

Auditoria ao Acesso a Cuidados de Saúde Oncológicos no SNS

2017-2020

RELATÓRIO N.º 11/2022

2.ª SECÇÃO



TC
TRIBUNAL DE
CONTAS

Processo n.º 17/2020 – Audit – 2.ª S

Auditoria ao Acesso a Cuidados de Saúde Oncológicos no SNS

2017-2020

Relatório

Maio 2022

Ficha Técnica

COORDENAÇÃO E SUPERVISÃO

José António Carpinteiro (Auditor-Coordenador)

Pedro Fonseca (Auditor-Chefe)

EQUIPA DE AUDITORIA

Fernando Prego (Auditor)

Maria Conceição Silveiro (Técnica Verificadora Superior)

Rita Nunes Pereira (Técnica Verificadora Superior)

Sónia Morgado (Técnica Verificadora Superior Estagiária) – até maio 2021



SINOPSE

O presente relatório dá conta de uma auditoria ao acesso aos cuidados de saúde oncológicos no Serviço Nacional de Saúde (SNS), desenvolvida com o objetivo de examinar o acesso atempado a este tipo de cuidados de saúde diferenciados, entre 2017 e 2020, incluindo o exame dos efeitos da pandemia de COVID-19 na resposta dada pelo SNS nesta área, durante o primeiro ano de resposta àquela emergência de saúde pública.

Apesar de existirem procedimentos institucionalizados para o acompanhamento do acesso a cuidados de saúde oncológicos no SNS, os mesmos apresentam algumas falhas, particularmente resultantes do não desenvolvimento ou da não substituição atempada dos sistemas de informação de suporte. Assim, permanecem por apurar e monitorizar vários indicadores relativos ao acesso a cuidados oncológicos, nomeadamente os tempos e listas de espera nas primeiras consultas hospitalares na doença oncológica, bem como noutros cuidados de saúde essenciais neste contexto, como exames de diagnóstico e terapêutica específicos.

No acesso à cirurgia oncológica, verificou-se uma tendência de degradação dos resultados, entre 2017 e 2020, com uma cada vez maior proporção das cirurgias a ultrapassar os Tempos Máximos de Resposta Garantidos, constatando-se ainda a existência de assimetrias geográficas significativas. O crescimento da atividade cirúrgica no SNS naquele período (4,8%) não foi suficiente para fazer face ao acréscimo verificado na procura (6%).

Já no acesso a rastreios oncológicos de base populacional, em funcionamento para os cancros da mama, do colo do útero e do cólon e reto, verificou-se que não foram atingidos os objetivos de cobertura geográfica e populacional previstos para 2020, observando-se, neste ano, uma quebra na execução dos programas de rastreio.

A atividade do SNS, em 2020, foi condicionada pela necessidade de resposta à pandemia de COVID-19, com reflexo nas atividades de prevenção e resposta à doença oncológica.

No acesso à primeira consulta hospitalar na área oncológica, apesar de as limitações dos dados disponíveis não permitirem concluir objetivamente sobre o impacto da pandemia, a análise de dados parcelares sobre a atividade dos Institutos Portugueses de Oncologia (IPO) permite constatar uma redução nos novos pedidos de consulta, a diminuição da atividade e o aumento dos tempos médios de espera, entre 2019 e 2020.

Na área da cirurgia oncológica, a pandemia de COVID-19 teve como principal impacto a diminuição da identificação de necessidades cirúrgicas. As novas inscrições de utentes, para a realização de cirurgia, diminuíram 4,3% em 2020, face ao ano anterior, tendo as reduções sido particularmente acentuadas nos meses de abril (41,2%) e maio (35,0%), relativamente aos períodos homólogos.

Também os rastreios oncológicos foram fortemente afetados pela pandemia em 2020, tendo ocorrido períodos de suspensão da atividade dos rastreios, com particular incidência nos meses de março, abril e maio. As taxas de adesão dos utentes mantiveram-se estabilizadas, face a anos anteriores, pelo que a diminuição da atividade resultou da menor oferta do SNS: o número de utentes convidados a realizar rastreio em 2020, face a 2019, foi inferior em 46% no cancro da mama, em 54% no cancro do colo do útero e em 38% no cancro do cólon e reto.

Tendo em conta o impacto da pandemia de COVID-19 nas atividades de rastreio, deteção, diagnóstico e tratamento da doença oncológica no SNS, o Tribunal recomenda a aprovação, publicação e implementação de um plano quantificado e calendarizado de recuperação da atividade não realizada.

O Tribunal formula ainda várias recomendações relacionadas com os processos de definição, apuramento e monitorização dos indicadores, com o desenvolvimento e a integração dos sistemas de informação utilizados e com a melhoria dos resultados em termos de acesso.



ÍNDICE

I. SUMÁRIO	1
1. CONCLUSÕES	1
1.1. <i>Indicadores, metas e monitorização do acesso</i>	1
1.2. <i>Acesso a cuidados de saúde oncológicos: 2017-2020</i>	3
2. RECOMENDAÇÕES	8
II. INTRODUÇÃO	10
3. FUNDAMENTO, NATUREZA, OBJETIVO E ÂMBITO.....	10
4. METODOLOGIA.....	10
5. CONDICIONANTES E LIMITAÇÕES	11
6. EXERCÍCIO DO CONTRADITÓRIO	11
7. ENQUADRAMENTO.....	13
7.1. <i>Prevalência da doença oncológica em Portugal</i>	13
7.2. <i>Acesso a cuidados de saúde</i>	14
7.3. <i>Acesso ao SNS</i>	15
7.4. <i>Iniciativas da Comissão Europeia</i>	15
7.5. <i>O impacto da pandemia de COVID-19 na atividade do SNS</i>	16
III. OBSERVAÇÕES DE AUDITORIA	16
8. INDICADORES E METAS NO RASTREIO E ACESSO A CUIDADOS DE SAÚDE ONCOLÓGICOS	16
8.1. <i>Rastreios: o Programa Nacional para as Doenças Oncológicas e a contratualização de objetivos</i>	16
8.2. <i>Tempos Máximos de Resposta Garantidos</i>	19
9. MONITORIZAÇÃO DO ACESSO A CUIDADOS DE SAÚDE ONCOLÓGICOS NO SNS.....	20
9.1. <i>O SIGA SNS – Sistema Integrado de Gestão do Acesso</i>	21
9.2. <i>Programas de rastreio de base populacional</i>	24
9.3. <i>Registo Oncológico Nacional</i>	27
10. ACESSO A CUIDADOS DE SAÚDE ONCOLÓGICOS: 2017-2020	28
10.1. <i>Primeiras consultas de especialidade hospitalar</i>	28
10.2. <i>Cirurgias</i>	34
10.3. <i>Medicamentos</i>	48
10.4. <i>Rastreios oncológicos</i>	53
IV. VISTA AO MINISTÉRIO PÚBLICO	74
V. EMOLUMENTOS	74
VI. DECISÃO	74
ANEXOS	77
ANEXO I GESTÃO DO ACESSO A CUIDADOS DE SAÚDE NO SNS: COMPETÊNCIAS	79
ANEXO II TEMPOS MÁXIMOS DE ESPERA NOUTROS PAÍSES EUROPEUS	81
ANEXO III GESTÃO DOS PROGRAMAS DE RASTREIO ONCOLÓGICO: COMPETÊNCIAS	83
ANEXO IV CRITÉRIOS E IMPLEMENTAÇÃO DOS PROGRAMAS DE RASTREIO ONCOLÓGICO.....	85
ANEXO V PROCEDIMENTOS NA OPERACIONALIZAÇÃO E NA MONITORIZAÇÃO DOS RASTREIOS ONCOLÓGICOS	87
ANEXO VI DADOS ADICIONAIS SOBRE O ACESSO A CIRURGIA ONCOLÓGICA NO SNS.....	89
ANEXO VII MONITORIZAÇÃO DA ATIVIDADE DO RCM POR ARS	93
ANEXO VIII MONITORIZAÇÃO DA ATIVIDADE DO RCCU POR ARS.....	95
ANEXO IX MONITORIZAÇÃO DA ATIVIDADE DO RCCR POR ARS	97
ANEXO X RESPOSTAS DAS ENTIDADES OUVIDAS EM SEDE DE CONTRADITÓRIO.....	99
<i>Ministra da Saúde</i>	101
<i>Direção-Geral da Saúde</i>	111
<i>Administração Central do Sistema de Saúde, IP</i>	113
<i>Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE</i>	119
<i>INFARMED - Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, IP</i>	125
<i>Administração Regional de Saúde do Norte, IP</i>	127

<i>Administração Regional de Saúde do Centro, IP</i>	133
<i>Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP</i>	137
<i>Administração Regional de Saúde do Alentejo, IP</i>	141
<i>Administração Regional de Saúde do Algarve, IP</i>	145

ÍNDICE DE QUADROS

QUADRO 1 – METAS DE SAÚDE A 2020 – INDICADORES RELACIONADOS COM O ACESSO	17
QUADRO 2 – INDICADORES DE DESEMPENHO NA CONTRATUALIZAÇÃO COM OS CSP – RASTREIOS	18
QUADRO 3 – EVOLUÇÃO DOS TEMPOS MÁXIMOS DE RESPOSTA GARANTIDOS RELACIONADOS COM A DOENÇA ONCOLÓGICA	20
QUADRO 4 – INCONSISTÊNCIAS NOS DADOS CTH – ONCOLOGIA MÉDICA.....	29
QUADRO 5 – CONSULTAS CTH E TOTAL DE PRIMEIRAS CONSULTAS NOS IPO – 2017 E 2020.....	30
QUADRO 6 – DIVERGÊNCIAS NO NÚMERO DE PEDIDOS DE PRIMEIRA CONSULTA EM LEC (CTH) NOS IPO – 2017-2020.....	30
QUADRO 7 – PRIMEIRAS CONSULTAS REALIZADAS NOS IPO – 2017- 2020 E VARIAÇÃO 2019-2020	32
QUADRO 8 – DIMINUIÇÃO DAS CONSULTAS MÉDICAS PRESENCIAIS NOS CSP – 2019-2020	33
QUADRO 9 – INCONSISTÊNCIAS NOS DADOS DO SIGIC, COM INDICADOR ONCOLÓGICO – 2017-2020	35
QUADRO 10 – ENTRADAS NA LIC – COM INDICADOR ONCOLÓGICO – 2017-2020	36
QUADRO 11 – EVOLUÇÃO DO NÚMERO DE CIRURGIAS ONCOLÓGICAS – 2017-2020	37
QUADRO 12 – ENTRADAS NA LIC E PRODUÇÃO CIRÚRGICA ONCOLÓGICA – 2017-2020	37
QUADRO 13 – CIRURGIAS ONCOLÓGICAS – TEMPOS MÉDIOS DE ESPERA (DIAS) – 2017-2020	37
QUADRO 14 – LIC – UTENTES A AGUARDAR CIRURGIA ONCOLÓGICA NO FINAL DE CADA ANO – 2017-2020	40
QUADRO 15 – LIC – MEDIANA E MÉDIA DO TEMPO DE ESPERA (DIAS) DOS UTENTES A AGUARDAR CIRURGIA ONCOLÓGICA– 2017-2020	41
QUADRO 16 – LIC – UTENTES INSCRITOS EM LIC – 2017-2020.....	42
QUADRO 17 – NOTAS DE TRANSFERÊNCIA E VALES CIRURGIA EMITIDOS, CATIVADOS E CANCELADOS – 2017-2020.....	44
QUADRO 18 – NOTAS DE TRANSFERÊNCIA E VALES CIRURGIA –MOTIVOS DE CANCELAMENTO – 2017-2020	45
QUADRO 19 – CIRURGIAS ONCOLÓGICAS – PARTICIPAÇÃO DOS SETORES PÚBLICO E PRIVADO/SOCIAL – 2017-2020.....	45
QUADRO 20 – CANCELAMENTOS DA INSCRIÇÃO NA LIC POR ARS E ANO – 2017-2020	45
QUADRO 21 – CANCELAMENTOS DA INSCRIÇÃO NA LIC POR MOTIVO E ANO – 2017-2020	46
QUADRO 22 – DINÂMICA DO ACESSO A CIRURGIA ONCOLÓGICA POR ARS – 2019-2020	47
QUADRO 23 – INDICADORES DE DESEMPENHO – RASTREIOS	54
QUADRO 24 – RCM – ATIVIDADE GLOBAL POR ANO – 2017-2020	58
QUADRO 25 – RCCU – ATIVIDADE GLOBAL POR ANO – 2017-2020	62
QUADRO 26 – RCCR – ATIVIDADE GLOBAL POR ARS E ANO – 2017-2020	66
QUADRO 27 – SUSPENSÃO DA ATIVIDADE DOS PROGRAMAS DE RASTREIO ONCOLÓGICO, EM 2020	69
QUADRO 28 – IMPACTO DA PANDEMIA NA ATIVIDADE DOS PROGRAMAS DE RASTREIOS DE BASE POPULACIONAL, EM 2020	69
QUADRO 29 – IMPACTO DA PANDEMIA NA PROPORÇÃO DE UTENTES COM RASTREIOS ATUALIZADOS, EM 2020.....	70
QUADRO 30 – PROGRAMAS DE INCENTIVO – ÁREAS DE INTERVENÇÃO	71
QUADRO 31 – FINANCIAMENTO – PROGRAMAS DE RASTREIO.....	71
QUADRO 32 – PERIODICIDADE DOS PAGAMENTOS.....	72
QUADRO 33 – EXECUÇÃO DOS PROJETOS	72

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1 – CIRCUITO DOS UTENTES NO SNS E TEMPOS MÁXIMOS DE RESPOSTA GARANTIDOS.....	15
FIGURA 2 – COMPONENTES ASSISTENCIAIS EM QUE INCIDE O SIGA SNS	21
FIGURA 3 – COMPETÊNCIAS DAS ESTRUTURAS INTERVENIENTES NOS RASTREIOS ONCOLÓGICOS.....	25
FIGURA 4 – CIRURGIAS ONCOLÓGICAS – CUMPRIMENTO DOS TMRG – 2020.....	39
FIGURA 5 – DISTRIBUIÇÃO DOS TEMPOS DE ESPERA SUPERIORES A UM ANO.....	42

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 – CAUSAS DE MORTE E DE ANOS DE VIDA PERDIDOS, AJUSTADOS POR INCAPACIDADE, EM PORTUGAL – 1990-2019	13
GRÁFICO 2 – INCIDÊNCIA E MORTALIDADE ESPERADAS DO CANCRO EM PAÍSES DA UNIÃO EUROPEIA – 2020	14
GRÁFICO 3 – NÚMERO DE PEDIDOS DE CONSULTA REGISTADOS NOS CSP E ENVIADOS PARA OS IPO – 2017 E 2020	31
GRÁFICO 4 – CTH – PRIMEIRAS CONSULTAS REALIZADAS NOS IPO, POR PRIORIDADE (DIAS) – 2017-2020	32
GRÁFICO 5 – CTH – TEMPO MÉDIO DE ESPERA ATÉ À REALIZAÇÃO DA PRIMEIRA CONSULTA, POR IPO (DIAS) – 2017-2020	33
GRÁFICO 6 – CIRURGIAS ONCOLÓGICAS – INCUMPRIMENTO DOS TMRG – 2014-2020	38
GRÁFICO 7 – CIRURGIAS ONCOLÓGICAS – CUMPRIMENTO DOS TEMPOS DE RESPOSTA POR NÍVEL DE PRIORIDADE CLÍNICA – 2017-2020	39
GRÁFICO 8 – DISTRIBUIÇÃO DOS TEMPOS DE ESPERA DOS UTENTES EM LIC – 2020	41
GRÁFICO 9 – LIC – UTENTES EM ESPERA PARA ALÉM DOS TMRG – 2014-2020	43
GRÁFICO 10 – NOTAS DE TRANSFERÊNCIA E VALES CIRURGIA EMITIDOS – VARIAÇÃO ANUAL 2017-2020	44
GRÁFICO 11 – ENTRADAS NA LIC – COM INDICADOR ONCOLÓGICO – VARIAÇÃO 2019-2020	46
GRÁFICO 12 – CIRURGIAS ONCOLÓGICAS – VARIAÇÃO 2019-2020	47
GRÁFICO 13 – NÚMERO DE PROCESSOS DE AIM APROVADOS RELATIVOS A MEDICAMENTOS INOVADORES, 2017-2020 ..	49
GRÁFICO 14 – TEMPO MÉDIO DE AVALIAÇÃO DE MEDICAMENTOS ANTINEOPLÁSICOS E IMUNOMODULADORES, 2017-2020 (DIAS)	49
GRÁFICO 15 – PEDIDOS DE AVALIAÇÃO DE MEDICAMENTOS ANTINEOPLÁSICOS E IMUNOMODULADORES A AGUARDAR DECISÃO, 2017-2020	50
GRÁFICO 16 – DESPESA TOTAL COM MEDICAMENTOS DISPENSADOS EM MEIO HOSPITALAR NO SNS, 2017-2020 (€)	50
GRÁFICO 17 – QUANTIDADE DE MEDICAMENTOS ONCOLÓGICOS DISPENSADOS EM MEIO HOSPITALAR NO SNS, 2017-2020	51
GRÁFICO 18 – DESPESA COM MEDICAMENTOS ONCOLÓGICOS DISPENSADOS EM MEIO HOSPITALAR NO SNS, 2017-2020 (€)	52
GRÁFICO 19 – DESPESA UNITÁRIA COM MEDICAMENTOS DISPENSADOS EM MEIO HOSPITALAR NO SNS, COM E SEM INDICAÇÃO ONCOLÓGICA, 2017-2020 (€)	52
GRÁFICO 20 – RCM – TAXA DE COBERTURA GEOGRÁFICA ANUAL – 2017-2020	55
GRÁFICO 21 – RCM – TAXA DE COBERTURA GEOGRÁFICA POR ARS E ANO – 2017-2020	56
GRÁFICO 22 – RCM – TAXA DE COBERTURA POPULACIONAL ANUAL, TOTAL E POR ARS – 2017-2020	57
GRÁFICO 23 – RCM – TAXA DE ADESÃO ANUAL, TOTAL E POR ARS – 2017-2020	57
GRÁFICO 24 – RCM – PROPORÇÃO DE MULHERES NO GRUPO-ALVO COM RASTREIO ATUALIZADO – 2017-2020 (A 31/12)	59
GRÁFICO 25 – RCM – PROPORÇÃO MULHERES [50; 70], COM MAMOGRAFIA REGISTADA NOS ÚLTIMOS DOIS ANOS, POR ENTIDADE	59
GRÁFICO 26 – RCCU – TAXA DE COBERTURA GEOGRÁFICA ANUAL – 2017-2020	60
GRÁFICO 27 – RCCU – COBERTURA GEOGRÁFICA POR ARS E ANO – 2017-2020	60
GRÁFICO 28 – RCCU – TAXA DE COBERTURA POPULACIONAL ANUAL, TOTAL E POR ARS – 2017-2020	61
GRÁFICO 29 – RCCU – TAXA DE ADESÃO ANUAL, TOTAL E POR ARS – 2017-2020	61
GRÁFICO 30 – RCCU – PROPORÇÃO DE MULHERES NO GRUPO-ALVO COM RASTREIO ATUALIZADO – 2017-2020 (A 31/12)	62
GRÁFICO 31 – PROPORÇÃO DE MULHERES NO INTERVALO [25;60] ANOS, COM RASTREIO DO CANCRO DO COLO ÚTERO ATUALIZADO	63
GRÁFICO 32 – RCCR – TAXA DE COBERTURA GEOGRÁFICA ANUAL – 2017-2020	63
GRÁFICO 33 – RCCR – COBERTURA GEOGRÁFICA POR ARS E ANO – 2017-2020	64
GRÁFICO 34 – RCCR – TAXA DE COBERTURA POPULACIONAL ANUAL, TOTAL E POR ARS – 2017-2020	65
GRÁFICO 35 – RCCR – TAXA DE ADESÃO ANUAL, TOTAL E POR ARS – 2017-2020	66
GRÁFICO 36 – RCCR – PROPORÇÃO DE UTENTES NO GRUPO-ALVO COM RASTREIO ATUALIZADO – 2017-2020 (A 31/12) ..	67
GRÁFICO 37 – PROPORÇÃO DE UTENTES COM IDADE ENTRE [50; 75], COM RASTREIO CANCRO COLON E RETO ATUALIZADO	68

RELAÇÃO DE SIGLAS

Sigla	Designação
ACES	Agrupamento de Centros de Saúde
ACSS	Administração Central do Sistema de Saúde, IP
ARS	Administração Regional de Saúde, IP
CSP	Cuidados de saúde primários
CTH	Consulta a Tempo e Horas
DGS	Direção-Geral da Saúde
ERS	Entidade Reguladora da Saúde
HD	Hospital de destino (relativo às referências no âmbito do SIGIC)
HO	Hospital de origem (relativo às referências no âmbito do SIGIC)
HPV	Vírus do Papiloma Humano
INFARMED	INFARMED – Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, IP
INTOSAI	International Organization of Supreme Audit Institutions
IPO	Instituto Português de Oncologia ou Institutos Portugueses de Oncologia
LEC	Lista de espera para primeira consulta
LIC	Lista de inscritos para cirurgia
LPCC	Liga Portuguesa Contra o Cancro
LVT	Lisboa e Vale do Tejo
MCDT	Meios complementares de diagnóstico e terapêutica
NT	Nota de transferência
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
PNDO	Programa Nacional para as Doenças Oncológicas
PRR	Programa de Recuperação e Resiliência
RCCR	Rastreio do cancro do cólon e reto
RCCU	Rastreio do cancro do colo do útero
RCM	Rastreio do cancro da mama
RON	Registo Oncológico Nacional
SEAS	Secretário de Estado Adjunto e da Saúde
SIGA SNS	Sistema Integrado de Gestão do Acesso
SIGIC	Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia
SiiMA Rastreios	Sistema de informação para gestão do circuito de programas de rastreio
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SPMS	Serviços Partilhados do Ministério da Saúde
TMRG	Tempo máximo de resposta garantido
TdC	Tribunal de Contas
UF-CSP	Unidade funcional de cuidados de saúde primários
ULS	Unidade Local de Saúde
VC	Vale cirurgia



I. Sumário

- 1 Este relatório apresenta os resultados de uma auditoria ao acesso a cuidados de saúde oncológicos no Serviço Nacional de Saúde (SNS), abrangendo fundamentalmente os anos de 2017 a 2020.
- 2 A auditoria teve por objetivo examinar se o SNS garantiu, entre 2017 e 2020, o acesso atempado a cuidados de saúde na área oncológica, incluindo durante a disrupção do seu normal funcionamento em 2020, o primeiro ano da resposta à pandemia da doença COVID-19.
- 3 Neste âmbito, foram examinados os sistemas de monitorização e gestão do acesso implementados e foram avaliados os resultados obtidos nos indicadores de acesso apurados.

