.

Tabla 28 – Distribuição das reclamações associadas ao tema “acesso a cuidados de saúde”

| Assunto | 2019 | 2020 | 2021 |
|---|-------------|-------------|-------------|
| Resposta em tempo útil/razoável | 136 | 95 | 118 |
| Regras do SIGIC | 19 | 15 | 27 |
| COVID-19 | 0 | 33 | 20 |
| Regras dos TMRG | 11 | 14 | 19 |
| Emissão de credencial para transporte | 13 | 7 | 7 |
| Liberdade de escolha do prestador | 10 | 7 | 3 |
| Redes de referenciação | 2 | 2 | 1 |
| Discriminação em razão do estado de saúde | 0 | 1 | 0 |
| Rejeição em razão de características pessoais | 1 | 0 | 0 |
| Rejeição em razão do estado de saúde | 2 | 1 | 0 |

8. Recuperação da atividade

No presente capítulo é analisado o volume de atividade que foi alvo de cancelamento devido à pandemia nos três IPO e o esforço de recuperação entretanto encetado. Para o efeito, recorre-se a informação remetida pelos IPO em resposta ao pedido de elementos da ERS, no qual se solicitava indicação do volume de atividade cancelada, a cancelada e que já tinha sido realizada, a que ainda não tinha sido realizada mas que já se encontrava reagendada, e também a que ainda aguardava reagendamento.

A análise do volume de atividade cancelada e do esforço de recuperação dos prestadores em cada um dos anos é apresentada separadamente para 2020 e 2021. Assim, num primeiro momento, e relativamente à atividade alvo de cancelamento em 2020, as respostas obtidas reportam-se ao período entre 16 de março de 2020 e 31 de dezembro de 2020. Já a atividade cancelada, mas ainda não realizada ou reagendada, reporta-se a 31 de dezembro de 2020. São também apresentados os resultados obtidos para o ano de 2021, reportando-se a atividade cancelada ainda não realizada ou reagendada a 31 de dezembro de 2021.

No referido pedido foi ainda solicitada descrição detalhada dos critérios utilizados para o eventual cancelamento e reagendamento da atividade, bem como outros esclarecimentos complementares que julgassem necessários e relevantes, nomeadamente no que respeita às limitações à atividade assistencial sentidas.

Instituto Português de Oncologia do Porto

Segundo os esclarecimentos prestados pelo IPO do Porto à ERS, em 2020 não se verificou interrupção na atividade assistencial, mas sim uma redução da mesma, em especial na área cirúrgica. Esta redução foi motivada não só pela necessidade de implementar medidas de identificação precoce de casos suspeitos de COVID-19, mas também pela doença de diversos profissionais, assim como a quarentena de outros, que consequentemente estiveram ausentes da Instituição.

Tabela 27 – Atividade cancelada pelo IPO do Porto

| Atividade | | Canceladas por força da pandemia (março-dezembro 2020) | Canceladas por força da pandemia (janeiro-dezembro 2021) | Total de cancelamentos |
|--------------------------|-----------------|--|--|------------------------|
| Cirurgias | Oncológicas | 290 (93%) | 21 (7%) | 311 |
| | Não oncológicas | 67 (91%) | 7 (9%) | 74 |
| Consultas | Primeiras | 139 (35%) | 258 (65%) | 397 |
| | Subsequentes | 295 (7%) | 3 920 (93%) | 4 215 |
| Consultas telemedicina | | 9 (1%) | 770 (99%) | 779 |
| Sessões de quimioterapia | | 8 (100%) | 0 (0%) | 8 |
| Sessões de radioterapia | | 1 957 (100%) | 0 (0%) | 1 957 |

De acordo com os dados reportados à ERS, entre março e dezembro de 2020 o IPO do Porto cancelou 357 cirurgias – 290 das quais associadas a doença oncológica e 67 a doença não oncológica –, 434 consultas, 8 sessões de quimioterapia e 1.957 sessões de radioterapia.²⁵

Relativamente à atividade cirúrgica, o IPO do Porto informou que, em cumprimento do decretado e de forma a adequar a atividade, foram suspensas as intervenções cirúrgicas realizadas em bloco central com exceção das consideradas clinicamente fundamentais.²⁶ A atividade cirúrgica programada foi adequada em função da capacidade efetiva de internamento e teve em conta a prioridade da situação clínica.