1. Conclusões

1.1. Indicadores, metas e monitorização do acesso

Existem indicadores para medição do acesso a cuidados oncológicos no SNS, mas alguns carecem de melhorias. (Ponto 8)

- 4 Na vertente preventiva, existem dois tipos de indicadores, que medem realidades similares, podendo-se justificar o seu maior alinhamento: por um lado, os indicadores de desempenho baseados nas taxas de cobertura geográfica e populacional dos três programas de rastreio oncológico de base populacional, definidas no âmbito do Programa Nacional para as Doenças Oncológicas (PNDO). Por outro lado, os indicadores contratualizados entre as administrações regionais de saúde, os agrupamentos de centros de saúde (ACES) e as unidades funcionais de cuidados de saúde primários (UF-CSP).
- 5 No diagnóstico e tratamento (consultas, meios complementares de diagnóstico e terapêutica e cirurgias), as metas assentam no cumprimento dos tempos máximos de resposta garantidos (TMRG) previstos na Lei n.º 15/2014, e definidos nas portarias associadas, mais recentemente na Portaria n.º 153/2017.
- 6 Na área oncológica existem, desde 2008, TMRG definidos para a realização de primeira consulta hospitalar, de cirurgia programada e de tratamentos não cirúrgicos e, a partir de 2017, foram também definidos TMRG para tratamentos de radioterapia e para vários exames que contribuem para o diagnóstico da doença.
- 7 Embora existam diferentes TMRG para as várias prioridades clinicamente atribuídas, não há TMRG definidos para patologias ou grupos de patologias oncológicas específicas. Num conjunto de outros 15 países da Europa ocidental analisados, perto de metade (44%) possuem tempos de espera fixados para tipos de cancro específicos.
- 8 Não foi obtida evidência da existência de um procedimento institucionalizado de suporte à definição e revisão dos TMRG, compreendendo auscultações regulares e abrangentes dos *stakeholders* com relevância para o processo, como os colégios de especialidades e competências da Ordem dos Médicos.

A monitorização do acesso a cuidados de saúde no SNS apresenta limitações, particularmente resultantes de insuficiências dos sistemas de informação utilizados, cuja substituição, embora prevista, se encontra atrasada. (Ponto 9)

- 9 O Ministério da Saúde continua a não dispor de sistemas de informação que disponibilizem, com rigor e oportunidade, informação transversal e global sobre o percurso dos utentes no SNS, incluindo os tempos de espera.
- 10 O Sistema Integrado de Gestão do Acesso (SIGA SNS), criado em 2017 com esse propósito, ainda não se encontra plenamente desenvolvido e implementado. Por um lado, encontra-se por aprovar a respetiva regulamentação, a concretizar por despacho do membro do Governo responsável pela área da saúde, incumprindo os prazos determinados, que variavam entre 90 e 180 dias, para cada uma das componentes do sistema (referenciação para 1.ª consulta hospitalar, para cirurgias, para MCDT, entre outras). Por outro lado, encontram-se por desenvolver grande parte dos sistemas de informação que suportam as componentes do SIGA SNS relativas aos fluxos e aos processos associados ao trajeto do utente no SNS.

Em resultado das limitações dos sistemas de informação utilizados, permanecem por apurar e monitorizar vários indicadores relativos ao acesso a cuidados oncológicos. (Ponto 9)

- 11 Permanecem por monitorizar de forma centralizada e uniforme vários indicadores de acesso, nomeadamente:
 - Tempos e listas de espera relativos a primeiras consultas hospitalares na doença oncológica, por nível de prioridade. O sistema de monitorização atual não permite identificar a totalidade dos pedidos de consulta associados à patologia oncológica, dado não existir um mecanismo que permita autonomizar este tipo de pedidos, e apenas são monitorizados os pedidos de consulta de especialidade hospitalar com origem nos CSP, e não os intra e inter-hospitalares.
 - Tempos e listas de espera para outros cuidados de saúde específicos ou que contribuem para o diagnóstico e a terapêutica da doença oncológica, como o tratamento não cirúrgico ou os tratamentos de radioterapia, nalguns casos com TMRG definidos desde 2008.
- 12 A interligação do Registo Oncológico Nacional com outros sistemas de informação não se encontra concluída e permanecem por disponibilizar os indicadores de acesso nele previstos.
- 13 Subsistem, também, lacunas na monitorização e nos sistemas de informação de suporte à atividade dos programas de rastreio oncológico de base populacional, bem como na divulgação atempada de informação, nos seguintes termos:
 - A implementação e a operacionalização dos programas são heterogéneas entre regiões, pela falta de normas definidas pela Direção-Geral da Saúde (DGS) e pela não implementação de um sistema de informação comum, interligado com outros sistemas de informação, e de indicadores padronizados;
 - Os reportes da DGS, relativos à avaliação e monitorização dos programas de rastreio, iniciados em 2015, e que deveriam ter periodicidade anual, têm sido publicados com cada vez maior desfasamento face ao ano a que se referem;
 - Os relatórios semestrais, da responsabilidade das ARS, no âmbito da monitorização regional, não têm vindo a ser elaborados.



1.2. Acesso a cuidados de saúde oncológicos: 2017-2020

1.2.1. Primeira consulta de especialidade hospitalar

Os dados sobre o acesso à consulta na área oncológica são limitados, não apresentando uma imagem, ainda que aproximada, do estado geral do acesso a esta componente de cuidados de saúde. (Ponto 10.1)

- 14 Os dados disponíveis e monitorizados a nível central, sobre o acesso a primeiras consultas de especialidade hospitalar, baseiam-se no sistema de informação de suporte à Consulta a Tempo e Horas (CTH) o qual inclui apenas as primeiras consultas hospitalares referenciadas pelas UF - CSP, não abrangendo, nomeadamente, a referência por parte de outros hospitais do SNS. Este sistema de informação também não permite distinguir, nos pedidos de primeira consulta de especialidade hospitalar, os referentes a doença oncológica, exceto na especialidade de oncologia médica. Assim, a análise central pelo Ministério da Saúde sobre listas de espera e consultas relativas a situações oncológicas, apenas é possível quanto: (i) à especialidade específica de oncologia médica; e (ii) à atividade de unidades hospitalares especializadas na área oncológica (os três institutos de oncologia (IPO) em Coimbra, Lisboa e Porto).
- 15 No entanto, tendo por referência os dados enviados pela Administração Central do Sistema de Saúde, IP (ACSS) e extraídos do sistema CTH, resultam valores de consultas de especialidade na área oncológica que ficam muito aquém dos valores reportados pelos IPO. Assim, para o quadriénio em análise (2017-2020), os dados do sistema CTH representam apenas entre 4,3% e 4,7% do número total de primeiras consultas de especialidade realizadas, divulgado pelos IPO do Porto e de Lisboa, nos seus relatórios anuais sobre o acesso a cuidados de saúde, e entre 22,3% e 26,4% no IPO de Coimbra. Dadas as limitações e as incongruências dos dados, a análise da informação disponível não se revela passível de apresentar uma imagem, ainda que aproximada, do acesso à primeira consulta hospitalar em situações oncológicas suspeitas ou confirmadas, pelo que se optou por não apresentar os resultados dos indicadores de acesso apurados neste domínio.

1.2.2. Cirurgia

O acesso à cirurgia oncológica no SNS não tem sido realizado dentro dos respetivos TMRG, existe uma tendência de degradação dos resultados no quadriénio analisado e constata-se assimetrias geográficas significativas (2017-2020). (Ponto 10.2)

- 16 Tem sido cada vez maior o afastamento face ao objetivo, delineado nas Metas de Saúde 2020, de reduzir a percentagem de cirurgias oncológicas que ultrapassam o TMRG para menos de 10% naquele ano. Se, em 2017, 18,5% das cirurgias foram efetuadas para além do TMRG, e o tempo médio de espera global atingia os 31 dias, no ano de 2020 essa proporção atingiu os 24,6% e o tempo médio de espera chegou aos 38 dias. Considerando os dados reportados em anteriores relatórios do Tribunal, verifica-se que a tendência de agravamento deste indicador já existia, pelo menos, desde 2014, e apenas foi quebrada em 2017.
- 17 A produção cirúrgica aumentou no triénio 2017-2019 (4,8%), mas as cerca de 141 mil cirurgias realizadas neste período não deram resposta à respetiva procura de cerca de 158 mil novas inscrições de utentes para cirurgia, que aumentou 6% no período. O diferencial entre a procura e a oferta traduziu-se no crescimento da dimensão da Lista de Inscritos para Cirurgia (LIC) de oncologia, no final de cada ano, até 2019. No final deste ano, estavam inscritos 5.900 utentes, o

que equivale a um acréscimo, face ao final de 2017, de 1.299 utentes (28,2%) que estavam a aguardar cirurgia oncológica.

- 18 A eficácia dos mecanismos de transferência de utentes no apoio à resolução da procura cirúrgica na área oncológica tem-se revelado, consistentemente, muito baixa. A taxa de cancelamento no triénio 2017-2019 foi de 96%, o que significa que apenas 4% dos utentes manifestaram a sua intenção de optar pela realização do procedimento cirúrgico em causa num hospital distinto do hospital de origem, onde o utente tem vindo a ser acompanhado.
- 19 A participação dos setores social e privado na realização de cirurgias oncológicas manteve-se marginal, situando-se entre 0,5% em 2017 e 0,7% nos restantes anos. Das 187.988 cirurgias realizadas no quadriénio, apenas 1.168 (0,6%) ocorreram em hospitais do setor social ou privado que colaboram com o SNS no âmbito do Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC).
- 20 Existem assimetrias regionais e locais no acesso a cuidados de saúde oncológicos. Em 2020, os tempos médios de espera das cirurgias realizadas variaram entre 24 dias na ARS Alentejo e 47 dias na ARS Algarve, e o incumprimento dos TMRG variou entre 2%, no distrito de Beja, e 44%, no distrito de Viseu.

1.2.3. Medicamentos

O crescimento da despesa com medicamentos oncológicos no SNS superou largamente a tendência geral, tendo o seu peso na despesa total com medicamentos em meio hospitalar atingido 32% em 2020 (Ponto 10.3)

- 21 A despesa com medicamentos oncológicos dispensados em meio hospitalar no SNS cresceu, em média, 16% ao ano entre 2017 e 2020, valor que compara com o crescimento médio anual de 4% nos medicamentos sem indicação oncológica. Neste contexto, o peso da despesa com medicamentos oncológicos no total da despesa com medicamentos dispensados em meio hospitalar aumentou de 25% em 2017 para 32% em 2020.
- 22 O crescimento da despesa com medicamentos oncológicos nos hospitais do SNS resulta quer de um efeito quantidade quer de um efeito preço. A evolução da despesa unitária com a dispensa de medicamentos nos hospitais do SNS, entre 2017 e 2020, traduz um aumento médio de 10% nos medicamentos com indicação oncológica e de 4% nos medicamentos sem indicação oncológica.

1.2.4. Rastreios

Nos rastreios oncológicos de base populacional não foram atingidos os objetivos de cobertura geográfica e populacional previstos para 2020, observando-se neste ano uma quebra na execução dos programas de rastreio. (Ponto 10.4)

- 23 Entre 2017 e 2019 os indicadores relativos à cobertura dos programas de rastreio oncológico apresentaram melhorias, embora tenham permanecido abaixo das metas definidas no âmbito do Plano Nacional de Saúde: cobertura geográfica de 100% nos três rastreios e coberturas populacionais de 90% no cancro da mama, de 75% no cancro do colo do útero e de 50% no cancro do cólon e reto.

- 24 A nível nacional, a cobertura geográfica, por ACES, em 2020, era de 80% no rastreio do cancro da mama, de 100% no rastreio do cancro do colo do útero, e de 89% no rastreio do cancro do cólon e reto. Na análise por UF-CSP, as coberturas geográficas foram inferiores, de 76%, 88% e 63%, respetivamente, para cada um dos rastreios.
- 25 A baixa cobertura geográfica na ARS Lisboa e Vale do Tejo (LVT), comparativamente às restantes ARS, no rastreio do cancro da mama (27%, por ACES e 29%, por UF-CSP, em 2020) e do colo do útero (de 100%, por ACES, mas de apenas 61%, por UF-CSP, em 2020), foi responsável pelo incumprimento da meta de cobertura geográfica global definida para 2020. No rastreio do cancro da mama, os resultados da ARS LVT traduzem a realização de testes num contexto mais “oportunistico”, fora do âmbito do programa de rastreio de base populacional.
- 26 A cobertura populacional do rastreio do cancro do cólon e reto cresceu significativamente nas ARS Algarve e Norte que, em 2019, já apresentavam uma cobertura superior à meta delineada para 2020. No entanto, o desempenho das restantes ARS ficou muito aquém do objetivo e, em 2020, apenas a ARS Norte conseguiu manter uma cobertura populacional acima de 50% da população alvo.
- 27 Nos indicadores apurados no âmbito da contratualização com as unidades funcionais de cuidados de saúde primários, que medem a existência de exames de rastreios atualizados, ainda que realizados fora do âmbito das convocatórias dos referidos programas, a proporção de utentes com rastreio atualizado rondou os 50%, entre 2017 e 2020, no rastreio do cancro do cólon e reto, e variou, no mesmo período, entre 56,6% (final de 2019) e 45,9% (final de 2020), no rastreio do cancro da mama.
- 28 A existência de diferentes contextos de realização dos exames de rastreio (oportunistico vs programado) e de diferentes indicadores que pretendem medir realidades similares, pode justificar a sua revisão no sentido de um maior alinhamento.

O financiamento dos programas de rastreio tem sido apontado, desde 2016, como uma condicionante à sua completa implementação, mas continua a não existir uma linha de financiamento específica. (Ponto 10.4.6)

- 29 A sustentabilidade financeira dos programas de rastreio oncológico tem vindo a ser apontada, nos relatórios de monitorização publicados pela DGS, desde 2016, como uma condicionante à sua efetiva implementação e expansão, sendo indicada como possível solução a criação de uma linha de financiamento específica.
- 30 O Programa de Incentivo à Integração de Cuidados e à Valorização dos Percursos dos Utentes no SNS, criado em 2017, que tinha por objeto a integração de cuidados a nível nacional, também incluiu uma vertente relativa aos programas de rastreio. No entanto, a sua execução foi de apenas 17%.

1.2.5. Impacto da pandemia de COVID-19 no acesso: cirurgias e rastreios oncológicos

As limitações dos dados disponíveis no sistema CTH não permitem concluir objetivamente sobre o impacto da pandemia no acesso à primeira consulta hospitalar na área oncológica. (Ponto 10.1.2)

- 31 Como anteriormente referido, o sistema CTH inclui apenas as primeiras consultas hospitalares referenciadas pelas UF-CSP (não inclui as primeiras consultas referenciadas pelo próprio hospital ou por outros hospitais) e não permite individualizar os pedidos diretamente relacionados com problemas oncológicos, exceto as referências para a primeira consulta na especialidade de oncologia médica.

Ainda assim, a análise de dados parcelares relativos à atividade dos IPO, embora não extrapolável para o universo, permite constatar uma redução nos novos pedidos de consulta, a diminuição da atividade e o aumento dos tempos médios de espera, entre 2019 e 2020. (Ponto 10.1.2)

- 32 Em 2020, o número de novos pedidos de primeira consulta dirigidos aos IPO, provenientes das UF-CSP, decresceu 16%, anulando o crescimento que se tinha verificado entre 2017 e 2019.
- 33 A pandemia teve também impacto relevante no número de primeiras consultas realizadas nos IPO, embora existam diferenças entre os vários indicadores apurados e entre os IPO. Entre as consultas realizadas e registadas no sistema CTH, provenientes de pedidos das UF-CSP, houve um aumento das consultas prioritárias e muito prioritárias e uma redução de 25% nas consultas de prioridade normal.
- 34 O tempo médio de espera até à realização de consulta aumentou em todos os IPO, passando de 27 dias, em média, em 2019, para 45 dias em 2020.
- 35 A diminuição das referências para consulta de especialidade hospitalar no SNS, provenientes das UF-CSP, pode resultar de dois fatores: a diminuição da atividade presencial nos CSP e a diminuição da atividade dos rastreios.
- 36 Verificou-se, por um lado, uma diminuição acentuada da atividade presencial nos CSP: o número de consultas médicas presenciais diminuiu 38% no ano de 2020, não tendo a substituição destas consultas por atividade não presencial permitido manter o ritmo de referência verificado em anos anteriores¹.
- 37 Por outro lado, a diminuição verificada na execução dos três programas de rastreio de base populacional na área oncológica também teve impacto no número de referências realizadas pelas UF-CSP para uma primeira consulta médica de especialidade hospitalar, dado esta referência constituir um resultado possível da atividade de rastreio.

¹ Cfr. dados disponíveis no [Portal da Transparência do SNS](#).



A pandemia de COVID-19 teve como principal impacto, na área da cirurgia oncológica, a diminuição da identificação de necessidades cirúrgicas, com as novas inscrições a diminuírem 4,3% em 2020, face ao ano anterior. (Ponto 10.2.7)

- 38 Os efeitos da pandemia tiveram um maior impacto na diminuição da identificação de necessidades cirúrgicas do que na redução dos cuidados cirúrgicos prestados: enquanto a atividade reduziu cerca de 3,8%, as novas inscrições de utentes diminuíram 4,8%, depois de anos de sucessivo crescimento, resultando num decréscimo de 1,4% na dimensão da LIC, face ao ano anterior.
- 39 As reduções das novas inscrições ocorreram de março a julho, e foram particularmente acentuadas nos meses de abril (41,2%) e maio (35,0%), relativamente aos mesmos meses de 2019.
- 40 Sendo as necessidades cirúrgicas identificadas em consulta de especialidade hospitalar, no âmbito da qual se procede à inscrição dos utentes em lista de espera para cirurgia, a sua redução terá sido, pelo menos em parte, resultado da menor referenciação de utentes para uma primeira consulta de especialidade hospitalar, proveniente das UF-CSP.
- 41 Apesar de esta dinâmica de menor inscrição em LIC se ter traduzido na sua diminuição face ao ano anterior, em 31/12/2020, dos 5.817 utentes que aguardavam cirurgia na área oncológica, cerca de 29% já se encontravam a aguardar cirurgia para além dos TMRG definidos para a sua situação clínica.

O ano de 2020 ficou marcado pela suspensão da atividade dos rastreios, com particular incidência nos meses de março, abril e maio, decorrente da situação epidemiológica provocada pela COVID-19, tendo ocorrido fortes reduções da atividade, face a anos anteriores. (Ponto 10.4)

- 42 O impacto da pandemia nos programas de rastreio de base populacional do cancro traduziu-se em acentuadas reduções da cobertura populacional anual e da proporção de utentes com rastreios atualizados.
- 43 As taxas de adesão dos utentes mantiveram-se estabilizadas em 2020, face a anos anteriores, pelo que a diminuição da atividade está relacionada com a menor oferta por parte do SNS. No ano de 2020, face a 2019:
 - No rastreio do cancro da mama, o número de mulheres convidadas foi 46% inferior, o número de mulheres efetivamente rastreadas diminuiu em 49%, e o número de casos positivos referenciados foi 38% inferior;
 - No rastreio do cancro do colo do útero, o número de mulheres convidadas foi 54% inferior, o número de mulheres efetivamente rastreadas diminuiu em 51%, e o número de lesões positivas referenciadas foi 28% inferior;
 - No rastreio do cancro do cólon e reto, o número de utentes convidados foi 38% inferior, o número de utentes efetivamente rastreados diminuiu em 39%, e o número de casos com lesões positivas foi 20% inferior.

2. Recomendações

45 Atentas as observações de auditoria e conclusões, formulam-se as seguintes recomendações.

À Ministra da Saúde

- R.1. Tendo em conta o impacto da pandemia de COVID-19 nas atividades de rastreio, deteção, diagnóstico e tratamento da doença oncológica no SNS, aprovar, publicar e implementar um plano quantificado e calendarizado de recuperação da atividade não realizada.
- R.2. Diligenciar pela produção e monitorização regular de informação completa e rigorosa sobre o acesso à primeira consulta hospitalar na área oncológica, particularmente sobre os novos pedidos de consulta, as listas de espera, as consultas realizadas e os respetivos tempos de espera associados, por forma a poder concluir sobre o efetivo cumprimento dos TMRG definidos.
- R.3. Assegurar a regulamentação das várias componentes do SIGA SNS, bem como a conclusão do desenvolvimento e a entrada em produção dos sistemas de informação necessários à sua efetiva operacionalização, tendo em conta que a sua criação remonta a 2017.
- R.4. Integrar os diferentes sistemas de informação disponíveis no SNS na área oncológica, nomeadamente os sistemas de suporte à atividade clínica, o SIGA SNS, os sistemas de suporte da atividade de rastreios de base populacional e o Registo Oncológico Nacional.
- R.5. Diligenciar pela discriminação gradual dos TMRG, por tipo de prestação e por patologia ou tipo de patologias, tendo em conta o previsto na Carta dos Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos utentes do SNS.
- R.6. Promover a definição e a revisão dos TMRG com base num processo institucionalizado e documentado, que inclua auscultações regulares e amplas dos *stakeholders* com relevância para o processo, como os colégios de especialidades e competências da Ordem dos Médicos.
- R.7. Analisar e monitorizar periodicamente a despesa com medicamentos oncológicos de modo a assegurar a sua sustentabilidade.
- R.8. Rever o modelo de monitorização dos programas de rastreio oncológico de base populacional, garantindo a sua aplicação completa e uniforme a nível nacional e o apuramento de indicadores rigorosos sobre a sua execução.
- R.9. Assegurar o financiamento dos programas de rastreio oncológico de base populacional, de modo a garantir que este contribui para a satisfação das necessidades efetivas neste domínio da Saúde Pública, divulgando as verbas disponibilizadas para o efeito, por região de saúde, incluindo as com origem na execução do Plano de Recuperação e Resiliência (PRR).
- R.10. Promover a equidade no acesso a cuidados de saúde, mediante a redução das acentuadas assimetrias regionais e reforço da capacidade de resposta por parte do SNS, designadamente através de uma adequada afetação de recursos e da revisão do processo de contratualização com as entidades integradas no SNS.

À Diretora-Geral da Saúde e ao Conselho Diretivo da Administração Central do Sistema de Saúde, IP

- R.11. Proceder a uma análise conjunta e detalhada das insuficiências e das incongruências dos dados relativos ao acesso à cirurgia na área oncológica reportadas pela DGS no “Relatório de monitorização – Atividade cirúrgica na doença oncológica – jan-jun 2019”, de outubro de 2020, e implementar medidas conducentes à sua efetiva eliminação.