No que respeita a cirurgias realizadas em ambulatório, mantiveram-se os procedimentos de introdução de cateter venoso central. As próteses e dilatações esofágicas foram avaliadas caso a caso, bem como outros procedimentos considerados prioritários. Foram suspensos os procedimentos de remoção de cateter venoso central, cirurgias de remoção de cataratas e todos os procedimentos de pequena cirurgia com intuito meramente estético.

Assim, o prestador referiu que, após as primeiras três semanas desde a identificação do primeiro caso de COVID-19 em Portugal, marcadas por substancial redução da atividade, em particular na área cirúrgica, as medidas conducentes ao incremento progressivo da atividade realizada, com as devidas precauções e medidas de segurança, começaram a produzir efeito no mês de abril.

²⁵ A informação sobre as cirurgias canceladas é relativa ao período entre 17 de março e 31 de dezembro; as sessões de quimioterapia ao período entre 23 de março e 31 de dezembro; quanto às consultas e sessões de radioterapia, os dados dizem respeito à atividade cancelada no período de 12 de março a 31 de dezembro 2020.

²⁶ No Despacho da Ministra da Saúde de 16 de março de 2020, foi determinado que os órgãos dirigentes das entidades do SNS deveriam suspender a atividade assistencial não urgente que, pela sua natureza ou prioridade clínica, não implicasse risco de vida para os utentes.

Tabela 28 – Atividade recuperada pelo IPO do Porto

| Atividade | | Reagendadas não realizadas (31 dez 2020) | Reagendadas já realizadas (31 dez 2020) | Aguardam reagendamento (31 dez 2020) | Reagendadas não realizadas (31 dez 2021) | Reagendadas já realizadas (31 dez 2021) | Aguardam reagendamento (31 dez 2021) |
|--------------------------|-----------------|--|---|--------------------------------------|--|---|--------------------------------------|
| Cirurgias | Oncológicas | 2 | 288 | 0 | 0 | 311 | 0 |
| | Não oncológicas | 3 | 64 | 0 | 0 | 74 | 0 |
| Consultas | Primeiras | 3 | 133 | 3 | 0 | 397 | 0 |
| | Subsequentes | 17 | 263 | 15 | 0 | 4 215 | 0 |
| Consultas telemedicina | | 0 | 9 | 0 | 0 | 779 | 0 |
| Sessões de quimioterapia | | 0 | 8 | 0 | 0 | 8 | 0 |
| Sessões de radioterapia | | 0 | 1 957 | 0 | 0 | 1 957 | 0 |

De facto, de acordo com os dados remetidos pelo IPO do Porto, no final do ano de 2020 a grande maioria da atividade cirúrgica cancelada já tinha sido realizada, existindo apenas duas cirurgias do foro oncológico e três do foro não oncológico que ainda aguardavam realização.

Segundo os esclarecimentos prestados pelo IPO do Porto, das cinco cirurgias que no final de 2020 aguardavam realização, quatro foram realizadas durante o mês de janeiro de 2021, sendo a outra referente a um doente com cancelamento de agendamento por motivo relacionado com COVID-19, mas que posteriormente faltou à cirurgia.

Relativamente às consultas, o IPO do Porto referiu que nas primeiras semanas da pandemia apenas foram realizadas as consideradas imprescindíveis, i.e., prioritárias e muito prioritárias, respeitando os critérios de antiguidade e de prioridade clínica. Mantiveram-se até final de abril de 2020 as medidas já implementadas (desmarcação de consultas consideradas não prioritárias, conversão em consultas telefónicas sempre que possível, entre outras).

Assim, do total de primeiras consultas canceladas (139) em 2020, no final do ano apenas 6 ainda aguardavam realização. Destas, três já tinham data de realização e outras três ainda aguardavam reagendamento. No que respeita às consultas subsequentes, 17 das 295 canceladas ainda aguardavam realização, e 15 ainda não tinham data prevista para realização. Já nas consultas de telemedicina, ao longo de 2020, houve necessidade de cancelar apenas nove consultas.²⁷

Relativamente às sessões de quimioterapia e radioterapia, no final do ano de 2020 o IPO do Porto já tinha conseguido uma recuperação total da atividade cancelada. No caso concreto da

²⁷ No caso das consultas, o levantamento dos utentes que aguardavam reagendamento foi feito considerando a data de 17 de novembro.

radioterapia, o IPO do Porto esclareceu que as sessões adiadas devido à pandemia eram relativas a 90 doentes e incluíam situações de doentes que testaram positivo para SARS-COV-2.