À Diretora-Geral da Saúde

- R.12. Promover a implementação dos procedimentos necessários ao reporte da avaliação e monitorização dos rastreios oncológicos, que permita um acompanhamento sistemático e tempestivo das medidas determinadas pelo Ministério da Saúde.
- R.13. Tendo por base os critérios de uniformização e harmonização dos programas de rastreio oncológico, determinados pelo Ministério da Saúde, elaborar e publicar normas que garantam, em todas as regiões de saúde, a uniformização da operacionalização e da monitorização dos programas de rastreio oncológico de base populacional.
- R.14. No âmbito da atividade dos cuidados de saúde primários, ponderar a necessidade de alinhamento dos indicadores previstos para os programas de rastreio oncológico de base populacional e dos indicadores contratualizados e apurados pela ACSS..

Ao Conselho Diretivo da Administração Central do Sistema de Saúde, IP

- R.15. Diligenciar pela célere eliminação dos constrangimentos que têm obstado à efetiva implementação dos sistemas de informação que permitam ao Ministério da Saúde obter e partilhar, com rigor e oportunidade, informação transversal e global sobre o percurso dos utentes no SNS, os tempos de espera e a efetividade da resposta às necessidades dos utentes, designadamente o SIGA SNS e o SiiMA Rastreios.
- R.16. Em especial, tomar as medidas necessárias para ultrapassar os constrangimentos ao apuramento, à monitorização e à divulgação de informação completa e detalhada, a nível nacional, sobre o acesso à primeira consulta hospitalar na área oncológica, resultantes da desadequação do sistema de informação atualmente em utilização (CTH).

Aos Conselhos Diretivos das Administrações Regionais de Saúde, IP

- R.17. Promover a implementação rigorosa dos critérios de uniformização e harmonização dos programas de rastreio oncológico, determinados pelo Ministério da Saúde, no sentido de suprimir as assimetrias regionais existentes.
- R.18. Produzir os relatórios semestrais de acompanhamento dos programas de rastreio oncológico de base populacional, como determinado pelo Ministério da Saúde.

II. Introdução

3. Fundamento, natureza, objetivo e âmbito

- 46 Em cumprimento dos Programas de Fiscalização, para 2020 e 2021, da 2.^a Secção do Tribunal de Contas (TdC), realizou-se uma auditoria de resultados ao acesso a cuidados de saúde oncológicos no Serviço Nacional de Saúde (SNS).
- 47 A auditoria teve por objetivo examinar se o SNS tem garantido o acesso atempado a cuidados de saúde oncológicos, incluindo durante a disrupção do seu normal funcionamento no primeiro ano da resposta à pandemia da doença COVID-19. Neste sentido, constituíram objetivos específicos:
1. Identificar e avaliar o sistema de monitorização de desempenho do acesso a cuidados de saúde oncológicos;
 2. Avaliar o sistema de gestão de acesso dos utentes ao SNS nas áreas da prevenção e do tratamento oncológico;
 3. Avaliar os resultados obtidos nas seguintes áreas de acesso:
 - 3.1. Primeiras consultas hospitalares na doença oncológica suspeita ou confirmada;
 - 3.2. Cirurgias na área oncológica;
 - 3.3. Medicamentos na área oncológica;
 - 3.4. Rastreios oncológicos.
- 48 O âmbito temporal da auditoria abrange os anos de 2017 a 2020, dando continuidade às análises desenvolvidas pelo TdC em anteriores relatórios sobre o acesso ao SNS, que haviam analisado os resultados obtidos até 2016. Nas situações consideradas pertinentes, o âmbito temporal foi alargado a anos anteriores e posterior (2021), por forma a melhor enquadrar as observações efetuadas.

4. Metodologia

- 49 A metodologia adotada na realização da auditoria baseou-se nos manuais de auditoria do TdC (Manual de Auditoria – Princípios Fundamentais e Manual de Auditoria de Resultados), que acolhem as normas e orientações da *International Organization of Supreme Audit Institutions* (INTOSAI), instituição da qual o TdC é membro.
- 50 A auditoria assentou na seguinte dupla abordagem:
- o exame dos sistemas de gestão e controlo, com foco na análise: (i) dos indicadores utilizados para a monitorização do acesso; (ii) da monitorização realizada; (iii) dos sistemas de informação de suporte ao apuramento dos indicadores e à realização da monitorização;
 - o exame direto do desempenho, com foco: (i) na análise da evolução dos indicadores de acesso a cuidados de saúde oncológicos no SNS; (ii) na comparação dos resultados alcançados com os critérios determinados legalmente, ou definidos como metas, pelo Ministério da Saúde ou pelos seus organismos.
- 51 Constituíram critérios da auditoria: (i) legislação sobre acesso ao SNS e tempos de espera; (ii) relatórios técnicos e normas de orientação oficiais, nacionais e internacionais; e (iii) recomendações de anteriores relatórios de auditoria do TdC.
- 52 As evidências da auditoria foram obtidas pela: (i) recolha de dados em repositórios públicos, junto das entidades auditadas e em relatórios internacionais; (ii) análise da informação através

da sua compilação, tratamento e respetiva validação, quando aplicável, junto das entidades produtoras.

5. Condicionantes e limitações

- 53 As medidas excecionais e temporárias de resposta à situação epidemiológica provocada pelo coronavírus SARS-CoV-2 e pela doença COVID-19 determinaram a redução da extensão dos pedidos de informação e condicionaram a realização de trabalho de campo junto das entidades auditadas, tendo em conta os períodos alargados em que vigoraram estados de calamidade e de emergência.
- 54 A identificação de inconsistências nalguma informação disponibilizada implicou um acréscimo do tempo necessário para a sua análise, dada a necessidade de esclarecimentos e validações.
- 55 A análise dos resultados do acesso à primeira consulta de especialidade hospitalar na área oncológica foi prejudicada pelas limitações do sistema Consulta a Tempo e Horas (CTH), detalhadas nos pontos 9.1.2 e 10.1.1.
- 56 A análise da informação extraída do SIGIC, fornecida pela Administração Central do Sistema de Saúde, IP (ACSS), sobre o acesso à cirurgia no SNS, foi condicionada pelo envio de dados, relativos aos anos de 2019 e 2020, que se verificou, aquando da publicação do Relatório Anual do Acesso a cuidados de saúde nos estabelecimentos do SNS e entidades convencionadas, relativo a 2020, apresentarem disparidades face aos então publicados². Na sequência das validações efetuadas e dos esclarecimentos solicitados, foram obtidos, em janeiro de 2022, dados reportados como definitivos relativos àqueles anos³.
- 57 Realça-se a colaboração demonstrada no decurso da auditoria, na disponibilização da documentação e na prestação dos esclarecimentos solicitados, quer pelos dirigentes quer pelos funcionários contactados, nas entidades envolvidas.

6. Exercício do Contraditório

- 58 Nos termos dos artigos 13º e 87º, nº 3, da Lei nº 98/97, de 26 de agosto, o relato de auditoria foi enviado às seguintes entidades:
- Ministra da Saúde;
 - Diretora-Geral da Saúde;
 - Conselho Diretivo da Administração Central do Sistema de Saúde, IP;
 - Conselho de Administração dos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE;
 - Conselho Diretivo do INFARMED - Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, IP;
 - Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde do Norte, IP;
 - Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde do Centro, IP;
 - Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP;
 - Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde do Alentejo, IP;
 - Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde do Algarve, IP.

² Relatório Anual do Acesso a cuidados de saúde nos estabelecimentos do SNS e entidades convencionadas – 2020.

³ Segundo informação prestada pela ACSS, em janeiro de 2022, os dados finais de 2019 foram extraídos em 13/06/2020 e os dados finais de 2020 foram extraídos em 24/04/2021, após correções e ajustamentos da informação.

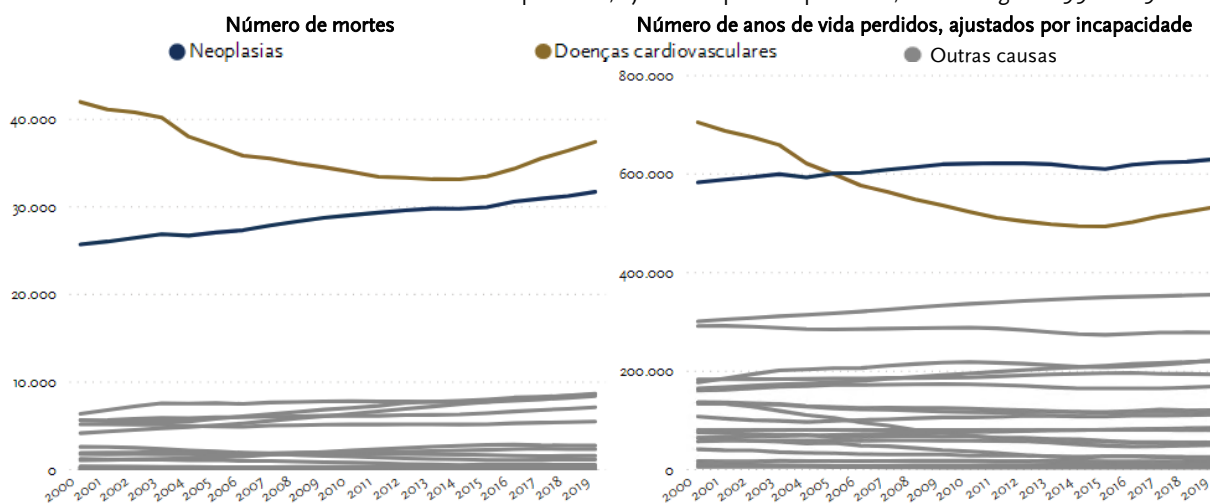
- 59 Todas as entidades se pronunciaram sobre o teor do relato de auditoria. As alegações apresentadas foram analisadas e, sempre que pertinente, consideradas na revisão do relato e reproduzidas nas partes tidas como relevantes nos pontos do Relatório a que respeitam, constando na íntegra no Anexo X, a fim de dar expressão plena ao princípio do contraditório.
- 60 Considerando o exercício do contraditório globalmente, destaca-se o seguinte:
- 61 No que respeita ao impacto da pandemia de COVID-19 no acesso ao SNS na área oncológica, e à recomendação daí decorrente, dirigida à Ministra da Saúde, no sentido da elaboração de um plano quantificado e calendarizado de recuperação da atividade não realizada, a Ministra da Saúde refere que o Ministério *“(...) teve sempre presente a priorização e preservação da atividade assistencial na área da oncologia (...)”*, apresentando resultados da atividade assistencial do SNS em 2021. Os indicadores apresentados, não exaustivos, denotam nalguns casos uma evolução positiva na recuperação da atividade não realizada em 2020. É ainda salientada a existência de investimentos previstos no PRR e a elaboração, em curso, do Plano/Estratégia Nacional de Luta Contra o Cancro, alinhado/a com o respetivo [Plano Europeu](#).
- 62 Tendo em conta o carácter extraordinário da redução da atividade verificada em 2020, considera-se que se mantém a necessidade de elaboração de um plano quantificado e calendarizado para recuperação daquela atividade, ainda que incorporado nos mecanismos de planeamento existentes, pelo que o Tribunal entende manter a recomendação formulada.
- 63 Quanto à recomendação relativa à produção e monitorização de informação completa e rigorosa sobre o acesso à primeira consulta hospitalar na área oncológica, a Ministra da Saúde salienta o desenvolvimento do SIGA SNS, que permitirá monitorizar todos os indicadores da referenciação nesta área.
- 64 Tendo em conta que o processo de implementação do SIGA SNS ainda não se encontra concluído, decorridos 4 anos desde a sua criação, o Tribunal entende manter a recomendação formulada.
- 65 No que respeita à recomendação sobre a promoção da equidade no acesso a cuidados de saúde no SNS, a Ministra da Saúde refere, neste âmbito, os processos de revisão das Redes de Referenciação Hospitalar, e que *“as metas do Plano de Recuperação e Resiliência, na área da Saúde, ou os incentivos à fixação de profissionais médicos têm, como objetivo último, assegurar esta equidade (...) e uma distribuição adequada dos recursos”* pelo território. Refere ainda que se perspetiva *“(...) para o triénio 2023-2025, a revisão do processo de contratualização com as entidades integradas no SNS”*.
- 66 Relativamente à recomendação sobre a análise e monitorização periódica da despesa com medicamentos oncológicos, de modo a assegurar a sua sustentabilidade, dirigida à Ministra da Saúde, o INFARMED nota a sua preocupação com o *“crescimento acentuado nesta área”*, referindo estar a *“acompanhar de perto esta tendência e a rever as condições de financiamento de alguns dos medicamentos responsáveis por este aumento”*.
- 67 No que respeita ao acompanhamento do acesso ao SNS na área oncológica, a ARS Algarve reforça que as principais limitações *“(...) decorrem dos sistemas de informação e da ausência de uma ferramenta de business intelligence que combine a necessidade de automatização da análise e da apresentação de resultados – hoje asseguradas em Excel e praticamente de forma manual, muito consumidora de tempo – que garanta maior rigor, utilidade, comunicabilidade, inteligibilidade e rapidez de acesso à informação”*.

7. Enquadramento

7.1. Prevalência da doença oncológica em Portugal

- 68 As doenças oncológicas têm um peso cada vez maior na sociedade, tanto em Portugal como no resto do mundo. De acordo com a Organização Mundial da Saúde, as doenças oncológicas são uma das principais causas de morte a nível global, tendo sido responsável por quase 10 milhões de mortes em todo o mundo, em 2020⁴. Em Portugal, as mortes resultantes de neoplasias ocupam o segundo lugar nas principais causas de morte, a seguir às doenças cardiovasculares, e têm vindo a ser, desde 2005, a principal causa de anos de vida perdidos, ajustados por incapacidade (Gráfico 1).

Gráfico 1 – Causas de morte e de anos de vida perdidos, ajustados por incapacidade, em Portugal – 1990-2019



Fonte: Global Burden of Disease Collaborative Network. [Global Burden of Disease Study 2019 \(GBD 2019\) Results](#). Seattle, United States: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), 2020.

Nota: Anos de vida perdidos, ajustados por incapacidade, por determinada causa, correspondem à soma dos anos de vida perdidos por morte prematura com origem nessa causa e do número de anos de vida saudável perdidos por incapacidade com origem na mesma causa, cfr. [WHO-Global Health Observatory](#).

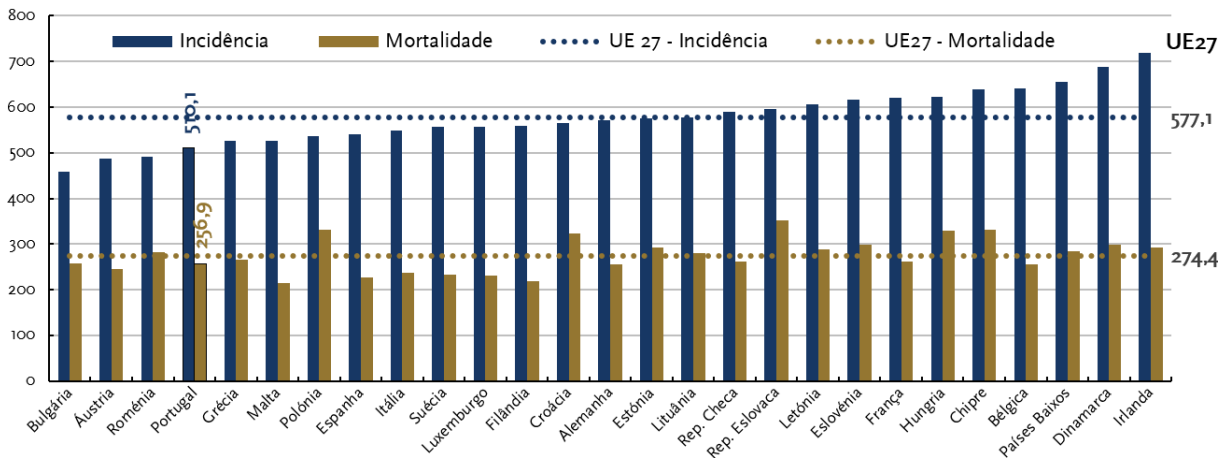
- 69 A Direção-Geral da Saúde (DGS) previa, em 2017, que a incidência de doenças oncológicas em Portugal aumentaria de forma sustentada, de cerca de 50 mil novos casos anuais em 2015 até cerca de 65 mil novos casos anuais em 2035, data final da previsão efetuada⁵.
- 70 No contexto da União Europeia (UE), os dados expectáveis, para 2020, de incidência e mortalidade, colocavam Portugal abaixo da média da UE a 27 em ambos os indicadores (Gráfico 2) particularmente quanto à incidência. É de salientar que a variabilidade da incidência entre países reflete não só os números reais de novos cancros, mas também diferenças nas políticas de rastreio nacionais e na qualidade da vigilância e do reporte na área oncológica⁶.

⁴ Organização Mundial da Saúde, [Cancer – Key facts](#), consultado em dezembro de 2021.

⁵ Cfr. DGS (2017). [Programa Nacional para as Doenças Oncológicas – 2017](#), p. 5.

⁶ Cfr. OECD/European Union (2020). [Health at a Glance: Europe 2020: State of Health in the EU Cycle](#), OECD Publishing, Paris. p. 122.

Gráfico 2 – Incidência e mortalidade esperadas do cancro em países da União Europeia – 2020



Fonte: OECD/European Union (2020). [Health at a Glance: Europe 2020: State of Health in the EU Cycle](#), OECD Publishing, Paris.
Nota: Taxas estandardizadas por idade, por 100 000 habitantes (baseado na População Europeia Estandardizada).

7.2. Acesso a cuidados de saúde

- 71 O acesso a cuidados de saúde é um dos temas centrais das preocupações dos cidadãos, motivando a subscrição de seguros de saúde⁷ e sendo responsável por parte substancial das reclamações dos utentes do SNS⁸. Sendo o SNS um sistema universal e tendencialmente gratuito, a problemática do acesso tem fundamentalmente um carácter temporal, associado aos hiatos que se verificam entre a identificação de uma necessidade clínica, a obtenção de um diagnóstico e o eventual tratamento, materializados em listas de espera relativas a diferentes prestações de saúde⁹.
- 72 Resultando de desequilíbrios entre a procura e a oferta de cuidados de saúde, as listas de espera podem ser objeto de políticas públicas do lado da oferta (aumento da capacidade instalada e/ou da produtividade) e do lado da procura (atribuição de prioridades de acordo com as necessidades clínicas dos utentes)¹⁰.
- 73 Em Portugal, as políticas públicas direcionadas ao acesso a cuidados de saúde concentraram-se inicialmente em programas temporários, focados no aumento da oferta¹¹ e, posteriormente, na criação de sistemas integrados de gestão das listas de espera de consulta hospitalar e de cirurgia¹². Para além de preverem objetivos em termos de tempos de acesso, estes programas permitiram um maior rigor no apuramento das listas e dos tempos de espera, bem como a divulgação pública e regular de informação sobre o tema.

⁷ Veja-se, a este propósito, o estudo da Entidade Reguladora da Saúde (ERS) (2015). [Os seguros de saúde e o acesso dos cidadãos aos cuidados de saúde](#), março de 2015, p. 42. Em inquérito aos utentes, concluiu-se que as razões mais frequentemente reportadas para subscrever um seguro de saúde são a vontade de conseguir “tempos de espera mais curtos nas consultas”, “prevenção”, “maior liberdade de escolha” e “tempos de espera mais curtos em cirurgias”.

⁸ Do total de temas mencionados nas reclamações ocorridas em 2020 e decididas pela ERS no mesmo ano, relativas a prestadores do SNS (57.854 menções), cerca de 37% (21.118) mencionavam os temas do “acesso a cuidados de saúde” e/ou dos “tempos de espera”. ERS (2020). [Sistema de gestão de reclamações – relatório de 2020](#).

⁹ Constituem outras vertentes da análise do acesso, a distância dos utentes aos serviços, a abrangência das prestações de saúde disponibilizadas e a sua qualidade, entre outras.

¹⁰ Cfr. TdC (2007). [Relatório n.º 25/2007 – 2.ª S, Auditoria ao Acesso aos Cuidados de Saúde do SNS – SIGIC](#).

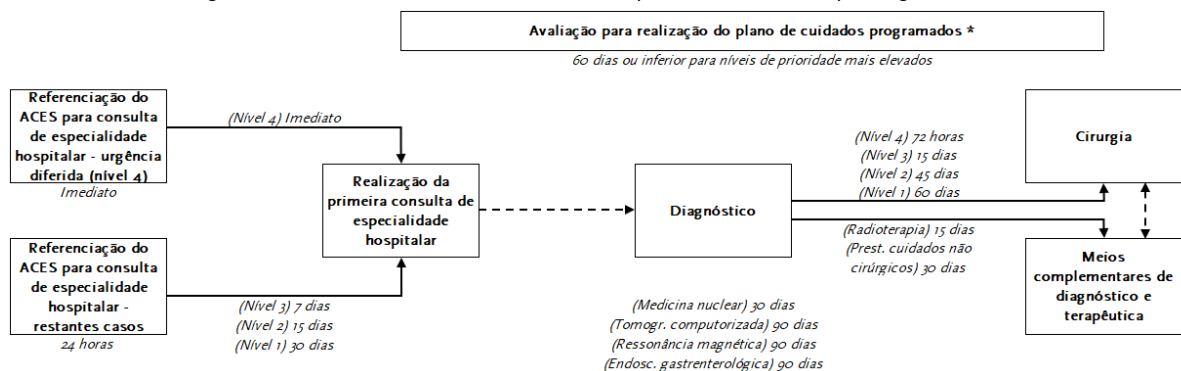
¹¹ Em 1995, foi lançado o Programa Especial de Recuperação das Listas de Espera, em 1997, o primeiro Programa de Promoção do Acesso, em 1999, o Programa de Promoção da Melhoria do Acesso e, em 2002, o Programa Especial de Combate às Listas de Espera Cirúrgicas, que complementou a oferta do SNS com a participação do setor privado, mediante a celebração de convenções.

¹² Em 2004, o Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC) introduziu, de forma permanente, um sistema de gestão integrada das listas de espera, por prioridade, e um sistema remuneratório para a produção de cirurgias fora do horário normal de trabalho. Foram ainda introduzidos programas específicos para as áreas da oftalmologia (Programa de Intervenção em Oftalmologia) e da obesidade (Programa de Tratamento Cirúrgico da Obesidade).

7.3. Acesso ao SNS

- 74 O acesso dos utentes aos cuidados de saúde prestados no SNS, incluindo o acesso a cuidados oncológicos, envolve várias dimensões, nomeadamente: (i) o acesso a cuidados preventivos, resultantes do seguimento dos utentes nas unidades funcionais de cuidados de saúde primários (UF-CSP) e dos programas de rastreio que lhe estão associados, (ii) o acesso a uma primeira consulta de especialidade hospitalar, em situações oncológicas suspeitas ou confirmadas, e (iii) o tratamento, seja por cirurgia, por meios complementares de terapêutica (como, por exemplo, radioterapia) ou por uma combinação de cuidados. A Figura 1 apresenta esquematicamente o circuito dos utentes no acesso ao SNS e os tempos máximos de resposta garantidos (TMRG) associados a algumas das etapas.

Figura 1 – Circuito dos utentes no SNS e tempos máximos de resposta garantidos



* Período decorrido entre a 1.ª consulta hospitalar e a elaboração do plano de cuidados mais adequado à situação clínica do utente ou, em alternativa, à emissão da alta do episódio hospitalar.

Fonte: Elaboração própria, com base nos TMRG previstos na [Portaria n.º 153/2017](#).

Nota: Os prazos definidos para algumas etapas do circuito, quando múltiplos, respeitam ao nível de prioridade definido, tendo em conta a situação clínica do utente: 1-Prioridade normal, 2-Prioritário, 3-Muito prioritário e 4-Urgência diferida. Os níveis de prioridade são definidos, quanto às primeiras consultas de especialidade hospitalar, no processo de triagem dos pedidos de consulta recebidos em cada hospital, efetuada por médicos. Quanto aos restantes cuidados prestados em meio hospitalar, já na sequência de uma primeira consulta, as prioridades são definidas neste âmbito, pelo respetivo médico.

- 75 As responsabilidades dos intervenientes nos processos de gestão do acesso, de nível central, regional e local, resultam da respetiva legislação orgânica e da legislação que criou e regulamentou o Sistema Integrado de Gestão do Acesso (SIGA SNS) (analisado no ponto 9.1), e encontram-se sintetizadas no Anexo I.

7.4. Iniciativas da Comissão Europeia

- 76 No início de fevereiro de 2021, a Comissão Europeia apresentou ao Parlamento Europeu e ao Conselho, o Plano Europeu de Luta contra o Cancro, que tem por base quatro domínios de ação fundamentais, com 10 iniciativas emblemáticas e diversas ações de apoio¹³.
- 77 Relacionado com o acesso a cuidados de saúde, a iniciativa emblemática 4 prevê um “*novo Programa de Rastreio do Cancro (2021-2025), apoiado pela UE, para ajudar os Estados-Membros a garantir um rastreio a 90% da população da UE elegível para rastreio do cancro da mama, do colo do útero e colorretal até 2025*”.

¹³ Cfr. [Comunicação da Comissão ao Parlamento Europeu e ao Conselho: Plano Europeu de Luta contra o Cancro](#). Constituem domínios de ação: a) a prevenção; b) a deteção precoce; c) o diagnóstico e o tratamento; e d) a qualidade de vida dos doentes e sobreviventes de cancro.

- 78 Este objetivo está em linha com o Objetivo de Desenvolvimento Sustentável da ONU (SDG) 3 – “Garantir o acesso à saúde de qualidade e promover o bem-estar para todos, em todas as idades” nomeadamente a meta, para as doenças não transmissíveis, de, até 2030, reduzir em um terço a mortalidade prematura através da prevenção e tratamento e promover a saúde mental e o bem-estar¹⁴.

7.5.O impacto da pandemia de COVID-19 na atividade do SNS

- 79 Em janeiro de 2020, a Organização Mundial da Saúde declarou a doença COVID-19 como emergência de saúde pública de âmbito internacional e qualificou-a, em março, como pandemia. Em Portugal, para dar resposta a esta situação epidemiológica, foi determinada a reorganização da prestação dos cuidados de saúde pelo SNS através, designadamente, da suspensão da atividade programada não urgente, da adoção de medidas de segurança para prevenção do contágio e da afetação de serviços, equipamentos e profissionais ao tratamento de doentes com COVID-19¹⁵. A atividade hospitalar foi ainda afetada pela diminuição da referenciação de doentes provenientes dos CSP. O impacto da pandemia nos indicadores de acesso de 2020 é analisado no ponto 10.

III. Observações de auditoria

8. Indicadores e metas no rastreio e acesso a cuidados de saúde oncológicos

- 80 Encontram-se definidos indicadores para avaliar o acesso a cuidados de saúde na área oncológica, embora alguns careçam de maior padronização e outros não tenham sido apurados pelo Ministério da Saúde. Os indicadores incluem metas de desempenho que, na vertente preventiva, se baseiam nas taxas de cobertura geográfica e populacional dos programas de rastreio, definidas no âmbito do Plano Nacional de Saúde e, nos casos oncológicos já identificados, assentam na definição de tempos máximos de resposta a cumprir na prestação dos cuidados de saúde.

8.1. Rastreios: o Programa Nacional para as Doenças Oncológicas e a contratualização de objetivos

- 81 No âmbito do Plano Nacional de Saúde, incumbe à DGS desenvolver programas de saúde prioritários, nos termos indicados pela tutela, entre os quais se encontra o Programa Nacional para as Doenças Oncológicas (PNDO)¹⁶. Para este programa, de âmbito sistémico, foram definidas a visão de “*diminuir os cancros evitáveis e os diagnósticos tardios através da prevenção e diagnóstico precoce e atenuar o impacto do cancro nos doentes e familiares*” e a missão de “*promover a prevenção, diagnóstico e tratamento das doenças oncológicas garantindo a equidade e a acessibilidade dos cidadãos*”¹⁷.
- 82 O benefício do diagnóstico precoce é consensual para atingir o objetivo de redução da incidência do cancro, permitindo diminuir os cancros evitáveis e os diagnósticos tardios. Os rastreios oncológicos de base populacional compreendem uma sequência de intervenções:

¹⁴ Cfr. UN, Department of Economic and Social Affairs (2021). [Sustainable Development Goals](#).

¹⁵ A suspensão da atividade programada não urgente foi determinada por Despacho, sem número, de 16 de março, da Ministra da Saúde. A retoma gradual desta atividade foi determinada pelo [Despacho n.º 5314/2020](#), de 2 de maio, também da Ministra da Saúde.

¹⁶ O Plano Nacional de Saúde em vigor data de 2015, tendo resultado da revisão e extensão a 2020 do anterior Plano Nacional de Saúde 2012-2016: (DGS (2015). [Plano Nacional de Saúde – Revisão e Extensão a 2020](#)). O [Despacho 6401/2016](#), de 11 de maio, na sua redação atual, determina os programas de saúde prioritários a desenvolver pela DGS.

¹⁷ Cfr. DGS (2017). [Programa Nacional para as Doenças Oncológicas](#), p. 2.

(i) identificação e convocação da população alvo; (ii) diagnóstico; (iii) terapêutica e vigilância após tratamento.

- 83 No período analisado (2017-2020), encontravam-se em execução três programas de rastreio oncológico de base populacional: o Rastreio do Cancro da Mama (RCM), o Rastreio do Cancro do Colo do Útero (RCCU) e o Rastreio do Cancro do Cólon e Reto (RCCR), cuja implementação nas várias regiões de saúde tem vindo a ocorrer de forma gradual desde 1986¹⁸.
- 84 No âmbito do PNDO, foram definidos indicadores de acompanhamento e fixadas metas, a atingir até 2020, para a cobertura geográfica e populacional dos programas de rastreio, bem como para a melhoria do cumprimento dos TMRG nas cirurgias oncológicas¹⁹. As metas constantes do Quadro 1 foram definidas em 2017, e não foram revistas na sequência do impacto expectável da pandemia de COVID-19. O seu cumprimento foi afetado pela diminuição da atividade programada do SNS relativa a doentes não-COVID^{20 21}.

Quadro 1 – Metas de Saúde a 2020 – indicadores relacionados com o acesso

Metas de Saúde a 2020	Indicadores	Base	Meta
A. Expandir a cobertura dos rastreios oncológicos de base populacional, a todo o território nacional e aumentar as taxas de cobertura populacional	Cobertura geográfica dos rastreios oncológicos de base populacional *	n.d.	100%
	Ind.1. Taxa de cobertura populacional do rastreio do cancro da mama	79,3%	90%
	Ind.2. Taxa de cobertura populacional do rastreio do cancro do colo do útero	20,8%	75%
	Ind.3. Taxa de cobertura populacional do rastreio do cancro do cólon e reto	2,1%	50%
B. Reduzir a percentagem de cirurgias oncológicas que ultrapassa o TMRG	Ind.4. Percentagem de doentes com cirurgia oncológica realizada acima do TMRG	16%	<10%

Fonte: Adaptado de DGS (2017). [Modelo de governação a 2020 – Plano Nacional de Saúde e Programas de Saúde Prioritários](#).

Notas: Das 4 metas definidas, não estão a ser consideradas na auditoria as seguintes: C. Promover a integração de cuidados entre cuidados de saúde primários e cuidados hospitalares em três patologias oncológicas; D. Garantir que 75% das patologias do reto, pâncreas e testículo são tratados em centro de referência, dado constituírem indicadores relacionados com a qualidade.

*O primeiro indicador, não numerado, não é explicitamente referido no documento, mas é mencionado na Meta A.

- 85 Salienta-se que a meta B define um objetivo, para 2020, inferior ao previsto na Carta dos Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos utentes do SNS, na qual se prevê o cumprimento dos TMRG a 100%²².
- 86 Complementarmente, na área dos rastreios oncológicos de base populacional, foram fixadas, como metas, a cobertura geográfica total, em cada ARS, nos três rastreios (cancro da mama,

¹⁸ De acordo com a informação prestada pelas ARS no âmbito da auditoria, o primeiro programa de rastreio de base populacional iniciou-se em 1986, na ARS Centro, no âmbito do cancro da mama.

¹⁹ Os indicadores referidos têm a seguinte formulação, adaptada de DGS (2020). [Programa nacional para as doenças oncológicas - Avaliação e monitorização dos rastreios oncológicos organizados de base populacional | Portugal | 2017/18](#):

Taxa de cobertura geográfica = N.º de agrupamentos de centros de saúde (ACES) com rastreio / N.º total de ACES ou N.º de unidades funcionais de cuidados de saúde primários (UF-CSP) com rastreio / N.º total de UF-CSP, dependendo de a perspetiva de análise ser a unidade ACES ou a unidade UF-CSP.

Taxa de cobertura populacional (anual) = N.º utentes convidados / População elegível anual.

População elegível anual = população elegível / periodicidade do rastreio (2 anos no rastreio do cancro da mama e no rastreio do cancro do cólon e reto, e 3 ou 5 anos no rastreio do cancro do colo do útero, dependendo da técnica de rastreio utilizada).

População alvo total = utentes inscritos dentro da faixa do rastreio.

População excluída = utentes excluídos por motivo clínico.

População elegível = população alvo total - população excluída.

Taxa de rastreio da população = N.º de utentes rastreados / População elegível anual.

²⁰ Houve apenas uma revisão das metas internas definidas no Quadro de Avaliação e Responsabilização da DGS.

²¹ Cfr. DGS (2017). [Modelo de governação a 2020 – Plano Nacional de Saúde e Programas de Saúde Prioritários](#), p. 19. No mesmo documento, foram definidos objetivos, associados às metas A, B, C e D, nomeadamente: “O1. Monitorizar indicadores de saúde na área das doenças oncológicas”, associado às metas A, B, C e D; “O2. Promover a cidadania em relação à doença oncológica”, associado à meta A; “O3. Influenciar a incidência das doenças oncológicas nomeadamente das três patologias rastreáveis” e “O4. Melhorar a recolha de dados no âmbito das doenças oncológicas”, ambos associados às metas A, B e D; “O5. Promover a qualidade e a equidade de acesso ao tratamento oncológico”, associado às metas B e D; “O6. Promover a articulação entre os diversos níveis de cuidados”, associado à meta C.

²² Aprovada e publicada em anexo à [Portaria n.º 153/2017](#), de 4 de maio.

cancro do colo do útero e cancro do cólon e reto), até ao final de 2017, e a melhoria das taxas de adesão (neste caso, sem objetivo quantitativa e temporalmente definido)²³.

- 87 Os indicadores de cobertura populacional definidos no PNDO (indicadores 1, 2 e 3 do Quadro 1), refletem a execução dos processos previstos nos programas de rastreio de base populacional, resultantes da identificação da população alvo e da população elegível, das correspondentes populações anuais, e da concretização dos convites aos utentes²⁴. Quando os programas de rastreio têm uma cobertura limitada e se encontram em progressiva expansão para a população não coberta, ou quando ocorrem alterações relevantes na população alvo do rastreio, a população elegível anual pode não corresponder ao total de indivíduos que, no momento de avaliação, se enquadravam nas condições de elegibilidade para os rastreios, e não tinham o respetivo rastreio atualizado²⁵.
- 88 Existem ainda indicadores de desempenho no sistema de contratualização dos cuidados de saúde primários, nas vertentes externa (entre as ARS e os ACES) e interna (entre os ACES e as UF-CSP). Estes indicadores, apresentados no Quadro 2, medem a proporção dos utentes da população alvo de cada rastreio com registo de exame de rastreio atualizado, independentemente de o mesmo ter sido realizado no âmbito do programa de rastreio de base populacional ou de forma oportunística (os utentes são rastreados sem terem sido convocados no âmbito do programa)²⁶.

Quadro 2 – Indicadores de desempenho na contratualização com os CSP – rastreios

Indicador	Intervalo esperado	Varição aceitável
044 – Proporção de mulheres entre [50; 70[anos, com mamografia registada nos últimos dois anos	[57; 80]	[50; 85]
045 – Proporção de mulheres entre [25; 60[anos, com rastreios do cancro do colo do útero efetuado	[52; 100]	[47; 100]
046 – Proporção de utentes com idade entre [50; 75[anos, com rastreio do cancro do cólon e reto efetuado	[52; 100]	[47; 100]

Fonte: Elaboração própria com base nos vários documentos relativos à Operacionalização da Contratualização com os CSP (ACSS, 2017, 2019 e 2020-2021) e no [Bilhete de Identidade dos Indicadores dos Cuidados de Saúde Primários para o ano de 2017](#) (ACSS, 2017).
Nota: Na avaliação dos indicadores, os resultados pertencentes ao intervalo esperado são valorizados com 2 pontos e os resultados pertencentes aos intervalos de variação aceitável são valorizados com um ponto, sendo outros resultados valorizados com zero pontos.

- 89 Tendo em conta a existência de indicadores diferentes que pretendem medir realidades similares, pode-se justificar a sua revisão no sentido de um maior alinhamento.
- 90 A DGS e a ACSS alegam, em sede de contraditório, que estão em curso conversações no sentido do alinhamento das métricas de monitorização da atividade dos rastreios com os indicadores de contratualização existentes. No mesmo âmbito, a ARS Centro reforça a necessidade da existência de um único indicador para a medição dos rastreios.
- 91 O Tribunal regista as diligências iniciadas, mantendo a recomendação proposta (R.14), tendo em vista a concretização de medidas que promovam o alinhamento daqueles indicadores críticos para esta área de atividade.

²³ Cfr. [Despacho n. 4771-A/2016](#), de 7 de abril, do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde (SEAS).

²⁴ Cfr., quanto aos conceitos, a nota de rodapé 19.

²⁵ A título de exemplo, no início de um rastreio com um ciclo de 2 anos, toda a população elegível deveria ser objeto de convite, e não apenas metade daquela população. Já numa situação de plena execução, o convite anual a metade da população elegível garante que a totalidade da população elegível é abrangida pelo programa de rastreio.

²⁶ O rastreio oportunístico é aquele que é efetuado no âmbito de uma abordagem individual a um utente, em consulta, e não no âmbito de um programa organizado, de base populacional.



8.2. Tempos Máximos de Resposta Garantidos

- 92 A Carta dos Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos utentes do SNS, cuja publicação original remonta a 2007, “(...) visa garantir a prestação dos cuidados de saúde pelo SNS e pelas entidades convencionadas em tempo considerado clinicamente aceitável para a condição de saúde de cada utente (...)”. Prevê-se, neste âmbito, a definição de TMRG, a sua atualização anual e a respetiva discriminação gradual por tipo de prestação e por patologia ou tipo de patologias²⁷.
- 93 Os TMRG têm vindo a evoluir no sentido do seu encurtamento e da previsão de metas para um universo crescente de cuidados de saúde (Quadro 3). Na área oncológica existem, desde 2008, TMRG específicos para a realização de primeira consulta hospitalar, de cirurgia programada e de tratamentos não cirúrgicos. A partir de 2017, foram também definidos TMRG para tratamentos de radioterapia e para vários exames que contribuem para o diagnóstico da doença oncológica. No entanto, não existem TMRG para diferentes patologias ou grupos de patologias oncológicas. Embora os estabelecimentos do SNS possam anualmente definir tempos de resposta próprios, por tipo de prestação e por patologia ou grupo de patologias²⁸, não se encontrou evidência, nos respetivos relatórios anuais sobre o acesso consultados pelo TdC, de que tal tenha ocorrido²⁹.
- 94 A Ministra da Saúde, em sede de contraditório, salienta que, para a maior discriminação dos TMRG, é “(...) essencial e prioritária (...)” a “(...) implementação das diferentes componentes do SIGA SNS (...)”, e que “(...) a Direção-Geral da Saúde e o Programa Nacional das Doenças Oncológicas encontram-se a estudar, simultaneamente, no âmbito do(a) Plano/Estratégia Nacional de Luta Contra o Cancro em elaboração, outras medidas de melhoria da definição dos TMRG, de que são exemplo os referidos indicadores”.
- 95 A definição e a revisão dos TMRG não resultaram de um processo institucionalizado e documentado, que incluísse auscultações regulares e compreensivas de entidades com relevância para o processo, como os colégios de especialidades e competências da Ordem dos Médicos. O processo baseou-se em contributos pontuais, em propostas de organismos do Ministério da Saúde e na conjugação dos tempos a definir com o desempenho pretérito dos prestadores dos cuidados de saúde do SNS³⁰.
- 96 A este respeito, em julho de 2018, o Relatório do Grupo Técnico Independente, constituído para avaliar os sistemas de gestão do acesso a cuidados de saúde no SNS, salientou que “Os critérios utilizados para definir os TMRG, seja para consulta hospitalar, seja para cirurgia, não estão disponíveis, nem foi possível ter acesso a informação classificada que permitisse entender se os critérios utilizados foram clínicos e/ou políticos, e qual o ratio subjacente aos mesmos” inferindo que “a decisão subjacente à definição dos TMRG terá sido política”³¹.

²⁷ Cfr. n.º 1 e n.º 3 do artigo 25.º e n.º 2 do artigo 26.º da [Lei n.º 15/2014](#). No mesmo sentido determinavam, respetivamente, o n.º 1 e n.º 3 do artigo 2.º e n.º 2 do artigo 3.º da Lei n.º 41/2007, entretanto revogada pela Lei n.º 15/2014. A Carta dos Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos utentes do SNS e os TMRG em vigor são os aprovados pela [Portaria n.º 153/2017](#), de 4 de maio. A definição de TMRG antecedeu a Carta dos Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos utentes do SNS, remontando a 2004, com a criação do SIGIC (Resolução do Conselho de Ministros n.º 79/2004, de 24 de junho). Previu-se a existência de um “tempo de espera admissível predefinido”, que viria a ser fixado em 12 meses no Manual do SIGIC.

²⁸ Cfr. n.º 3 do artigo 26.º da Lei n.º 15/2014, estes tempos deveriam constar dos respetivos planos de atividades e contratos-programa, tendo em conta os TMRG legalmente definidos.

²⁹ Sem prejuízo de, pontualmente, algumas entidades do SNS definirem metas internas nesse âmbito - cfr. informação obtida em reunião com a ACSS (22 de fevereiro de 2021).

³⁰ A definição dos TMRG envolveu a obtenção de pareceres (da Unidade Central de Gestão de Inscritos para Cirurgia, das ARS, da DGS, dos Coordenadores da Reforma do SNS e da Ordem dos Médicos). Foi ainda recolhida evidência da existência de contributos técnicos pontuais de sociedades científicas noutras especialidades, mas não na doença oncológica.

³¹ Grupo Técnico Independente (2018). [Avaliação dos sistemas de gestão do acesso a cuidados de saúde no Serviço Nacional de Saúde](#), p. 6. O Grupo Técnico Independente foi criado pelo [Despacho n.º 9317/2017](#), de 23 de outubro, do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, após a publicação do [Relatório n.º 15/2017 – 2ª S](#), do Tribunal de Contas.

- 97 Em sede de contraditório, a Ministra da Saúde informa que “(...) solicitou à Administração Central do Sistema de Saúde, I.P. que, em articulação com a Direção-Geral da Saúde, proceda à formalização da metodologia de definição técnica dos TMRG (...)”.

Quadro 3 – Evolução dos tempos máximos de resposta garantidos relacionados com a doença oncológica

Tipo de cuidado de saúde	Prioridade	Manual do SIGIC 2005	Port. n.º 1529/2008, de 26/12 01-01-2009	Port. n.º 87/2015, de 23/03 01-04-2015	Port. n.º 153/2017, de 04/05 01-06-2017
Primeira consulta em situação de doença oncológica suspeita ou confirmada	4		Imediato (Serviço de Urgência)		
	3		7 dias seguidos		
	2		15 dias seguidos		
	1		30 dias seguidos		
Cirurgia programada na doença oncológica	4	365 dias	72h		
	3	365 dias	15 dias seguidos		
	2	365 dias	45 dias seguidos		
	1	365 dias	60 dias seguidos		
Avaliação para realização do plano de cuidados programados (2)	4				24 horas
	3				7 dias seguidos
	2				30 dias seguidos
	1				60 dias seguidos
Cirurgia para correção morfológica em resultado de cirurgia oncológica anterior		365 dias	270 dias		
Tratamento não cirúrgico de doença oncológica (1)			45 dias seguidos	30 dias seguidos	
Intervalo entre terapêuticas nas modalidades de tratamento combinadas (1)			30 dias		
Endoscopia gastroenterológica (2)					90 dias seguidos
Exames de medicina nuclear (2)					30 dias seguidos
Exames de tomografia computadorizada (2)					90 dias seguidos
Ressonâncias magnéticas (2)					90 dias seguidos
Tratamentos de radioterapia					15 dias seguidos

Notas: (1) Poderão ser inferiores, nomeadamente os tempos “considerados clinicamente adequados”, “de acordo com o estado da arte” (Portarias de 2008 e 2015) ou “de acordo com as orientações e normas emitidas pela Direção-Geral da Saúde” (Portaria de 2017), mas tais tempos não são formalizados. Salienta-se ainda que o TMRG pode ser ultrapassado, “por razões clínicas devidamente fundamentadas”. (2) Tempos gerais, não específicos da doença oncológica.

Fonte: Elaboração própria.