Em resposta remetida à ERS a 18 de novembro de 2020, o IPO do Porto informou terem sido suspensos todos os atos de diagnóstico e terapêutica de ambulatório, exceto os considerados urgentes ou clinicamente inadiáveis. Foram cancelados todos os atos eletivos que requeriam internamento, sendo mantidos os procedimentos imprescindíveis para diagnóstico e estadiamento, sendo adiados os relativos a seguimento ou para comparação (estes em função da necessidade clínica).

Por outro lado, foi dada alta aos doentes cujo internamento estivesse diretamente relacionado com a realização de exames complementares, excetuando os considerados essenciais do ponto de vista clínico. Foram ativamente revistas todas as situações clínicas de doentes internados e adotadas as soluções para o devido encaminhamento de todos os casos sociais eventualmente existentes (e que se verificou serem inexistentes ou residuais).

Relativamente às limitações à atividade assistencial sentidas, na mesma resposta de 18 de novembro de 2020, o IPO do Porto informou que a criação de estruturas e alocação de espaços físicos à gestão dos doentes com suspeita de COVID-19, de forma a minimizar o risco de contágio de outros doentes e dos profissionais, colocou alguns constrangimentos à retoma à normalidade.

Referiu ainda existir uma adaptação contínua de procedimentos de modo a enquadrar, nas rotinas de cada serviço, as medidas de segurança de doentes e profissionais implementadas, verificando-se que estas medidas tornam alguns procedimentos mais demorados, implicando um decréscimo de eficiência.

O IPO do Porto destacou ainda os desafios na gestão das salas de espera, uma vez que à medida que aumenta a atividade assistencial, existe um acréscimo no número de doentes que se deslocam à Instituição e aos vários serviços, dificultando a implementação de medidas de segurança, nomeadamente o distanciamento social.

Já no que respeita o ano de 2021, verificou-se que o volume de atividade cirúrgica cancelada foi significativamente inferior relativamente aos valores observados em 2020. Assim, no total, foram canceladas 21 cirurgias oncológicas e 7 cirurgias não oncológicas. Por outro lado, aumentou o número de consultas canceladas em 2021 – no total, o IPO do Porto procedeu ao cancelamento de 258 primeiras consultas, 3.920 consultas subsequentes e 770 consultas de telemedicina. Ao longo do ano não foram canceladas sessões de quimioterapia nem de radioterapia.

No final do ano de 2021, toda a atividade alvo de cancelamento, por força da pandemia, já tinha sido recuperada.

Instituto Português de Oncologia de Coimbra

Relativamente ao IPO de Coimbra, a informação reportada *infra* é relativa ao período entre 11 de março e 31 de dezembro 2020.

Tabela 29 – Atividade cancelada pelo IPO de Coimbra

| Atividade | | Canceladas por força da pandemia (março-dezembro 2020) | Canceladas por força da pandemia (janeiro-dezembro 2021) | Total de cancelamentos |
|--------------------------|-----------------|--|--|------------------------|
| Cirurgias | Oncológicas | 64 (100%) | 0 (0%) | 64 |
| | Não oncológicas | 32 (100%) | 0 (0%) | 32 |
| Consultas | Primeiras | 583 (99%) | 3 (1%) | 586 |
| | Subsequentes | 6 660 (97%) | 177 (3%) | 6 837 |
| Consultas telemedicina | | 0 | 0 | 0 |
| Sessões de quimioterapia | | 0 | 0 | 0 |
| Sessões de radioterapia | | 0 | 0 | 0 |

Assim, de acordo com os dados reportados pelo IPO de Coimbra, entre 11 de março e 31 de dezembro de 2020, foram canceladas 96 cirurgias– 64 das quais associadas a doença oncológica e 32 a doença não oncológica –, e 7.243 consultas.

O cancelamento da atividade foi substancialmente mais expressivo ao longo de 2020, tendo-se verificado o cancelamento de apenas 200 consultas – três primeiras consultas e 177 consultas subsequentes – ao longo de 2021.