- 98 No sentido de se obter uma visão comparativa, procedeu-se à recolha de informação relativamente a outros 15 países da Europa Ocidental (Anexo II)³². Verificou-se que a discriminação por tipo de prestação dos cuidados de saúde e por prioridade atribuída à necessidade de saúde é mais elevada em Portugal e Itália. No que toca à fixação de tempos de espera para tipos de cancro específicos, Suécia e Noruega apresentam a maior desagregação dos países analisados, tendo ambos optado pela criação de guias de diagnóstico distintos para cada tipo de cancro, cada um dos mesmos tendo um tempo máximo de espera específico. Entre os 16 países analisados, 75% têm TMRG fixados, 56% estabeleceram tempos máximos para cuidados oncológicos, e 44% fixaram tempos de espera para tipos de cancro específicos (Anexo II). Quando comparáveis, os tempos fixados apresentam alguma proximidade entre os diferentes países.

9. Monitorização do acesso a cuidados de saúde oncológicos no SNS

- 99 O Ministério da Saúde não dispõe de sistemas de informação adequadamente integrados, que permitam o apuramento automatizado e a monitorização a nível nacional da totalidade dos tempos de espera suportados pelos utentes no diagnóstico e no tratamento da doença

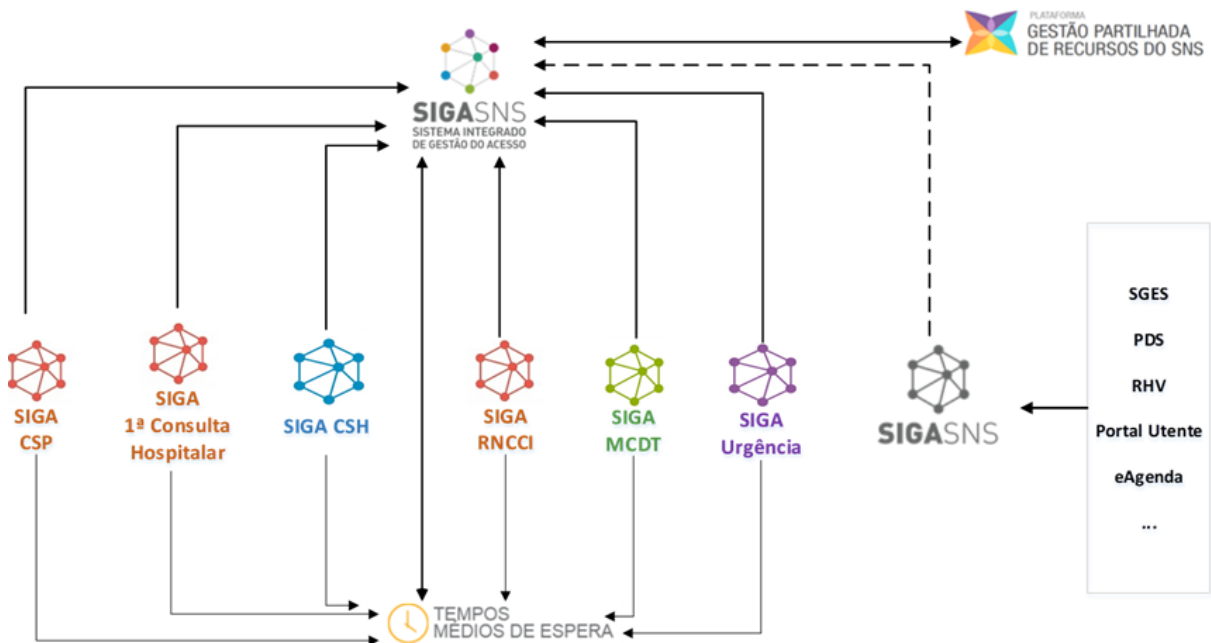
³² Para alguns países (Andorra, Mónaco, Liechtenstein, San Marino e Suíça), não foi identificada informação.

oncológica. Subsistem, também, lacunas na monitorização e nos sistemas de informação de suporte à atividade dos rastreios e atrasos no desenvolvimento do Registo Oncológico Nacional (RON), bem como na sua integração com outras plataformas.

9.1. O SIGA SNS – Sistema Integrado de Gestão do Acesso

100 O acesso dos utentes ao SNS é atualmente enquadrado pelo SIGA SNS (Figura 2)³³. Nos termos do artigo 3.º da Portaria n.º 147/2017, de 27 de abril, este tem por objetivos o acompanhamento, controlo e gestão integrados do acesso ao SNS, bem como possibilitar uma visão global e transparente do percurso do utente na procura da prestação dos cuidados de saúde. O SIGA SNS assenta em componentes específicas de referênciação e acesso a áreas particulares da prestação dos cuidados de saúde³⁴ e numa componente agregadora de informação designada SIGA SI³⁵.

Figura 2 – Componentes assistenciais em que incide o SIGA SNS



Fonte: ACSS.

9.1.1. Regulamentação e sistemas de informação de suporte

101 Não obstante estejam estabelecidos, desde 2017, os princípios gerais e os princípios específicos do SIGA SNS e de cada uma das suas componentes, encontra-se por aprovar a respetiva regulamentação, a concretizar por despacho do membro do Governo responsável pela área da Saúde. Nos termos definidos na Portaria n.º 147/2017, os regulamentos específicos de cada componente deveriam ter sido aprovados nos prazos de: 90 dias (SIGA 1.ª Consulta Hospitalar

³³ Criado pelo [Decreto-Lei n.º 44/2017](#), de 20 de abril, o qual aditou o artigo 27.º-A – Sistema Integrado de Gestão do Acesso à Lei n.º 15/2014, de 21 de março, e regulamentado pela [Portaria n.º 147/2017](#), de 27 de abril.

³⁴ SIGA para cuidados de saúde primários (SIGA CSP), SIGA para as primeiras consultas de especialidade hospitalar (SIGA 1.ª Consulta Hospitalar), SIGA para cuidados de saúde hospitalares, (SIGA CSH), SIGA para a realização de Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (SIGA MCDT), SIGA para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (SIGA RNCCI) e SIGA para a Rede de Urgência (SIGA Urgências).

³⁵ Cumprindo o determinado nos n.ºs 2 e 3 do artigo 27.º e no n.º 2 do artigo 27.º-A, da Lei n.º 15/2014.

e SIGA CSH vertente SIGA Procedimentos Hospitalares Cirúrgicos); 120 dias (SIGA CSP e SIGA MCDT); 180 dias (SIGA CSH vertente SIGA Procedimentos Hospitalares Não Cirúrgicos).

102 Decorridos 4 anos desde a criação do SIGA SNS, também ainda não se encontram em pleno funcionamento os sistemas de informação que o suportam. À data da conclusão da auditoria³⁶:

- a) Estavam implementadas as componentes relativas à vertente transacional, nos sistemas de informação locais das UF-CSP e das unidades hospitalares que suportam a atividade administrativa e clínica realizada pelos profissionais de saúde no SNS³⁷, sem prejuízo da necessidade de eventuais ajustamentos subsequentes para as demais componentes do projeto SIGA³⁸;
- b) Encontravam-se por implementar as componentes relativas aos fluxos e aos processos associados ao trajeto do utente no SNS (o RSE SIGA³⁹), apresentando cada vertente diferentes estados de implementação:
 - i) Referenciação das unidades de cuidados de saúde hospitalares para os cuidados de saúde primários (Fase 1 do projeto): em fase de ativação; disponível em seis instituições hospitalares e em nove ACES e prevista para breve a ativação das restantes instituições;
 - ii) Referenciação dos cuidados de saúde primários para uma 1.ª consulta de especialidade hospitalar (Fase 2 do projeto): concluídos e disponibilizados os desenvolvimentos necessários, nos sistemas locais dos prestadores de cuidados de saúde; em funcionamento na Unidade Local de Saúde (ULS) do Litoral Alentejano; ativação generalizada em curso, estando prevista a ativação nacional até ao final do primeiro semestre de 2022;
 - iii) Referenciação intra e inter-hospitalar, para 1.ª consulta de especialidade (Fase 3 do Projeto): fase esteve suspensa devido à pandemia de COVID-19; conclusão, no primeiro trimestre de 2022, dos documentos de análise e especificações técnicas, estando previsto, para breve, o início da fase de desenvolvimento;
 - iv) Referenciação de e para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (Fase 4 do projeto): fase não iniciada, a enquadrar no projeto de transformação digital da saúde constante do Pilar 3 do Plano de Recuperação e Resiliência;
 - v) Referenciação da Linha SNS 24 para os prestadores (Fase 5 do projeto): implementada a referenciação do SNS 24 para os cuidados de saúde primários em todo o território nacional; a referenciação do SNS 24 para a urgência hospitalar encontra-se em desenvolvimento;
- c) A componente de *Business Intelligence* do SIGA⁴⁰: concluída e em validação para as fases 1, 2 e 5 do projeto.

103 Em sede de contraditório, a Ministra da Saúde informa que “(...) à data, os trabalhos técnicos necessários para a implementação do SIGA SNS, designadamente, os sistemas de informação de suporte, encontram-se numa fase de desenvolvimento avançada, que permitirá a

³⁶ Cfr. informação constante do ofício n.º 34085/2020/ACSS da ACSS, recebido por email de 5 de junho de 2020, atualizada em reunião de 22 de fevereiro de 2021, com representantes da ACSS, por email da UGA/ACSS, de 26 de julho de 2021. O estado de implementação foi atualizado após o contraditório, com base na informação comunicada pelo Presidente do Conselho Diretivo da ACSS e pelo Presidente do Conselho de Administração dos SPMS.

³⁷ Registos dos diferentes eventos clínicos (consultas nos CSP ou nos hospitais, realização de MCDT, entre outros).

³⁸ Encontravam-se à data implementados os desenvolvimentos necessários para conclusão da fase 2 do projeto RSE SIGA.

³⁹ Projeto em desenvolvimento que concretiza o documento digital “Título de Acesso Integrado”. Este título caracteriza o acesso aos cuidados de saúde no SNS e serve de referenciação clínica, sendo denominado como Via de Acesso Integrado ao SNS (VAI SNS), nos termos definidos no artigo 19.º da Portaria n.º 147/2017, de 27 de abril.

⁴⁰ Vertente de medição e gestão, relativa à obtenção de informação sobre o cumprimento dos TMRG e sobre o desempenho agregado dos prestadores de cuidados.



regulamentação das várias componentes do sistema previstas na Portaria n.º 147/2017, de 27 de abril”.

- 104 No mesmo âmbito, a ACSS reforça que considera prioritários os desenvolvimentos em falta para completa implementação do SIGA SNS, os quais se encontram consignados no contrato programa com a SPMS para 2022.

9.1.2. Informação monitorizada

- 105 Permanecem por monitorizar de forma sistemática e centralizada grande parte dos indicadores de acesso, dado o atraso na implementação do SIGA SNS, nomeadamente os relativos às primeiras consultas hospitalares na área oncológica e os indicadores relativos a cuidados de saúde não cirúrgicos.
- 106 Relativamente às componentes SIGA 1.ª Consulta Hospitalar e SIGA CSH, mantêm-se em vigor os sistemas de gestão do acesso que aquelas vêm substituir (CTH⁴¹ e SIGIC⁴², respetivamente), bem como os respetivos sistemas de informação de suporte, cuja abrangência é insuficiente.
- 107 Por um lado, o SIGIC inclui apenas tratamentos cirúrgicos, e não outros procedimentos e tratamentos hospitalares. Assim, apesar de se encontrarem definidos TMRG para outros cuidados de saúde específicos ou que contribuem para o diagnóstico e a terapêutica da doença oncológica, alguns dos quais remontam a 2008⁴³, as listas e os tempos de espera no acesso a esses cuidados não são monitorizados a nível nacional⁴⁴. São exemplos o acesso a tratamentos de radioterapia, ao tratamento não cirúrgico de doença oncológica, ou a exames complementares de tomografia computadorizada ou de ressonância magnética (cfr. ponto 8.2).
- 108 Por outro lado, o sistema de informação de suporte ao CTH apresenta diversas debilidades reconhecidas⁴⁵:
- ausência de informação para a monitorização da referenciação dos pedidos de primeira consulta hospitalar com origem em pedidos intra e inter-hospitalares, existindo apenas dados relativos aos pedidos daquela consulta provenientes das UF-CSP (em 2020, cerca de 32,6% do total de primeiras consultas realizadas⁴⁶);
 - não permite a medição, de forma centralizada e sistemática, pela Unidade de Gestão do Acesso da ACSS, dos tempos de espera associados ao acesso à consulta de especialidade hospitalar na doença oncológica suspeita ou confirmada, uma vez que não prevê qualquer

⁴¹ O sistema Consulta a Tempo e Horas (CTH), criado pela Portaria n.º 615/2008, de 11 de julho, “*contém toda a informação relativa aos pedidos de consulta, desde o momento do seu registo no sistema informático até que fiquem concluídos*”. Cfr. ACSS – [Consulta a Tempo e Horas](#).

⁴² O Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC), criado pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 79/2004, de 24 de junho, e atualizado pela Portaria n.º 45/2008, de 15 de janeiro (que aprovou o Regulamento do SIGIC), engloba “todas as etapas do processo de gestão do utente, desde a sua inscrição na lista cirúrgica até à conclusão do processo, após realização da cirurgia”. Cfr. ACSS – [SIGIC](#).

⁴³ Cfr. Portaria n.º 1529/2008, de 26 de dezembro, aplicável a partir de 1 de janeiro de 2009.

⁴⁴ Acresce que a contratualização efetuada entre a ACSS, as ARS e as unidades hospitalares do SNS, na qual se prevê a produção a realizar anualmente por estas, também não inclui metas relacionadas com os tempos de resposta em meios complementares de diagnóstico e terapêutica na área oncológica (nem em geral).

⁴⁵ Tendo o desenvolvimento do sistema sido interrompido em abril de 2014 (cfr. ofício n.º 34085/2020/ACSS).

⁴⁶ Em todas as especialidades, a nível nacional. Cfr. MS (2021). [Relatório Anual do Acesso a cuidados de saúde nos estabelecimentos do SNS e entidades convencionadas – 2020](#) p. 211.

mecanismo de identificação dos pedidos de consulta como estando associados à patologia oncológica⁴⁷.

- 109 Embora tenham sido dadas orientações, pela ACSS, sobre a forma de triagem dos pedidos recebidos, a metodologia adotada não substituiu uma parametrização adequada do sistema, particularmente por não permitir distinguir os níveis mais elevados de prioridade na doença oncológica, aos quais estão associados prazos de resposta inferiores a 30 dias⁴⁸.
- 110 Neste âmbito, é de salientar a recomendação do Conselho de Administração da Entidade Reguladora da Saúde (ERS) ao Ministério da Saúde, à ACSS e aos SPMS, relativa ao cumprimento do quadro legal e regulamentar dos TMRG, publicada em 8 de novembro de 2021, na sequência da identificação de vários constrangimentos àquele cumprimento e à sua monitorização⁴⁹. São de destacar, nomeadamente:
- “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 (...);”
 - “Não é possível a avaliação dos tempos de espera para a realização de MCDT (...);”
 - “Impossibilidade de tipificação de patologia oncológica na plataforma CTH, e consequentemente, não aferição do cumprimento dos TMRG para primeira consulta de doença oncológica (...);”
 - “Na grande maioria dos prestadores, apenas são reportadas como consultas com suspeita ou confirmação de doença oncológica as consultas referenciadas pelos CSP para a especialidade de Oncologia Médica, o que corresponde a um volume reduzido de consultas;”
 - “Dificuldades também na distinção das cirurgias programadas no âmbito da doença oncológica”.

9.2. Programas de rastreio de base populacional

- 111 Sem prejuízo das competências de outras entidades em diferentes áreas de intervenção, as ARS são as entidades responsáveis pela operacionalização dos rastreios. A sua execução tem vindo a ser assegurada:
- a) No cancro da mama, através da contratação de prestação de serviços a entidades externas ao Ministério da Saúde, nomeadamente à Liga Portuguesa Contra o Cancro (LPCC), nas ARS Norte, Centro, LVT e Alentejo, e à Associação Oncológica do Algarve, na ARS Algarve. O rastreio consiste na realização de mamografia com dupla leitura, a mulheres na faixa etária entre os 50 e os 69, de 2 em 2 anos, com o objetivo de detetar lesões malignas antes do aparecimento de sintomas.

⁴⁷ Este facto é do conhecimento da tutela. Em comunicação dirigida ao SEAS, em 28 de março de 2018, quanto à proposta de metodologia de implementação das alterações que entraram em vigor em 2018, no âmbito da Portaria n.º 153/2017, de 3 de maio, a ACSS referia que “O SI Alert P1 não permite medir os tempos para as primeiras consultas na área da (...) patologia oncológica (doença oncológica suspeita ou confirmada), que se constituem como novas áreas com TMRG definidos na legislação”, salientando estar em curso a implementação do sistema Via de Acesso Integrado – VAI, que previa vir a dar cumprimento integral à legislação dos TMRG. Note-se que a legislação referida remonta a 2017 (Portaria n.º 147/2017).

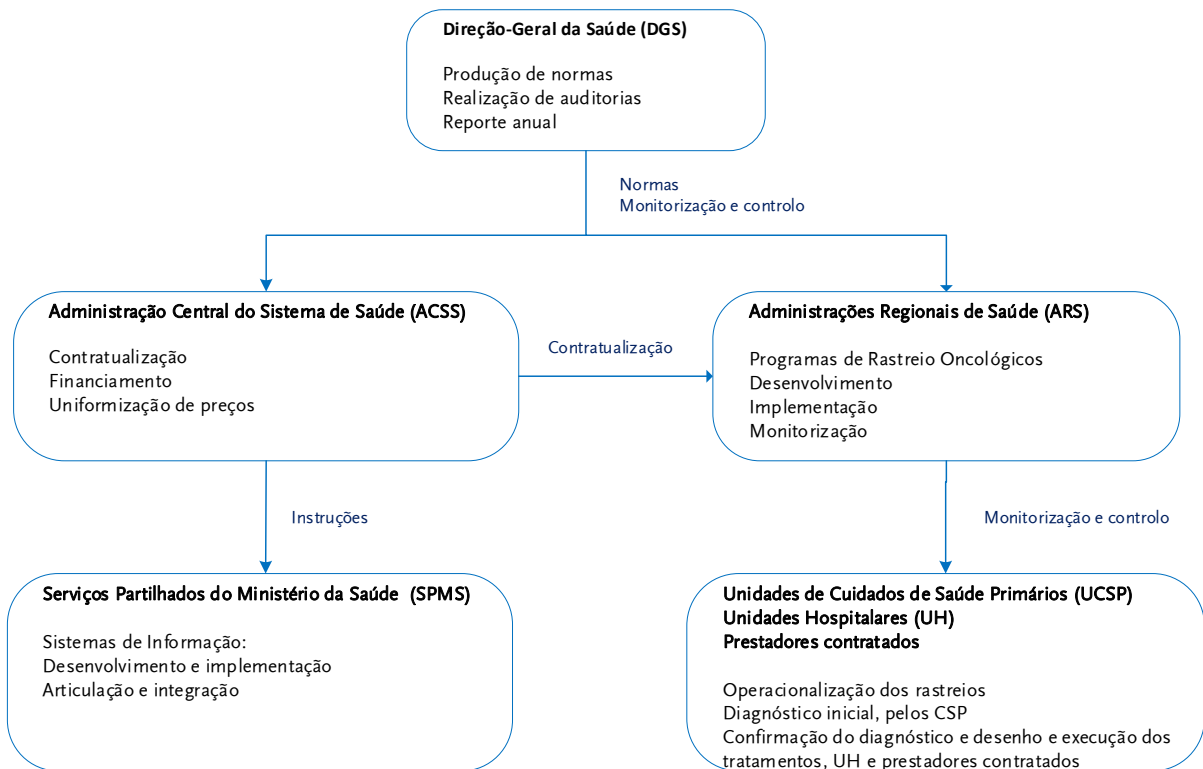
⁴⁸ Tendo em conta a impossibilidade de definir um pedido remetido para especialidade diferente de Oncologia Médica, como respeitando a doença oncológica, suspeita ou confirmada, foram dadas orientações no sentido de os médicos triadores passarem a atribuir àqueles pedidos o nível “muito prioritário” aplicável às primeiras consultas hospitalares não associadas a situações oncológicas ou cardíacas. Este TMRG, de 30 dias, é igual ao TMRG associado à consulta de “prioridade normal” na doença oncológica.

⁴⁹ ERS (2021). [Recomendação ao MS, à ACSS e aos SPMS relativa ao cumprimento do quadro legal e regulamentar dos Tempos Máximos de Resposta Garantidos](#). Esta recomendação foi formulada na sequência da identificação de constrangimentos na execução do estudo que a ERS está a desenvolver sobre o impacto da pandemia de COVID-19 no acesso a cuidados de saúde de oncologia.

- b) No cancro do colo do útero, pelos próprios médicos de família, através de dois testes a mulheres na faixa etária entre os 25 e os 60 anos: citologia cérvico-vaginal em meio líquido de 3 em 3 anos ou pesquisa de Vírus do Papiloma Humano (HPV), de 5 em 5 anos, com o objetivo de detetar e remover lesões pré-malignas e de deteção precoce daquele cancro.
- c) No cancro do cólon e reto, pelos ACES e ULS, que disponibilizam aos utentes na faixa etária entre os 50 e os 74 anos um *kit* para recolha de material biológico, sobre o qual é realizado o teste de pesquisa de sangue oculto nas fezes pelo método imunoquímico (PSOF), de 2 em 2 anos. Nos casos de teste considerado positivo os utentes são convidados a realizar uma colonoscopia, durante a qual são removidas as lesões passíveis de remoção e enviadas para anatomia patológica.

- 112 Quando os resultados dos testes reúnem critérios para referência hospitalar, os utentes são encaminhados para consulta hospitalar.
- 113 O Ministério da Saúde tem vindo a determinar medidas no sentido de incrementar os rastreios daquelas três patologias, promover a sua harmonização entre regiões de saúde e dinamizar a sua monitorização e avaliação periódicas⁵⁰. No Anexo III, descrevem-se as competências de cada estrutura do SNS nos programas de rastreio oncológico, sintetizadas na figura seguinte.

Figura 3 – Competências das estruturas intervenientes nos rastreios oncológicos



Fonte: Elaboração própria, com base nos Despachos do SEAS, n.º 4771-A/2016, de 6 de abril e n.º 8254/2017, de 18 de setembro.

- 114 A implementação e a operacionalização dos rastreios continuam, no entanto, a apresentar alguma heterogeneidade entre regiões, no que respeita aos critérios utilizados, às soluções informáticas de registo e monitorização da atividade e aos resultados obtidos quanto à cobertura

⁵⁰ Cfr. Despachos do SEAS n.ºs: 4808/2013, de 28 de março; 4771-A/2016, de 7 de abril; 6401/2016, de 11 de maio; Despacho n.º 7433/2016 do DGS, de 25 de maio e 8254/2017, de 21 de setembro.

geográfica e populacional. No Anexo IV, apresentam-se os critérios definidos a nível nacional e a implementação atual dos rastreios em cada ARS e, no Anexo V, detalham-se as diferenças técnicas identificadas quanto à operacionalização e monitorização dos rastreios.

- 115 Contribuem para esta situação a inexistência de normas, a publicar pela DGS, que assegurem a uniformização técnica da execução e monitorização dos rastreios entre ARS, incluindo a padronização dos indicadores a utilizar no processo.
- 116 A Ministra da Saúde e a DGS informam, em sede de contraditório, que estão em produção, pela Direção-Geral da Saúde “(...) *três normas relativas ao rastreio oncológico de base populacional em conjunto com o Programa Nacional para as Doenças Oncológicas, perspetivando-se, igualmente, a definição de indicadores de monitorização e avaliação destes programas de rastreio*”.
- 117 Acresce que o sistema de informação para gestão do circuito de programas de Rastreio (SiiMA Rastreios⁵¹) não se encontrava, em junho de 2021, em pleno funcionamento em todas as ARS, permanecendo também por desenvolver a sua integração com o RON⁵² e com sistemas de informação de suporte à atividade operacional, utilizados pelos prestadores de cuidados de saúde do SNS ou por terceiros com os quais este contrata.
- 118 Estas insuficiências limitam também a vertente de monitorização, cuja agregação de dados a nível nacional se continua a basear no preenchimento de folhas de cálculo por cada ARS, posteriormente agregadas pela DGS. A ferramenta de produção de relatórios do SiiMA Rastreios foi implementada durante os anos de 2020 e de 2021, sendo que, em junho deste ano, apenas permitia a extração de dados de atividade, como o número de rastreios realizados⁵³. Questionadas no âmbito da auditoria, as ARS Algarve e Alentejo reportaram constrangimentos relacionados com a falta de acesso à totalidade das funcionalidades da ferramenta e ausência de fiabilidade dos dados daí extraídos.
- 119 A monitorização central inclui a publicação pela DGS de relatórios anuais de avaliação e monitorização dos rastreios oncológicos de base populacional, que, no entanto, têm sido publicados cada vez mais tardiamente face ao ano a que respeitam⁵⁴. Desde o relatório referente a 2017, não têm sido publicados no prazo determinado, 30 de abril do ano seguinte a que se reportam⁵⁵. Este incumprimento foi justificado por os dados não se encontrarem consolidados àquela data e pela inexistência de um acesso direto da DGS ao SiiMA Rastreios, estando dependente da disponibilização de dados pelas ARS⁵⁶.
- 120 Ao nível da monitorização regional, verificou-se que as ARS reportaram à DGS os dados da atividade dos rastreios, mas não elaboraram os relatórios semestrais previstos no n.º 6 do Despacho n.º 4771-A/2016, do SEAS⁵⁷.

⁵¹ Em cumprimento das disposições estabelecidas nos Despachos do SEAS n.º 4771-A/2016 e n.º 8254/2017, os Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS) desenvolveram o Projeto Rastreios, no âmbito do qual foi adotado o sistema SiiMA Rastreios (*software* licenciado, não desenvolvido internamente) que já se encontrava implementado parcialmente nas várias ARS.

⁵² Cfr. Informação da ACSS – email de 26 de março de 2021.

⁵³ Cfr. informação reportada pela ACSS no âmbito da auditoria e atualizada em sede de contraditório.

⁵⁴ O Relatório relativo ao ano de 2015 foi publicado em maio de 2016, o relativo ao ano de 2016 foi publicado em dezembro de 2017, os relatórios relativos aos anos de 2017 e 2018 foram agregados e publicados apenas em junho de 2021, e os relatórios relativos aos anos de 2019 e 2020, também agregados, foram publicados apenas em fevereiro de 2022.

⁵⁵ Em incumprimento do determinado nos Despachos do SEAS n.ºs 4771-A/2016 e 8254/2017. O prazo indicado é o previsto no n.º 15 do Despacho n.º 8254/2017.

⁵⁶ Cfr. ofício n.º 1632, de 13 de maio de 2021.

⁵⁷ No âmbito desta ação foi solicitado às ARS o envio dos relatórios elaborados, tendo as mesmas disponibilizado documentos de uma só página com quadros resumo da atividade dos rastreios de alguns dos semestres, sem data da sua elaboração e sem qualquer análise qualitativa, não configurando efetivos relatórios.



- 121 Em sede de contraditório, a SPMS refere que “(...) os constrangimentos reportados pela ARS Alentejo e pela ARS Algarve (...) foram objeto de sanção no primeiro trimestre de 2021, encontrando-se superados”.
- 122 Já a ACSS salienta que “(...) uma das prioridades definidas pela ACSS nos trabalhos do Contrato Programa com a SPMS, EPE tem sido a tarefa da uniformização da informação estatística para monitorização/acompanhamento dos rastreios, para possibilitar às ARS e DGS ter relatórios estatísticos uniformizados e comuns, para o tratamento e gestão de dados”. Acrescenta que “para 2022, a ACSS mantém como prioridade, para além de integrações da plataforma SiiMA Rastreios com outros sistemas e softwares, a continuação dos trabalhos relacionados com a extração de variáveis, indicadores e estatísticas do SiiMA”.
- 123 No mesmo âmbito, a DGS informa que “desde janeiro de 2022 a DGS/PNDO dispõe de um acesso à ferramenta digital do SiiMA Reporte referente aos dados regionais dos Rastreios Oncológicos de Base Populacional”. Também a SPMS refere, nas suas alegações, a disponibilização desta ferramenta.

9.3. Registo Oncológico Nacional

- 124 O RON, em vigor desde janeiro de 2018, integra os dados dos Registos Oncológicos Regionais, do registo oncológico pediátrico português e dos registos das Regiões Autónomas⁵⁸. Prevê-se o registo no RON de todos os novos diagnósticos de cancro num prazo de nove meses, e a atualização, no mínimo anual, por parte de todos os estabelecimentos e serviços de saúde do setor público, social e privado, da informação relativa ao estágio da doença, às terapêuticas oncológicas usadas e ao estado vital do doente. No âmbito de indicadores de acesso, prevê-se a existência de dados relativos às datas de diagnóstico e de início do tratamento.
- 125 Embora tenham vindo a ser desenvolvidas integrações do RON com outros sistemas aplicativos centrais (Sistema de Informação dos Certificados de Óbito, Sistema de Informação de Gestão da Lista de Inscritos para Cirurgia e Sistema de Informação para a Morbilidade Hospitalar) e locais (aplicações hospitalares de anatomia patológica, quimioterapia e radioterapia), as ARS reportam insuficiências nestas integrações. Adicionalmente, embora tenham sido criados indicadores, públicos e privados, estes permaneciam, em agosto de 2021, indisponíveis em ambiente de produção⁵⁹.
- 126 Em sede de contraditório a Ministra da Saúde informa que “à data, já se encontram integrados com o Registo Oncológico Nacional (...) ainda que parcialmente, o Radiological Information System (RIS)”, acrescentando que “(...) estão também em desenvolvimento as integrações com o SiiMA Rastreios (...), com o SClínico (...) e, ainda, com o RSE SIGA”. No mesmo âmbito, a SPMS reporta que a integração do RON com o SiiMA Rastreios tem “conclusão prevista até ao final [de 2023]”.
- 127 O Tribunal regista os desenvolvimentos em curso, salientando a necessidade da sua célere conclusão, bem como da concretização do início das atividades em falta, de modo a permitir que o RON permita o cumprimento das finalidades para que foi criado, designadamente a

⁵⁸ Criado e regulado pela Lei n.º 53/2017, de 14 de julho, constitui “(...) um registo centralizado assente numa plataforma única eletrónica, que tem por finalidade a recolha e a análise de dados de todos os doentes oncológicos diagnosticados e ou tratados em Portugal Continental e nas regiões autónomas, permitindo a monitorização da atividade realizada pelas instituições, da efetividade dos rastreios organizados e da efetividade terapêutica, a vigilância epidemiológica, a investigação e, em articulação com o INFARMED - Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I. P. a monitorização da efetividade de medicamentos e dispositivos médicos”.

⁵⁹ Cfr. Relatórios Anuais do Acesso de 2019 e de 2020 e Informação da ACSS – emails de 26 de março e de 26 de agosto de 2021.

disponibilização de informação para monitorização da efetividade terapêutica, para a vigilância epidemiológica e para a investigação.

10. Acesso a cuidados de saúde oncológicos: 2017-2020

128 Nos pontos seguintes são apresentados os resultados apurados em termos de indicadores de acesso a cuidados de saúde oncológicos, entre 2017 e 2020, nas vertentes das primeiras consultas de especialidade hospitalar, das cirurgias, da despesa com medicamentos e dos programas de rastreio de base populacional.

10.1. Primeiras consultas de especialidade hospitalar

129 A identificação de uma situação de doença oncológica suspeita ou confirmada deve resultar no encaminhamento do utente para um hospital habilitado ao tratamento da situação concreta, o que ocorre através da referenciação para uma primeira consulta de especialidade⁶⁰. No presente ponto, são analisados alguns resultados do acesso à primeira consulta de especialidade hospitalar no contexto da doença oncológica. No ponto 10.1.1, é descrita a metodologia utilizada e são identificadas as limitações da informação disponível e, no ponto 10.1.2, são apresentados alguns resultados relativos ao impacto da pandemia de COVID-19 na atividade e nos indicadores de acesso.

10.1.1. Metodologia e fiabilidade da informação

130 Os dados disponíveis e monitorizados a nível central, sobre o acesso a primeiras consultas de especialidade hospitalar, baseiam-se no sistema de informação de suporte ao CTH que, conforme atrás melhor se concretiza (ponto 9.1.2), inclui apenas as primeiras consultas hospitalares referenciadas pelas UF-CSP (e não as primeiras consultas referenciadas pelo próprio ou por outros hospitais), e não permite autonomizar os pedidos diretamente relacionados com problemas oncológicos, face à globalidade dos pedidos de consulta.

131 Assim, a obtenção de dados do CTH sobre listas de espera para consultas e sobre consultas realizadas, em situações oncológicas suspeitas ou confirmadas, apenas é possível para os pedidos de consulta oriundos dos cuidados de saúde primários (i) na especialidade específica de oncologia médica, considerando os dados a nível nacional (não incluindo as restantes especialidades) ou (ii) em todas as especialidades, mas apenas nas unidades hospitalares especializadas na área, os IPO (excluindo, neste caso, os indicadores de acesso nas restantes unidades hospitalares do SNS, e correndo o risco de serem consideradas referenciações que não dizem respeito a situações oncológicas, que também fazem parte da atividade daqueles institutos). Em ambos os casos, a diminuta dimensão do subgrupo de consultas passível de análise não permite retirar conclusões sobre o universo.

132 Acresce que, em relação aos pedidos de consulta para a especialidade de oncologia médica, verificou-se a existência de *outliers* nos dados relativos a 2018, nomeadamente o número de novas entradas de pedidos de consulta (linha b) do Quadro 4), e o número de pedidos de consulta em lista de espera no final do ano (linha a) do mesmo quadro), para além de uma elevada variabilidade dos restantes dados. Existem também diferenças entre as listas de espera finais de cada ano e as que resultam do seu recálculo, com os fluxos de entradas e saídas de utentes

⁶⁰ Cfr. Ponto 2.2 do Anexo II da [Portaria n.º 153/2017](#), de 4 de maio. Entende-se por primeira consulta a consulta médica em que o indivíduo é examinado pela primeira vez numa determinada especialidade, no âmbito de um episódio clínico. A consulta médica tem por objetivo avaliar a situação clínica do utente e proceder ao planeamento da prestação de cuidados de saúde (cfr. [Circular Normativa 3/2021](#), da ACSS, p. 20).

(última linha do quadro), bem como diferenças entre o número de dias em lista de espera assumido pelo sistema e o recálculo efetuado com base na data de entrada do pedido. Não foi possível obter, junto da entidade que disponibilizou os dados, explicação completa para estas divergências⁶¹. Optou-se, assim, por não analisar os indicadores de acesso apurados, a nível nacional, para esta especialidade, baseados nos pedidos de primeira consulta referenciados das UF-CSP para os Hospitais.

Quadro 4 – Inconsistências nos dados CTH – oncologia médica

Evolução da LEC para oncologia médica	2017	2018	2019	2020
(a) LEC a 31/12/n-1	260	415	3.294	270
(b) Novas entradas em n	2.628	4.286	2.922	2.663
(c) Consultas realizadas em n	1.257	1.707	2.205	1.371
(d) Consultas recusadas em n	594	806	844	873
(e) Consultas canceladas em n	363	628	1.043	381
(f) Faltas em n	120	212	406	111
(g) = (a) + (b)	2.888	4.701	6.216	2.933
(h) = (c) + (d) + (e) + (f)	2.334	3.353	4.498	2.736
(i) = (g) - (h)	554	1.348	1.718	197
(j) LEC a 31/12/n cf. listas CTH	415	3.294	270	283
(k) = (i) - (j) Diferença	139	-1.946	1.448	-86

Fonte: Elaboração própria com dados disponibilizados pela ACSS.

Notas: LEC – Lista de Espera para Consulta. Listas CTH correspondem aos ficheiros extraídos do sistema CTH pela ACSS e enviados ao TdC para análise dos dados.

- 133 Os dados sobre atividade de consulta de especialidade dos IPO, no âmbito do sistema CTH, também não são representativos do acesso à consulta de especialidade hospitalar na área oncológica. De facto, os números de primeiras consultas de especialidade realizadas pelos IPO, com origem em referências através do CTH (conforme dados disponibilizados pela ACSS) têm pouca representatividade face ao número total de primeiras consultas de especialidade realizadas, considerando todas as origens de referência (dados dos relatórios anuais sobre o acesso a cuidados de saúde de cada IPO). No quadriénio em análise, esta proporção variou entre 4,3% e 4,7%, nos IPO do Porto e de Lisboa, e entre 22,3% e 26,4%, no IPO de Coimbra (Quadro 5).

⁶¹ Foi apresentada uma explicação relacionada com alterações da classificação de pedidos entre especialidades, não tendo, no entanto, sido demonstrado quantitativamente qual o contributo dessas alterações para as divergências apuradas.

Quadro 5 – Consultas CTH e total de primeiras consultas nos IPO – 2017 e 2020

Unidade	Fonte dos dados	2017	2018	2019	2020
IPO Coimbra	<i>Primeiras Consultas - total</i>	20.050	21.479	22.850	20.833
	<i>Primeiras Consultas - CTH</i>	5.284	5.449	5.087	5.216
	<i>Diferença</i>	14.766	16.030	17.763	15.617
	<i>% CTH/Total</i>	26,4%	25,4%	22,3%	25,0%
IPO Lisboa	<i>Primeiras Consultas - total</i>	58.843	61.166	n.d.	n.d.
	<i>Primeiras Consultas - CTH</i>	2.651	2.700	2.569	1.981
	<i>Diferença</i>	56.192	58.466	-	-
	<i>% CTH/Total</i>	4,5%	4,4%	-	-
IPO Porto	<i>Primeiras Consultas - total</i>	86.112	84.739	86.921	83.969
	<i>Primeiras Consultas - CTH</i>	4.006	3.991	4.111	3.598
	<i>Diferença</i>	82.106	80.748	82.810	80.371
	<i>% CTH/Total</i>	4,7%	4,7%	4,7%	4,3%

Fonte: Elaboração própria com base nos dados disponibilizados pela ACSS (primeiras consultas CTH) e nos relatórios anuais sobre o acesso a cuidados de saúde dos IPO de Coimbra, Lisboa e Porto (total de primeiras consultas). O IPO de Lisboa apenas divulgou os relatórios sobre o acesso a cuidados de saúde até 2018.

- 134 Acresce que foram identificadas divergências nos dados relativos à atividade no âmbito do CTH, entre a informação disponibilizada pela ACSS, no decurso da auditoria, e a que consta dos relatórios sobre o acesso publicados por cada IPO, particularmente no que respeita ao número de pedidos de primeira consulta em lista de espera (Quadro 6).

Quadro 6 – Divergências no número de pedidos de primeira consulta em LEC (CTH) nos IPO – 2017-2020

Unidade	Fonte dos dados	2017	2018	2019	2020
IPO Porto	<i>Relatórios anuais sobre o acesso</i>	87	145	144	130
	<i>ACSS - Dados do sistema CTH</i>	691	971	875	565
	<i>Diferença</i>	-604	-826	-731	-435
IPO Lisboa	<i>Relatórios anuais sobre o acesso</i>	285	364	n.d.	n.d.
	<i>ACSS - Dados do sistema CTH</i>	686	465	478	444
	<i>Diferença</i>	-401	-101	-	-
IPO Coimbra	<i>Relatórios anuais sobre o acesso</i>	479	366	547	293
	<i>ACSS - Dados do sistema CTH</i>	547	366	931	303
	<i>Diferença</i>	-68	0	-384	-10

Fonte: Elaboração própria com base nos dados disponibilizados pela ACSS (dados do sistema CTH) e nos relatórios anuais sobre o acesso a cuidados de saúde dos IPO de Coimbra, Lisboa e Porto.

Notas: o IPO de Lisboa apenas divulgou os relatórios sobre o acesso a cuidados de saúde até 2018. Os pedidos de primeira consulta em lista de espera para consulta (LEC) são aqueles que, registados pelas UF-CSP, não deram, em determinada data, origem à realização da consulta, nem foram concluídos por um dos motivos previstos no Regulamento do CTH: recusa, cancelamento ou falta injustificada do utente.

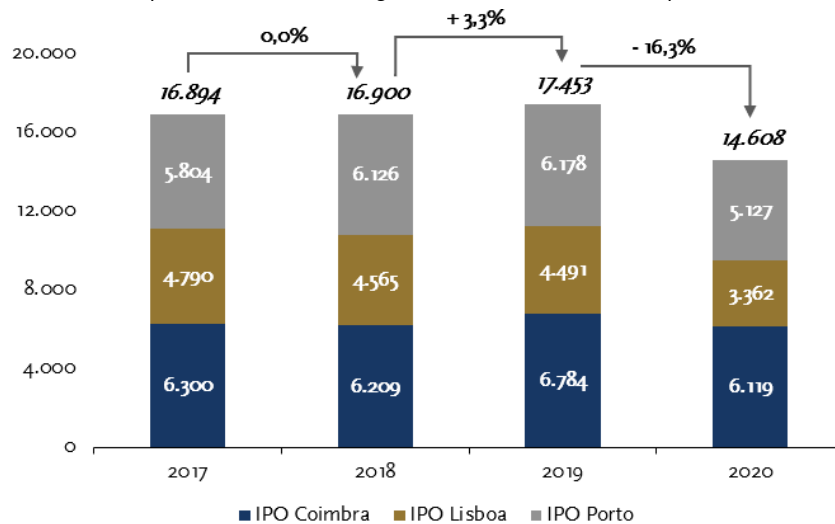
- 135 Dadas as limitações e as incongruências dos dados, a análise da informação disponível não se revela passível de apresentar uma imagem, ainda que aproximada, do acesso à primeira consulta hospitalar em situações oncológicas suspeitas ou confirmadas, pelo que se optou por não apresentar os resultados dos indicadores de acesso apurados neste âmbito. Nesse sentido, não foi possível na auditoria avaliar, quanto ao acesso à consulta em situação oncológica suspeita ou confirmada, a nível nacional: (i) novas entradas em lista de espera; (ii) consultas realizadas; (iii) tempos médios de espera das consultas realizadas; (iv) listas de espera no final de cada ano; (v) medianas dos tempos de espera dos utentes em lista no final de cada ano; e (vi) saídas da lista por outros motivos que não a realização da consulta (falta, cancelamento, recusa de inscrição aquando da triagem).

136 Sem prejuízo desta limitação de auditoria, apresentam-se de seguida alguns resultados relacionados com o impacto da pandemia de COVID-19 no ano 2020, dado ser, neste caso, efetuada uma mera análise comparativa entre os anos e não uma análise do resultado global em termos de acesso a esta área do SNS. É utilizado, pela impossibilidade de autonomizar o subgrupo de consultas associadas a doença oncológica, o conjunto das consultas solicitadas pelas UF-CSP e realizadas nos IPO, dada a especificidade da sua atividade, sendo, no entanto, de salientar que poderão ainda assim estar incluídos na análise pedidos de consulta aos IPO não associados a situações oncológicas suspeitas ou confirmadas⁶².

10.1.2. Impacto da pandemia nas consultas referenciadas pelas UF-CSP para os IPO

137 Em 2020, o número de novos pedidos de primeira consulta dirigidos aos IPO, provenientes das UF-CSP, decresceu 16%, revertendo o crescimento que se tinha verificado entre 2017 e 2019 (Gráfico 3).

Gráfico 3 – Número de pedidos de consulta registados nos CSP e enviados para os IPO – 2017 e 2020



138 A pandemia teve também impacto relevante no número de primeiras consultas realizadas nos IPO, em 2020, embora existam diferenças nas variações apuradas face ao ano anterior, dependendo da fonte de dados considerada (Quadro 7).

⁶² Cfr., a este respeito, a recomendação da ERS referida no §110.