Tabela 30 – Atividade recuperada pelo IPO de Coimbra

| Atividade | | Reagendadas não realizadas (31 dez 2020) | Reagendadas já realizadas (31 dez 2020) | Aguardam reagendamento (31 dez 2020) | Reagendadas não realizadas (31 dez 2021) | Reagendadas já realizadas (31 dez 2021) | Aguardam reagendamento (31 dez 2021) |
|--------------------------|-----------------|--|---|--------------------------------------|--|---|--------------------------------------|
| Cirurgias | Oncológicas | 0 | 52 | 0 | 0 | 52 | 0 |
| | Não oncológicas | 0 | 24 | 0 | 0 | 24 | 0 |
| Consultas | Primeiras | 0 | 539 | 0 | 0 | 542 | 0 |
| | Subsequentes | 80 | 6 444 | 120 | 0 | 6 743 | 94 |
| Consultas telemedicina | | - | - | - | 0 | 0 | 0 |
| Sessões de quimioterapia | | - | - | - | 0 | 0 | 0 |
| Sessões de radioterapia | | - | - | - | 0 | 0 | 0 |

Do total da atividade cancelada, em 31 de dezembro de 2020 existiam 200 consultas subsequentes que ainda não tinham sido realizadas, 120 das quais ainda aguardavam reagendamento. As restantes cirurgias e consultas que tinham sido canceladas e não foram reagendadas, de acordo com o referido pelo prestador à ERS, foram resolvidas por cancelamento por diversos motivos plausíveis.

Segundo os esclarecimentos prestados a 3 de dezembro de 2020, em relação às cirurgias programadas, o momento mais crítico derivou do encerramento de salas de Bloco Operatório, na sequência de casos positivos de COVID-19 entre os profissionais, o que obrigou ao isolamento profilático de equipas, e que consequentemente acarretou a perda de atividade assistencial. O IPO de Coimbra referiu que houve necessidade de adiar cirurgias de doentes com prioridade normal e que todos os outros foram alvo de avaliação diária pela Comissão do Bloco, em articulação com o serviço de Anestesiologia e serviços cirúrgicos. Segundo o prestador houve uma recuperação gradual da atividade e da capacidade de bloco, sendo que na segunda quinzena de maio de 2020 a capacidade de salas de bloco disponível foi retomada a 100%.

Relativamente às consultas, o IPO de Coimbra referiu que, a 11 de março de 2020, foram adiadas, para além das Consultas de Risco Familiar e de Cessação Tabágicas, as consultas de seguimento em que estivesse apenas prevista a avaliação clínica. Nestes casos, a Direção Clínica determinou que fosse estabelecido em alternativa um contacto telefónico, registado como consulta sem a presença do doente. Posteriormente, a 17 de março a Direção Clínica decidiu pelo adiamento de todas as consultas de controlo, realizando um contacto telefónico também ele, registado como consulta sem a presença do doente.

No final de 2021, o IPO de Coimbra conseguiu recuperar praticamente toda a atividade cancelada, com exceção das consultas subsequentes. Assim, do total de consultas subsequentes canceladas (6.837) nos dois anos, encontravam-se ainda por realizar 94 consultas.

Instituto Português de Oncologia de Lisboa

Também no caso do IPO de Lisboa, segundo os esclarecimentos prestados à ERS, ao longo de 2020 não houve necessidade de se determinar cancelamentos sistemáticos da atividade para responder às necessidades resultantes da pandemia por COVID-19.

De acordo com o IPO de Lisboa, os cancelamentos indicados *infra* referentes ao ano de 2020 são relativos ao período entre 16 de março e 31 de dezembro. Deste modo, os cancelamentos reportados, mais expressivos nos primeiros meses da pandemia e principalmente na consulta externa, resultaram fundamentalmente da necessidade de diminuir o número de pessoas em circulação no hospital. Os cancelamentos nas restantes áreas deveram-se a faltas dos próprios

doentes aos tratamentos, por iniciativa própria ou por se encontrarem infetados ou terem tido contactos com pessoas infetadas. Por outro lado, também houve necessidade de, por curtos períodos e sectorialmente em alguns serviços, diminuir a capacidade disponível por falta de profissionais.

Assim, segundo os esclarecimentos prestados pelo IPO de Lisboa à ERS em 18 e novembro de 2020, existiu cancelamento de consultas presenciais, com o respetivo reagendamento na modalidade de teleconsulta, geralmente para doentes em *follow up*. Verificou-se igualmente um reforço da prática já existente de concentrar num só dia toda a atividade de que um utente necessita, evitando várias deslocações ao hospital e o alargamento de intervalos de consultas destinadas à prescrição de medicamentos em ambulatório, cuja frequência em circunstâncias normais, é determinada pela limitação dos períodos para os quais esses medicamentos podem ser dispensados e que, foram incrementados no ano de 2020, face ao contexto pandémico.

De acordo com os dados reportados pelo IPO de Lisboa à ERS, entre 16 de março e 31 de dezembro de 2020 foram canceladas 55 cirurgias – 35 das quais associadas a doença oncológica e 20 a doença não oncológica –, 27.191 consultas, 202 sessões de quimioterapia e 3.835 sessões de radioterapia.

Tabela 31 – Atividade cancelada pelo IPO de Lisboa

| Atividade | | Canceladas por força da pandemia (março-dezembro 2020) | Canceladas por força da pandemia (janeiro-dezembro 2021) | Total de cancelamentos |
|--------------------------|-----------------|--|--|------------------------|
| Cirurgias | Oncológicas | 35 (95%) | 2 (5%) | 37 |
| | Não oncológicas | 20 (80%) | 5 (20%) | 25 |
| Consultas | Primeiras | 2 723 (52%) | 2 467 (48%) | 5 190 |
| | Subsequentes | 24 468 (83%) | 4 954 (17%) | 29 422 |
| Consultas telemedicina | | 0 | 0 | 0 |
| Sessões de quimioterapia | | 202 (45%) | 248 (55%) | 450 |
| Sessões de radioterapia | | 3 835 (55%) | 3 144 (45%) | 6 979 |

Também no caso do IPO de Lisboa o cancelamento da atividade cirúrgica foi mais expressivo ao longo de 2020, tendo-se verificado o cancelamento de apenas 7 cirurgias em 2021. Por outro lado, não se verificou uma grande diferença no volume de primeiras consultas, sessões de quimioterapia e radioterapia canceladas em 2020 e 2021.

Tabela 32 – Atividade recuperada pelo IPO de Lisboa

| Atividade | | Reagendadas não realizadas (31 dez 2020) | Reagendadas já realizadas (31 dez 2020) | Aguardam reagendamento (31 dez 2020) | Reagendadas não realizadas (31 dez 2021) | Reagendadas já realizadas (31 dez 2021) | Aguardam reagendamento (31 dez 2021) |
|--------------------------|-----------------|--|---|--------------------------------------|--|---|--------------------------------------|
| Cirurgias | Oncológicas | 0 | 30 | 1 | 0 | 33 | 0 |
| | Não oncológicas | 0 | 13 | 4 | 0 | 17 | 0 |
| Consultas | Primeiras | 216 | 2 310 | 129 | 9 | 4 855 | 169 |
| | Subsequentes | 1 867 | 21 964 | 444 | 105 | 28 604 | 438 |
| Consultas telemedicina | | - | - | - | - | - | - |
| Sessões de quimioterapia | | 12 | 141 | 23 | 16 | 390 | 10 |
| Sessões de radioterapia | | 0 | 3 253 | 301 | - | 5 909 | 250 |

Das cirurgias canceladas, no final de 2020 cinco ainda aguardavam reagendamento. Destas, uma era do foro oncológica e quatro eram não oncológicas. No entanto, no final de dezembro de 2021, já toda a atividade cirúrgica tinha sido recuperada.

Quanto às consultas, segundo os dados reportados, das primeiras consultas que tinham sido canceladas em 2020 por força da pandemia 345 ainda não tinham sido realizadas, sendo que destas 129 ainda aguardavam reagendamento. Das 24.468 consultas subsequentes canceladas, 2.311 ainda aguardavam realização, 782 sem data de reagendamento. No final de 2021, das cirurgias canceladas em 2020 e 2021, permaneciam por realizar 178 primeiras consultas e 543 consultas subsequentes.

Relativamente às sessões de quimioterapia, no final de 2020 12 ainda não tinham sido realizadas, e 23 ainda não tinham data de reagendamento. Já no que se refere às sessões de radioterapia, no final de dezembro de 2020, existiam 301 utentes ainda a aguardar reagendamento de sessão de radioterapia. No entanto, segundo os esclarecimentos prestados, o número de cancelamentos reportados refere-se ao número total de sessões canceladas, não havendo associação ao motivo. Já no final de 2021, permaneciam por realizar 250 sessões de radioterapia e 26 doentes ainda aguardavam realização de sessões de quimioterapia.