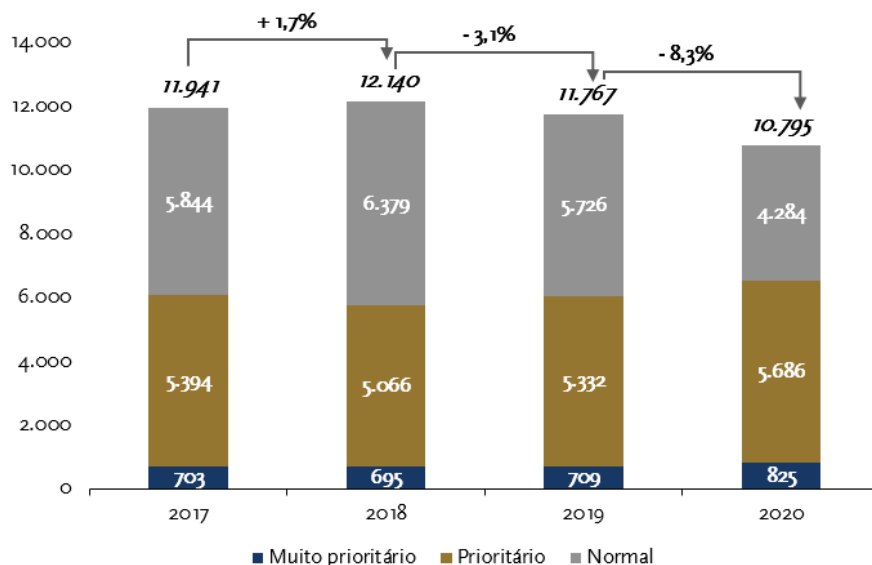
Quadro 7 – Primeiras consultas realizadas nos IPO – 2017- 2020 e variação 2019-2020

Unidade	Fonte dos dados	2017	2018	2019	2020	Δ 19-20	Δ% 19-20
IPO Coimbra	Primeiras Consultas - total	20.050	21.479	22.850	20.833	-2.017	-9%
	Primeiras consultas - CTH (relatórios)	5.284	5.450	5.483	4.818	-665	-12%
	Primeiras consultas - CTH (ACSS)	5.284	5.449	5.087	5.216	129	3%
IPO Lisboa	Primeiras Consultas - total	58.843	61.166	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
	Primeiras consultas - CTH (relatórios)	2.651	2.700	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
	Primeiras consultas - CTH (ACSS)	2.651	2.700	2.569	1.981	-588	-23%
IPO Porto	Primeiras Consultas - total	86.112	84.739	86.921	83.969	-2.952	-3%
	Primeiras consultas - CTH (relatórios)	4.006	3.951	4.108	3.598	-510	-12%
	Primeiras consultas - CTH (ACSS)	4.006	3.991	4.111	3.598	-513	-12%

Fonte: Elaboração própria com base nos dados disponibilizados pela ACSS (primeiras consultas – CTH ACSS) e nos relatórios anuais sobre o acesso a cuidados de saúde dos IPO de Coimbra, Lisboa e Porto (primeiras consultas – total, para número total de primeiras consultas de especialidade realizadas cfr. relatórios IPO; e primeiras consultas – CTH relatórios, para número de primeiras consultas de especialidade registadas no sistema CTH cfr. relatórios IPO). O IPO de Lisboa apenas divulgou os relatórios sobre o acesso a cuidados de saúde até 2018.

139 Analisando as consultas realizadas nos três IPO, provenientes de referências efetuadas pelas UF-CSP, através do sistema CTH, por nível de prioridade (dados fornecidos pela ACSS), verifica-se que as consultas prioritárias e muito prioritárias aumentaram de 2019 para 2020, mas que houve uma redução substancial no número de consultas realizadas, de prioridade normal, no mesmo período (cerca de 1.500 consultas, 25%) (Gráfico 4).

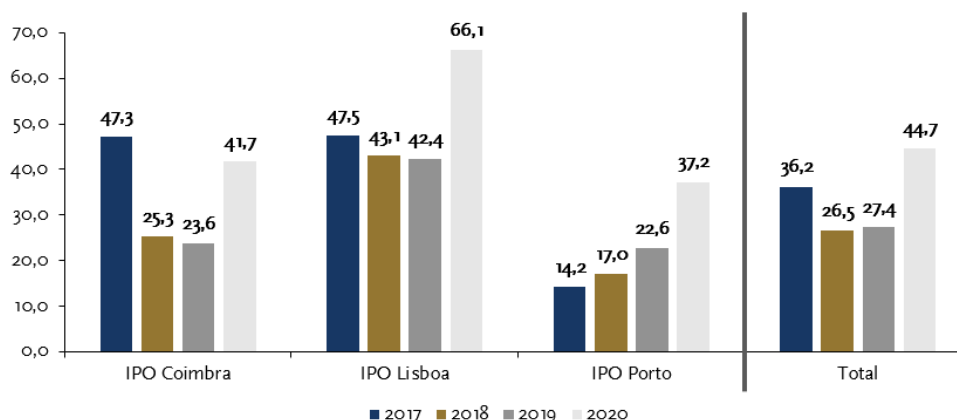
Gráfico 4 – CTH – Primeiras consultas realizadas nos IPO, por prioridade (dias) – 2017-2020



Fonte: Elaboração própria com dados disponibilizados pela ACSS.

140 Verificou-se ainda que, em 2020, houve nestas consultas um acentuado aumento do tempo médio de espera até à sua realização, em todos os IPO, com destaque para o IPO de Lisboa, no qual este indicador aumentou em mais de 20 dias face a 2019 (Gráfico 5).

Gráfico 5 – CTH – Tempo médio de espera até à realização da primeira consulta, por IPO (dias) – 2017-2020



Fonte: Elaboração própria com dados disponibilizados pela ACSS. Os tempos médios de espera são os apurados pelo sistema CTH nas respetivas ferramentas de reporte.

- 141 A diminuição das referenciarções para consulta de especialidade hospitalar no SNS, provenientes das UF-CSP, teve também impacto na identificação de necessidades cirúrgicas, como se verá no ponto seguinte, e pode resultar de dois fatores: diminuição da atividade presencial nos CSP e diminuição da atividade dos rastreios.
- 142 Verificou-se, por um lado, uma diminuição acentuada da atividade presencial nos CSP: o número de consultas médicas presenciais diminuiu 38% no ano de 2020, tendo a atividade sido inferior à do ano anterior em todos os meses do ano, com o maior recuo a ocorrer no mês de abril, correspondendo a 73% face ao mesmo mês do ano anterior (Quadro 8).

Quadro 8 – Diminuição das consultas médicas presenciais nos CSP – 2019-2020

Mês	2019	2020	Var. % 2019-2020
1	2.007.166	1.906.663	-5%
2	1.781.410	1.704.185	-4%
3	1.751.059	1.175.190	-33%
4	1.680.712	461.685	-73%
5	1.895.665	645.066	-66%
6	1.420.924	800.187	-44%
7	1.759.153	940.047	-47%
8	1.455.611	853.009	-41%
9	1.650.232	1.062.780	-36%
10	1.897.707	1.130.844	-40%
11	1.755.152	1.142.267	-35%
12	1.515.520	897.217	-41%
Total	20.570.311	12.719.140	-38%

Fonte. Elaboração própria com dados disponíveis no [Portal da Transparência do SNS](#).

- 143 A produção de consultas médicas presenciais foi fortemente substituída por atividade não presencial, com o total de consultas médicas nos CSP, em 2020 (presenciais, não presenciais e ao domicílio), a ultrapassar o verificado no ano anterior (31,4 milhões de consultas, face a 30 milhões em 2019)⁶³. No entanto, como já referido pelo TdC, no relatório que analisou o impacto da COVID-19 na atividade e no acesso ao SNS, tal não impediu a redução acentuada do número

⁶³ Cfr. dados disponíveis no [Portal da Transparência do SNS](#).

de referências dos CSP para uma primeira consulta médica hospitalar. Reportava-se naquele relatório que, no conjunto de todas as especialidades, o número de referências registadas no CTH, entre janeiro e maio de 2020, representou apenas 67% da média mensal de pedidos registados no período homólogo de 2019⁶⁴. Dadas as limitações da informação sobre consultas em situação de doença oncológica suspeita ou confirmada, referidas no ponto anterior, não é possível efetuar a mesma análise, agora a esta subcomponente, mas é clara a redução de referências para os IPO, apresentada no Gráfico 3.

- 144 Por outro lado, a diminuição verificada na execução dos três programas de rastreio de base populacional na área oncológica também teve impacto no número de referências realizadas pelas UF-CSP para uma primeira consulta médica de especialidade hospitalar, tendo em conta que, como adiante se detalhará, se verificaram reduções acentuadas no número de utentes rastreados (49% no rastreio do cancro da mama, 51% no rastreio do cancro do colo do útero e 28% no rastreio do cancro do cólon e reto, conforme detalhado no ponto 10.4.5), e que o resultado dos rastreios tem como resultado possível a referência hospitalar.

10.2. Cirurgias

- 145 O acesso dos utentes do SNS a uma cirurgia depende da identificação da necessidade cirúrgica numa consulta de especialidade hospitalar, na qual é promovida a sua inscrição na Lista de Inscritos para Cirurgia (LIC) e definida a prioridade clínica associada. No ponto 10.2.1, é descrita a metodologia utilizada e são identificadas as limitações da informação disponível. Nos pontos 10.2.2 a 10.2.6, é analisada a evolução, entre 2017 e 2020, de vários indicadores relativos ao acesso a cuidados de saúde cirúrgicos em situações oncológicas.

10.2.1. Metodologia e fiabilidade da informação

- 146 A análise realizada baseou-se em dados solicitados à ACSS, relativos aos anos de 2017 a 2020, sobre as listas de espera a 31 de dezembro de cada ano, e sobre os fluxos de doentes, de entrada e saída da LIC, em cada um desses anos. Foram autonomizados e analisados os dados com indicador oncológico associado. Este indicador divide as inscrições para cirurgia em dois agrupamentos: o geral e o oncológico, determinando quais os TMRG e demais prazos previstos no Regulamento do SIGIC aplicáveis a cada caso: os gerais, ou os da patologia oncológica⁶⁵.
- 147 A informação sobre o acesso à cirurgia no SNS não apresenta as mesmas limitações da informação relativa ao acesso à primeira consulta hospitalar, identificadas nos pontos 9.1.2 e 10.1.1, abrangendo a totalidade da atividade cirúrgica programada do SNS e permitindo individualizar a atividade relativa à oncologia.
- 148 Ainda assim, verifica-se que existem algumas divergências, de baixa relevância, entre a dimensão das listas de inscritos para cirurgia finais de cada ano e a dimensão que resulta do seu recálculo, com os fluxos de entradas e saídas de utentes (Quadro 9).

⁶⁴ Cfr. TdC (2020), [Relatório n.º 05/2020-OAC-2.ªS – COVID-19 – Impacto na atividade e no acesso ao SNS](#).

⁶⁵ Os TMRG são atualmente os previstos na [Portaria n.º 153/2017](#), de 4 de maio, e os demais prazos processuais são os previstos no Regulamento do SIGIC, aprovado pela [Portaria n.º 45/2008](#), de 15 de janeiro, que se mantém em vigor dada a ausência da regulamentação prevista no n.º 1 do art.º 26.º da [Portaria n.º 147/2017](#), de 27 de abril.

Quadro 9 – Inconsistências nos dados do SIGIC, com indicador oncológico – 2017-2020

Evolução da LIC	2017	2018	2019	2020
(a) LIC 1 31/12/n-1	4.466	4.601	5.700	5.900
(b) Novas entradas em n	51.278	51.888	54.365	51.758
(c) Cirurgias realizadas em n	46.436	46.039	48.676	46.837
(d) Cancelamentos de inscrições em n	4.448	4.651	5.054	5.594
(e) = (a) + (b)	55.744	56.489	60.065	57.658
(f) = (c) + (d)	50.884	50.690	53.730	52.431
(g) = (e) - (f)	4.860	5.799	6.335	5.227
(h) LIC a 31/12/n, cf. listas SIGIC	4.601	5.700	5.900	5.817
(i) = (g) - (h) Diferença	259	99	435	-590

Fonte: Elaboração própria com base nos dados disponibilizados pela ACSS.

- 149 Por outro lado, em relatório divulgado em junho de 2021, sobre a atividade cirúrgica oncológica no SNS, no 1.º semestre de 2019, a DGS apurou que cerca de 15% das cirurgias realizadas, cujos diagnósticos eram classificáveis como doença oncológica, constavam da base de dados do SIGIC sem indicador oncológico, e que 10% de cirurgias classificáveis como sem doença oncológica tinham indicador oncológico associado⁶⁶.
- 150 Embora tal possa resultar de erros nos procedimentos de codificação dos diagnósticos, não é de excluir que a informação publicamente divulgada sobre o acesso à cirurgia no SNS (tal como o relatório da DGS citado no parágrafo anterior, os dados constantes do sítio na Internet de divulgação dos tempos de espera no SNS e no Portal da Transparência, e os relatórios anuais sobre o acesso a cuidados de saúde no SNS, elaborados nos termos do artigo 27.º da Lei n.º 15/2014, de 21 de março, na sua redação atual), assim como os dados disponibilizados pela ACSS ao TdC, no âmbito da auditoria, possa ser incompleta ou incluir cirurgias que não têm como diagnóstico associado a doença oncológica⁶⁷. Esta situação poderá assim afetar a qualidade da informação considerada na execução da auditoria.
- 151 O referido relatório da DGS salienta ainda a existência de dificuldades na realização de uma análise mais detalhada, resultantes de várias insuficiências ou incongruências na informação, concluindo que “os dados (...) não permitem inferir, com segurança, a eficiência e as características do acesso à terapêutica cirúrgica por doença oncológica em Portugal”⁶⁸. Aponta ainda para a necessidade de, designadamente:
- rever a metodologia de inscrição cirúrgica na doença oncológica;
 - promover a padronização da classificação dos códigos de procedimentos cirúrgicos;
 - promover a padronização de classificação de prioridade cirúrgica;
 - desenvolver modelos de tempos máximos de resposta garantida específicos por patologia;

⁶⁶ DGS (2020). [Relatório de monitorização - Atividade cirúrgica na doença oncológica – jan-jun 2019](#), p. 12. São reportadas no relatório, em detalhe, as situações consideradas desconformes, quer por se tratar de diagnósticos de doença oncológica, sem indicador oncológico associado no SIGIC (pp. 193-200), quer por se tratar de diagnósticos classificáveis como sem doença oncológica, com indicador oncológico associado no SIGIC (pp. 200-202).

⁶⁷ Os sítios na internet que divulgam aos cidadãos dados sobre o acesso a cuidados de saúde são o [Portal da Transparência](#) e o sítio específico relativo a [tempos de espera no SNS](#). Os relatórios anuais sobre o acesso a cuidados de saúde no SNS são divulgados no [Portal do SNS](#) e nos sítios de cada prestador de cuidados de saúde.

⁶⁸ Salienta, em concreto, que a análise por procedimento cirúrgico tem sido inviabilizada por: estarem em uso duas nomenclaturas de codificação (ICD-9 e ICD-10); terem sido registados múltiplos códigos de procedimento, não agregáveis, e múltiplas vezes não reconciliáveis com o diagnóstico inscrito; um mesmo ato cirúrgico estar a ser codificado de forma diversa intra e inter-centro hospitalar; haver erros de codificação de procedimento; diferentes instituições atribuírem prioridades diversas para um mesmo diagnóstico oncológico, sem ser discernível o motivo para essa diferença.

- promover a criação de mecanismos informáticos de validação dos códigos inscritos na base de dados de monitorização da atividade cirúrgica⁶⁹.

- 152 Embora a análise das situações elencadas não caiba no âmbito da auditoria, efetua-se neste contexto uma recomendação no sentido da sua análise detalhada e conjunta, pela ACSS e pela DGS, visando o seu total esclarecimento.
- 153 Em sede de contraditório, a ACSS e a DGS informam que se encontram a trabalhar em articulação para melhorar a informação no domínio oncológico e eliminar os constrangimentos identificados.
- 154 Não tendo sido fornecida documentação que suporte as medidas implementadas e os desenvolvimentos efetivamente concretizados, o Tribunal regista as iniciativas em curso, mantendo, no entanto, a recomendação no sentido da efetiva eliminação das insuficiências e incongruências identificadas nos dados relativos ao acesso à cirurgia na área oncológica.

10.2.2. Entradas em lista de inscritos para cirurgia

- 155 O número de utentes referenciados para uma intervenção cirúrgica de oncologia, após sucessivos anos de crescimento (1,2% em 2018 e 4,8% em 2019 – mais 3.087 utentes (6,0%) no triénio), decresceu 4,8% em 2020, passando de 54.365 utentes em 2019 para 51.758 em 2020 (Quadro 10).
- 156 Transversais a todas as regiões de saúde, os decréscimos de inscrições registados em 2020 foram especialmente significativos, em termos relativos, nas ARS Algarve (22,2%) e Alentejo (17,4%) e, em termos absolutos, nas ARS LVT (974 utentes) e Norte (767 utentes) (Quadro 10).

Quadro 10 – Entradas na LIC – com indicador oncológico – 2017-2020

ARS	2017	2018	2019	2020	Δ 17-18	Δ% 17-18	Δ 18-19	Δ% 18-19	Δ 19-20	Δ% 19-20	Δ 17-19	Δ% 17-19	Δ 17-20	Δ% 17-20
Alentejo	1.180	1.166	1.364	1.126	-14	-1,2%	198	17,0%	-238	-17,4%	184	15,6%	-54	-4,6%
Algarve	1.357	1.217	1.223	952	-140	-10,3%	6	0,5%	-271	-22,2%	-134	-9,9%	-405	-29,8%
Centro	9.970	10.010	10.497	10.140	40	0,4%	487	4,9%	-357	-3,4%	527	5,3%	170	1,7%
LVT	19.274	19.097	19.925	18.951	-177	-0,9%	828	4,3%	-974	-4,9%	651	3,4%	-323	-1,7%
Norte	19.497	20.398	21.356	20.589	901	4,6%	958	4,7%	-767	-3,6%	1.859	9,5%	1.092	5,6%
Total	51.278	51.888	54.365	51.758	610	1,2%	2.477	4,8%	-2.607	-4,8%	3.087	6,0%	480	0,9%

Fonte: Elaboração própria com base nos dados disponibilizados pela ACSS.

- 157 No ponto 10.2.7, é analisado, em maior detalhe, o impacto da pandemia nas referenciações para cirurgia oncológica no ano de 2020.

10.2.3. Cirurgias oncológicas realizadas – atividade e tempos de resposta

- 158 A produção cirúrgica do SNS, na área oncológica, aumentou 4,8% no triénio 2017-2019, passando de 46.436 em 2017 para 48.676 em 2019, ou seja, mais 2.240 cirurgias realizadas. A evolução por região de saúde não foi uniforme: houve expressivos aumentos de 26,5% na ARS Alentejo e de 10,1% na ARS Norte, mas nas restantes ARS a produção manteve-se estável. Apesar do aumento, as 141.151 cirurgias realizadas no triénio não deram suficiente resposta à procura (157.531 novas inscrições de utentes para cirurgia) (Quadro 11).

⁶⁹ DGS (2020). [Relatório de monitorização - Atividade cirúrgica na doença oncológica – jan-jun 2019](#), pp. 4, 49-50.



h

Quadro 11 – Evolução do número de cirurgias oncológicas – 2017-2020

ARS	2017	2018	2019	2020	Δ 17-18	Δ% 17-18	Δ 18-19	Δ% 18-19	Δ 19-20	Δ% 19-20	Δ 17-19	Δ% 17-19	Δ 17-20	Δ% 17-20
Alentejo	987	1.009	1.249	1.025	22	2,2%	240	23,8%	-224	-17,9%	262	26,5%	38	3,9%
Algarve	1.199	1.184	1.180	938	-15	-1,3%	-4	-0,3%	-242	-20,5%	-19	-1,6%	-261	-21,8%
Centro	8.966	8.558	9.114	9.196	-408	-4,6%	556	6,5%	82	0,9%	148	1,7%	230	2,6%
LVT	17.413	16.793	17.453	16.889	-620	-3,6%	660	3,9%	-564	-3,2%	40	0,2%	-524	-3,0%
Norte	17.871	18.495	19.680	18.789	624	3,5%	1.185	6,4%	-891	-4,5%	1.809	10,1%	918	5,1%
Total	46.436	46.039	48.676	46.837	-397	-0,9%	2.637	5,7%	-1.839	-3,8%	2.240	4,8%	401	0,9%

Fonte: Elaboração própria com base nos dados disponibilizados pela ACSS.

- 159 O rácio Cirurgias/Entradas em LIC, que reflete a capacidade de a produção anual no SNS cobrir a procura anual de cuidados cirúrgicos, decresceu de 90,6%, em 2017, para 89,5%, em 2019, e foi, em 2020, idêntico ao verificado em 2017 (Quadro 12).

Quadro 12 – Entradas na LIC e produção cirúrgica oncológica – 2017-2020

	2017	2018	2019	2020	Σ(17-19)	Σ(17-20)
Entradas	51.278	51.888	54.365	51.758	157.531	209.289
Cirurgias	46.436	46.039	48.676	46.837	141.151	187.988
Cirurg./Entradas (%)	90,6%	88,7%	89,5%	90,5%	89,6%	89,8%

Fonte: Elaboração própria com base nos dados disponibilizados pela ACSS.

- 160 Em 2020, os efeitos da pandemia traduziram-se numa redução de atividade, transversal a todas as regiões de saúde (menos 3,8%, 1.839 cirurgias), tendo o total de cirurgias oncológicas regredido para 46.837, ou seja, para nível próximo do registado em 2017. No ponto 10.2.7 é analisado em maior detalhe o impacto da pandemia na atividade cirúrgica oncológica, no ano de 2020.
- 161 O aumento da procura de cuidados cirúrgicos oncológicos, entre 2017 e 2019, sem um crescimento equivalente da produção cirúrgica do SNS, conduziu, não só, ao aumento das listas de espera, analisado no ponto seguinte, mas também dos tempos médios de espera das cirurgias realizadas. Estes aumentaram, a nível nacional (de 30,9 dias em 2017 para 36,4 em 2019) e na generalidade das ARS, destacando-se a ARS Centro com os tempos mais elevados no triénio (44,6 dias em 2019) (Quadro 13).
- 162 Em 2020, a par da redução do número de cirurgias face a 2019, ocorreu um aumento da média nacional do tempo de espera para 37,8 dias, o valor mais elevado do quadriénio, registando-se na ARS Algarve o tempo mais elevado, de 46,7 dias (Quadro 13).

Quadro 13 – Cirurgias oncológicas – tempos médios de espera (dias) – 2017-2020

ARS	2017		2018		2019		2020	
	Cirurg	Média TE	Cirurg	Média TE	Cirurg	Média TE	Cirurg	Média TE
Alentejo	987	25,8	1.009	24,4	1.249	27,6	1.025	23,5
Algarve	1.199	25,9	1.184	34,9	1.180	37,0	938	46,7
Centro	8.966	34,7	8.558	36,6	9.114	44,6	9.196	43,3
LVT	17.413	32,8	16.793	36,0	17.453	37,8	16.889	39,8
Norte	17.871	27,7	18.495	28,6	19.680	32,0	18.789	33,6
Total	46.436	30,9	46.039	32,9	48.676	36,4	46.837	37,8

Fonte: Elaboração própria com base nos dados disponibilizados pela ACSS.

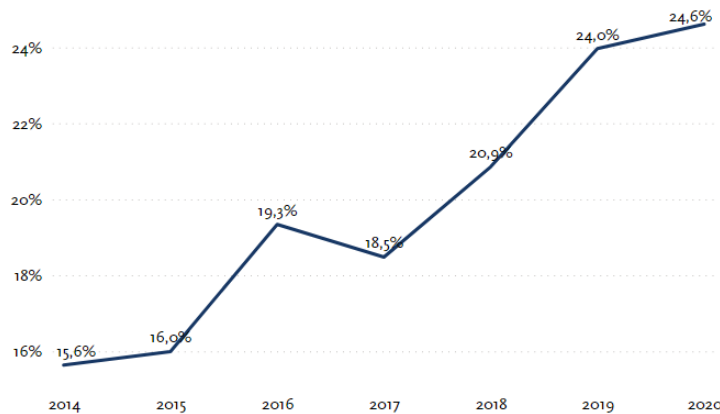
Nota: TE – Tempo de espera; Cirurg – número de cirurgias realizadas.