Quanto às limitações à atividade assistencial sentidas, o IPO de Lisboa referiu, em 18 de novembro de 2020, que a pandemia alterara de forma profunda e global toda a atividade realizada, tornando-a extremamente mais difícil e pesada, devido a todos procedimentos necessários à mitigação em geral do risco de contaminação e, particularmente, dos doentes oncológicos, que têm suscetibilidades e risco aumentados às infeções. Segundo o IPO de Lisboa a manutenção do estatuto “livre de COVID-19” tinha óbvia justificação, mas requeria procedimentos rigorosos e trabalhosos de identificação e despistagem e de proteção individual, que conferiam grande complexidade ao desenvolvimento das tarefas diárias.

9. Conclusões

Em Portugal, o primeiro caso de COVID-19 foi registado no dia 2 de março de 2020. De modo a preparar o SNS para dar resposta ao expectável aumento de pressão causado pelo crescimento progressivo de novos casos, foram adotadas medidas relacionadas com a prestação de cuidados, nomeadamente o cancelamento de toda a atividade assistencial considerada não urgente, que associadas ao aumento acentuado do número de casos que se verificou nos meses seguintes, conduziram a uma redução significativa no volume de atividade programada realizada no SNS. Este impacto, patente nos indicadores de produção que a ERS tem vindo a monitorizar, fez-se sentir não só ao nível dos cuidados hospitalares e primários, como também na rede de convencionados do SNS.

Os cuidados de saúde de oncologia não foram exceção, tendo-se verificado, também nesta área de cuidados, uma diminuição na atividade relacionada quer com o diagnóstico da doença, quer com o tratamento, que começou a fazer-se sentir logo em março de 2020 e foi mais acentuada nos meses de abril e maio do mesmo ano, com um aumento da percentagem de incumprimento dos TMRG para os cuidados de saúde analisados. Concretamente, em 2020 verificou-se:

- Uma redução tanto ao nível dos MCDT realizados na rede de convencionados do SNS, como dos rastreios de base populacional;
- Uma diminuição no número de utentes referenciados pelos cuidados de saúde primários para os IPO (-18,6%), no número de primeiras consultas da especialidade realizadas (-24%) e no volume de consultas subsequentes (-23,6%). Por outro lado, verificou-se um efeito de substituição, com as consultas de telemedicina a aumentarem consideravelmente no período em análise;
- Um decréscimo nas cirurgias associadas a doença oncológica (-7,0%) e nas cirurgias não oncológicas (-20,5%);
- Uma diminuição no volume de sessões de radioterapia (-6,2%);
- A inexistência de variações significativas no volume de sessões de quimioterapia, no acumulado do ano de 2020.

No entanto, após os primeiros meses de diminuição acentuada da atividade, observou-se uma retoma progressiva da prestação de cuidados de saúde, transversal a todas as áreas de cuidados analisadas, ainda durante o ano de 2020.

Embora os primeiros meses de 2021 tenham sido novamente marcados por reduções na atividade, nos meses seguintes observou-se um aumento significativo da atividade face a 2020, no conjunto das áreas analisadas, com aproximação aos valores de atividade observados nos anos anteriores

à pandemia, ou sua superação em alguns casos, o que evidencia uma tendência de normalização da atividade assistencial nos IPO.

De acordo com os dados e esclarecimentos remetidos pelos IPO à ERS, a recuperação da atividade cancelada em 2020 foi resolvida, maioritariamente nesse mesmo ano. Não obstante, certo é que, comparativamente com os dois anos anteriores, se verificou uma redução significativa no número de consultas e de cirurgias realizadas em 2020 o que, não sendo explicado pela diminuição da produção dos IPO, poderá ser consequência da redução no número de utentes referenciados para estas unidades e da queda acentuada no número de rastreios realizados. Ou seja, o que poderá estar em causa são limitações no diagnóstico precoce e consequentemente no encaminhamento dos utentes, resultantes da acentuada queda na atividade dos cuidados de saúde primários do SNS, na realização de MCDT na rede de convencionados do SNS e na realização de rastreios.

Por outro lado, embora os primeiros meses de 2021 tenham sido marcados por novas reduções na atividade diretamente relacionada com o diagnóstico, para o acumulado do ano já foi visível o aumento do número de utentes referenciados para primeira consulta nos IPO e o consequente aumento na pressão sentida, com impacto nos tempos de espera para atendimento. Concretamente, verificou-se:

- Uma tendência de aumento de realização de MCDT e rastreios face a 2020;
- O aumento do número de referenciarções em cerca de 25%, face a 2020;
- O aumento do volume de primeiras consultas (44%) e de consultas subsequentes realizadas (31%), face a 2020;
- A manutenção do volume de consultas de telemedicina em níveis significativamente superiores aos registados nos anos pré-pandemia, ainda que se tenha registado uma diminuição face a 2020;
- O aumento do volume de cirurgias oncológicas em cerca de 22%, face a 2020, tendo este aumento sido transversal a todos os IPO;
- A redução do volume de atividade cirúrgica não oncológica em cerca de 1,5%, face a 2020;
- O aumento do volume de sessões de quimioterapia realizadas em cerca de 7,9%, face a 2020;
- Uma variação pouco expressiva do volume de sessões de radioterapia.

Quanto ao volume de reclamações rececionadas pela ERS e relativas aos três IPO, em 2020 verificou-se uma ligeira diminuição, relativamente a 2019, com destaque para a tendência de diminuição de reclamação associadas aos meses que corresponderam ao início das duas vagas da pandemia. Em 2021, os primeiros meses ainda foram marcados pela diminuição de reclamações face ao ano anterior, tendo a situação revertido em abril. Acresce que se verificou um aumento da

importância relativa de reclamações relacionadas com os temas “focalização no utente” e “acesso a cuidados de saúde”, temas que, no seu conjunto, motivaram 45% das reclamações em 2020 e 46% em 2021 (peso que se fixara nos 39% em 2019).

Importa, finalmente, frisar que o foco na atividade hospitalar realizada pelos IPO não resulta de uma opção metodológica da ERS mas sim da existência de limitações ao nível dos sistemas de informação utilizados por todos os prestadores de cuidados de saúde que impossibilitam a distinção inequívoca entre atividade oncológica e não oncológica, nomeadamente no que respeita às consultas e às referenciações realizadas pelos cuidados de saúde primários, pelo que a utilização dos dados reportados pelos prestadores de cuidados de saúde levaria a uma substancial subestimação do volume de atividade apurado. Esta limitação no reporte de informação sobre as consultas com suspeita ou confirmação de doença oncológica, detalhadamente relatada pelos próprios prestadores à ERS, obstaculiza a correta monitorização quer do volume de atividade quer do cumprimento dos TMRG, colocando em causa o direito dos utentes ao acesso a cuidados de saúde em tempo útil.

Desta forma, o Conselho de Administração da ERS entendeu ser de primordial importância emitir uma recomendação ao Ministério da Saúde, aos SPMS e à ACSS, no sentido de adotarem medidas adequadas a resolver os constrangimentos detetados ao longo das diferentes intervenções regulatórias, nomeadamente, de modo a permitir a tipificação de patologias oncológicas específicas na plataforma CTH para pedido de primeira consulta de doença oncológica (suspeita ou confirmação de doença oncológica), seja o pedido feito em sede de cuidados de saúde primários ou em sede intra/inter hospitalar, no respeito pelos TMRG definidos no ponto 2.2 do anexo I da Portaria n.º 153/2017, de 4 de maio, assim se assegurando a distinção inequívoca da patologia oncológica das demais patologias no pedido de consulta e, no caso dos cuidados de saúde primários, a referenciação direta para consultas de subespecialidade oncológica.

Por outro lado, foi igualmente determinada a emissão de recomendação aos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde primários do SNS e aos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde hospitalares do SNS, no sentido de adotarem medidas para adequar o funcionamento das suas organizações à garantia do escrupuloso cumprimento da Lei n.º 15/2014, de 21 de março, e da Portaria n.º 153/2017, de 4 de maio, concretamente, dos TMRG aí legalmente definidos, e para garantia do registo de toda a informação necessária ao controlo do cumprimento dos TMRG.



RUA S. JOÃO DE BRITO, 621 L32
4100-455 PORTO - PORTUGAL
T +351 222 092 350
GERAL@ERS.PT
WWW.ERS.PT