- 163 A análise da produção cirúrgica por especialidade, detalhada no Anexo VI, permite identificar acentuadas diferenças nos tempos de resposta efetivos verificados no SNS. Em 2020, com

tempos médios de espera significativamente superiores à média global (37,8 dias), destacam-se a Angiologia e Cirurgia Vascular e a Gastroenterologia, com 130 e 126 dias, respetivamente.

- 164 Se tal pode resultar da variação da capacidade de resposta do SNS entre especialidades, não é de desconsiderar que estas tratam diferentes patologias oncológicas, com tempos aceitáveis para a resposta clínica que podem variar, o que justificaria a definição de TMRG mais específicos, por especialidade ou por patologia.
- 165 Verifica-se uma tendência contínua, desde 2014, apenas quebrada em 2017, de deterioração da capacidade dos hospitais do SNS de resolução, em tempo adequado, das necessidades cirúrgicas associadas à doença oncológica, e um maior afastamento do objetivo, delineado nas Metas de Saúde 2020, de reduzir a percentagem de cirurgias oncológicas que ultrapassam o TMRG para menos de 10% naquele ano⁷⁰. O incumprimento dos TMRG nas cirurgias oncológicas, que em 2014 foi de 15,6%, abrangendo 6.876 cirurgias, atingiu, em 2020, os 24,6%, correspondentes a 11.239 cirurgias realizadas fora dos tempos máximos definidos (Gráfico 6)⁷¹.
- 166 Esta situação, de reiterado desrespeito dos TMRG fixados, ao longo de vários anos, infringe o disposto na Lei n.º 15/2014, com as alterações subsequentes, defrauda as expectativas de que se concretize a efetiva melhoria do acesso à “prestação dos cuidados de saúde pelo SNS e pelas entidades convencionadas em tempo considerado clinicamente aceitável para a condição de saúde de cada utente” e os próprios direitos dos utentes, consagrados na Carta dos Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos Utentes do SNS, prevista naquela lei e divulgada em anexo (Anexo III) à Portaria 153/2017, de 4 de maio⁷².

Gráfico 6 – Cirurgias oncológicas – incumprimento dos TMRG – 2014-2020



Fonte: Elaboração própria com base nos dados disponibilizados pela ACSS.

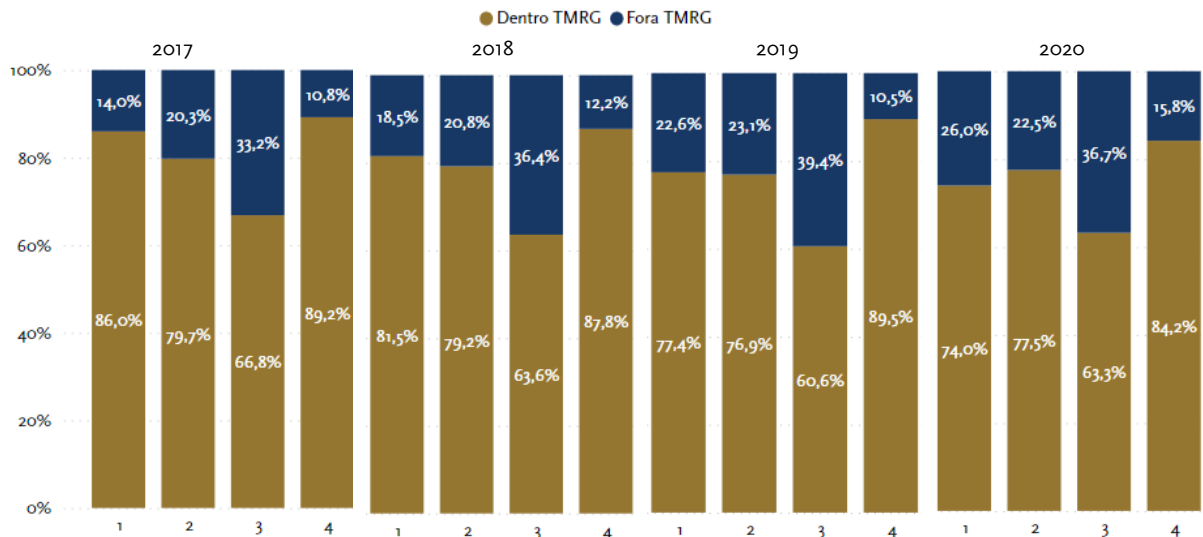
- 167 O cumprimento dos TMRG nas cirurgias oncológicas, nos níveis de menor prioridade clínica (níveis 1 e 2) e, por isso, com prazos máximos de resposta menos exigentes, é maior do que no nível 3. Neste, a taxa de incumprimento, que registou uma tendência crescente entre 2017 (33%) e 2019 (39%), reduziu ligeiramente em 2020 (37%). O incumprimento nas situações de maior urgência, correspondendo ao nível 4, agravou-se de 11% em 2017 para 16% em 2020. Nos gráficos seguintes, representa-se a evolução das taxas de cumprimento/incumprimento dos TMRG, detalhadas por nível de prioridade clínica atribuída (Gráfico 7).

⁷⁰ DGS (2017). [Modelo de governação a 2020 – Plano Nacional de Saúde e Programas de Saúde Prioritários](#), p. 19.

⁷¹ Na análise de cumprimento dos TMRG excluíram-se as cirurgias em que ocorreu alteração de prioridade: 894 em 2014, 1.226 em 2015, 956 em 2016, 837 em 2017; 1.043 em 2018; 1.287 em 2019; 1.177 em 2020.

⁷² Cfr. artigo 25.º, n.º 1, da Lei n.º 15/2014.

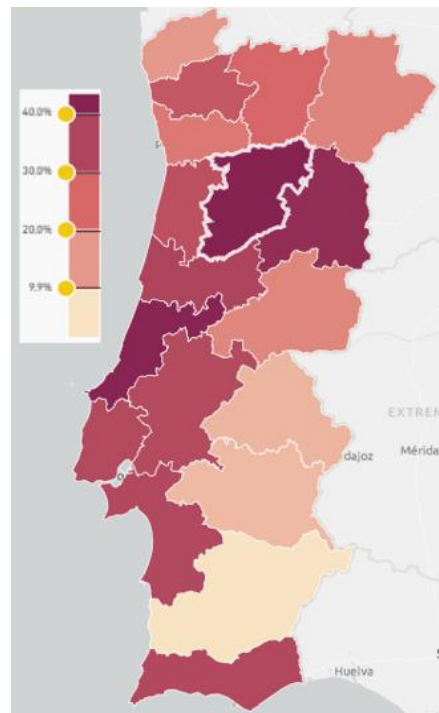
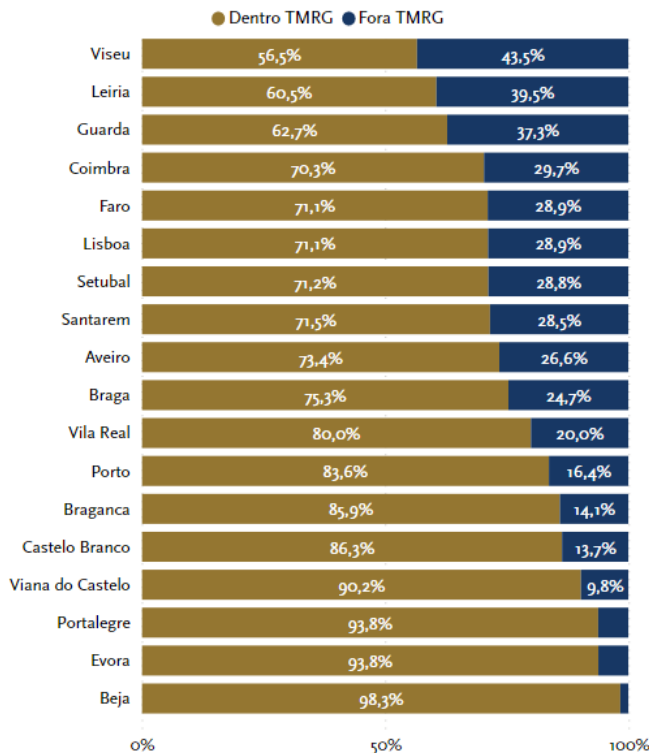
Gráfico 7 – Cirurgias oncológicas – cumprimento dos tempos de resposta por nível de prioridade clínica – 2017-2020



Fonte: Elaboração própria com base nos dados disponibilizados pela ACSS. Níveis de prioridade: nível 1 - Prioridade normal (60 dias), nível 2 - Prioritário (45 dias), nível 3 - Muito prioritário (15 dias) e nível 4 - Urgência diferida (72 horas). Cfr. pontos 5.2 dos Anexos I e II, da Portaria n.º 153/2017.

168 Em 2020, por um lado, o grau de cumprimento dos TMRG foi maior nos distritos de Beja (98%), Évora e Portalegre (94%) e Viana do Castelo (90%). Por outro lado, ocorreu maior incumprimento nos distritos de Viseu (44%), Leiria (40%) e Guarda (37%), o que evidencia acentuadas assimetrias regionais na capacidade de resposta por parte do SNS, com reflexo na equidade do acesso a estes cuidados de saúde (Figura 4).

Figura 4 – Cirurgias oncológicas – cumprimento dos TMRG – 2020



Fonte: Elaboração própria com base nos dados disponibilizados pela ACSS.

10.2.4. Lista de inscritos para cirurgia e tempos de espera

- 169 O aumento no número de novas inscrições anuais para cirurgia traduziu-se, no triénio 2017-2019, no crescimento da dimensão da LIC de oncologia, no final de cada ano, e no aumento das respetivas medianas do tempo de espera, situações que se verificaram em todas as ARS⁷³. A 31 de dezembro de 2019, estavam inscritos 5.900 utentes, o que equivale a um acréscimo, face a 2017, de 1.299 utentes (28,2%) a aguardar cirurgia oncológica (Quadro 14). A respetiva mediana do tempo de espera registou um agravamento de 31 para 32 dias. Esta evolução dos tempos de espera ocorreu de forma similar nos vários níveis de prioridade clínica⁷⁴ (Quadro 15).
- 170 Para estes resultados, para além da insuficiência da produção face ao crescimento da procura, salientada no ponto anterior, também contribuíram, como adiante se verá, a reduzida eficácia dos mecanismos de transferência de utentes para hospitais alternativos, incluindo os do setor social e privado, como forma de apoiar a resposta à procura cirúrgica.

Quadro 14 – LIC – utentes a aguardar cirurgia oncológica no final de cada ano – 2017-2020

ARS	2017	2018	2019	2020	Δ 17-18	Δ% 17-18	Δ 18-19	Δ% 18-19	Δ 19-20	Δ% 19-20	Δ 17-19	Δ% 17-19	Δ 17-20	Δ% 17-20
Alentejo	88	105	73	88	17	19,3%	-32	-30,5%	15	20,5%	-15	-17,0%	0	0,0%
Algarve	116	142	145	114	26	22,4%	3	2,1%	-31	-21,4%	29	25,0%	-2	-1,7%
Centro	1.038	1.303	1.298	1.318	265	25,5%	-5	-0,4%	20	1,5%	260	25,0%	280	27,0%
LVT	1.769	2.223	2.537	2.128	454	25,7%	314	14,1%	-409	-16,1%	768	43,4%	359	20,3%
Norte	1.590	1.927	1.847	2.169	337	21,2%	-80	-4,2%	322	17,4%	257	16,2%	579	36,4%
Total	4.601	5.700	5.900	5.817	1.099	23,9%	200	3,5%	-83	-1,4%	1.299	28,2%	1.216	26,4%

Fonte: Elaboração própria com base nos dados disponibilizados pela ACSS.

- 171 Em 2020, verificou-se uma ligeira diminuição da dimensão da LIC e da respetiva mediana do tempo de espera, o que resultou fundamentalmente da diminuição das novas inscrições para cirurgia neste ano, conforme detalhado no ponto 10.2.7.
- 172 Apurou-se a existência de valores médios do tempo de espera dos utentes a aguardar cirurgia oncológica significativamente superiores à mediana (e.g. 55 vs. 31 dias, respetivamente, em 2020), quando seria de esperar o contrário⁷⁵, o que resulta da permanência de utentes inscritos em LIC, com tempos de espera muito elevados e, conseqüentemente, muito superiores aos TMRG (Quadro 15).

⁷³ Com exceção da mediana do tempo de espera dos utentes em lista, na ARS Norte, que se manteve estável (26 dias).

⁷⁴ Relativamente à LIC, na aferição da mediana e da média dos tempos de espera e do cumprimento dos TMRG, por nível de prioridade clínica, foi considerada a designada “prioridade atual”, ou seja, a classe em que cada utente se encontrava àquela data integrado, após eventuais alterações do nível de prioridade justificadas pela alteração do seu estado de saúde.

⁷⁵ Tendo em conta que a média do tempo de espera dos utentes em lista é influenciada pelo conjunto de utentes com tempos de espera curtos, por terem sido inscritos perto da data de análise.

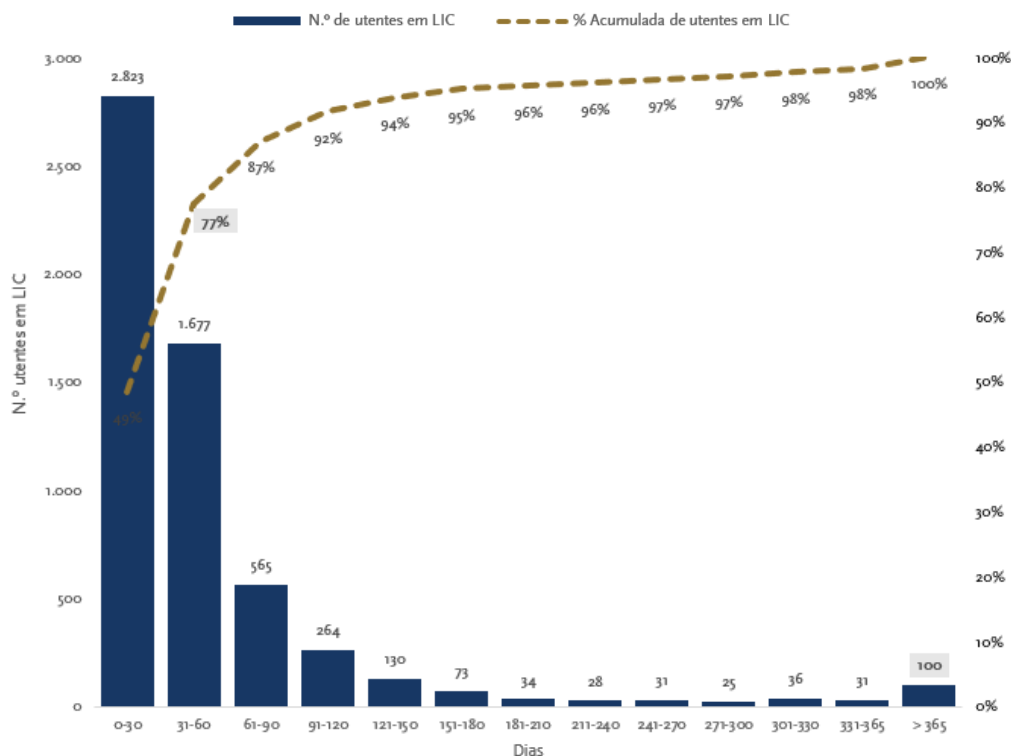
Quadro 15 – LIC – Mediana e média do tempo de espera (dias) dos utentes a aguardar cirurgia oncológica– 2017-2020

		Por ARS				Por prioridade					
		ARS	2017	2018	2019	2020	Prioridade	2017	2018	2019	2020
Mediana	Alentejo	27	28	29	16	1	34	35	35	36	
	Algarve	39	35	62	35	2	26	31	29	29	
	Centro	32	38	35	34	3	19	20	28	22	
	LVT	31	32	33	32	4	8	18	18	72	
	Norte	26	26	26	29	Total	31	32	32	31	
	Total	31	32	32	31						
Média	Alentejo	30,3	60,6	60,9	30,4	1	53,4	50,9	56,6	64,6	
	Algarve	48,3	52,6	83,2	66,2	2	34,4	38,1	43,7	48,2	
	Centro	44,9	52,0	56,2	53,7	3	25,8	31,0	36,1	30,4	
	LVT	42,4	45,4	52,9	53,9	4	7,8	37,4	21,7	230,4	
	Norte	41,0	33,2	34,8	57,2	Total	42,4	43,3	48,8	55,0	
	Total	42,4	43,3	48,8	55,0						

Fonte: Elaboração própria com base nos dados disponibilizados pela ACSS. Níveis de prioridade: nível 1 - prioridade normal (60 dias), nível 2 - Prioritário (45 dias), nível 3 - Muito prioritário (15 dias) e nível 4 - Urgência diferida (72 horas). Cfr. pontos 5.2 dos Anexo I e II, da Portaria n.º 153/2017.

- 173 No final de 2020, cerca de 23% dos utentes (1.317) permaneciam em LIC há mais de 60 dias (prazo correspondente ao TMRG mais elevado nas situações de doença oncológica suspeita ou confirmada, nos termos da Portaria n.º 153/2017, de 4 de maio). O Gráfico 8 apresenta a distribuição dos utentes em LIC por intervalo temporal e a percentagem acumulada desses mesmos utentes ao longo dos intervalos definidos.

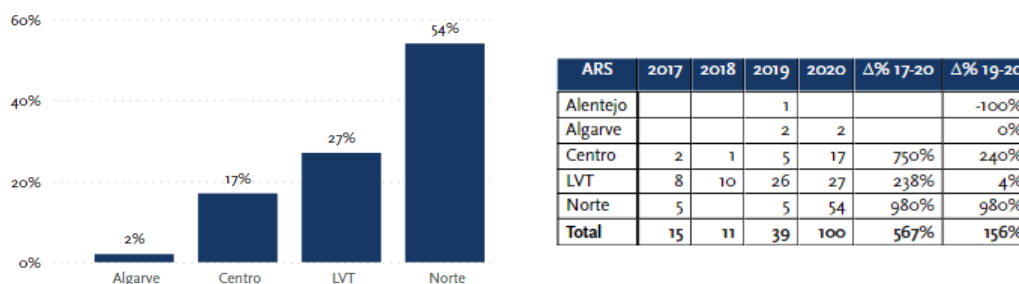
Gráfico 8 – Distribuição dos tempos de espera dos utentes em LIC – 2020



Fonte: Elaboração própria com base nos dados disponibilizados pela ACSS.

- 174 O número de utentes que, em 2020, permaneciam em lista de espera para cirurgia oncológica há mais de um ano (especialmente significativo na ARS Norte, 54% do total), registou um crescimento de 567% e 156%, face a 2017 e 2019, respetivamente (Figura 5)⁷⁶.

Figura 5 – Distribuição dos tempos de espera superiores a um ano
2020



Fonte: Elaboração própria com base nos dados disponibilizados pela ACSS.

- 175 A proporção de utentes em lista de espera para cirurgia oncológica, que aguardavam para além dos TMRG definidos para o nível de prioridade da sua situação clínica, cresceu consistentemente no triénio 2017-2019 (de 25% em 2017 para 30% em 2019) (Quadro 16 e Gráfico 9).

Quadro 16 – LIC – Utentes inscritos em LIC – 2017-2020

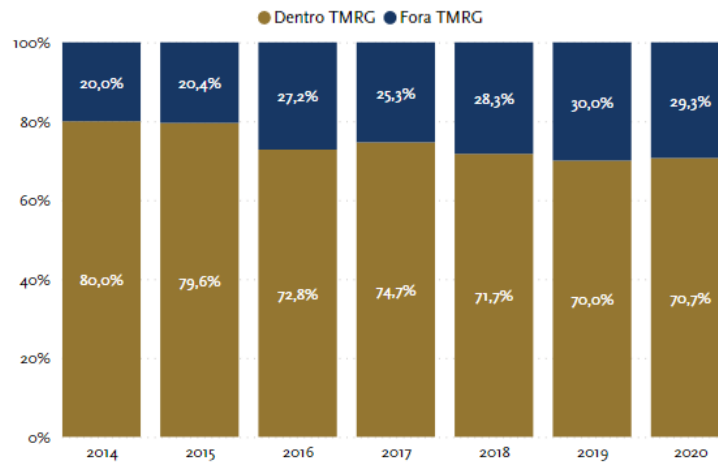
Nível	2017				2018				2019				2020			
	Inscritos LIC	Dentro TMRG	Fora TMRG	Fora TMRG %	Inscritos LIC	Dentro TMRG	Fora TMRG	Fora TMRG %	Inscritos LIC	Dentro TMRG	Fora TMRG	Fora TMRG %	Inscritos LIC	Dentro TMRG	Fora TMRG	Fora TMRG %
Nível 4 - 72 horas	4	1	3	75%	5		5	100%	3		3	100%	5		5	100%
Nível 3 - 15 dias	154	57	97	63%	216	78	138	64%	186	44	142	76%	185	62	123	66%
Nível 2 - 45 dias	2.431	1.915	516	21%	3.075	2.249	826	27%	3.260	2.331	929	28%	3.082	2.273	809	26%
Nível 1 - 60 dias	2.012	1.462	550	27%	2.404	1.762	642	27%	2.451	1.757	694	28%	2.545	1.776	769	30%
Total	4.601	3.435	1.166	25%	5.700	4.089	1.611	28%	5.900	4.132	1.768	30%	5.817	4.111	1.706	29%

Fonte: Elaboração própria com base nos dados disponibilizados pela ACSS.

- 176 No final de 2020, o incumprimento dos TMRG foi ligeiramente inferior, mas abrangia ainda cerca de 29% dos utentes em espera (Gráfico 9). Nesta data, o maior incumprimento verificava-se na ARS Algarve (41%) e nos níveis de prioridade mais elevados, 3 (66%) e 4 (100%). A análise deste indicador por nível prioridade, ARS e distrito, consta do Anexo VI.

⁷⁶ 100 utentes dos quais 54 na ARS Norte. Em 2017, 2018 e 2019 encontravam-se nessa situação 15, 11 e 39 utentes, respetivamente (dos quais 8, 10 e 26 na ARS LVT).

Gráfico 9 – LIC – utentes em espera para além dos TMRG – 2014-2020



Fonte: Elaboração própria com base nos dados disponibilizados pela ACSS.

10.2.5. Participação do setor social e privado

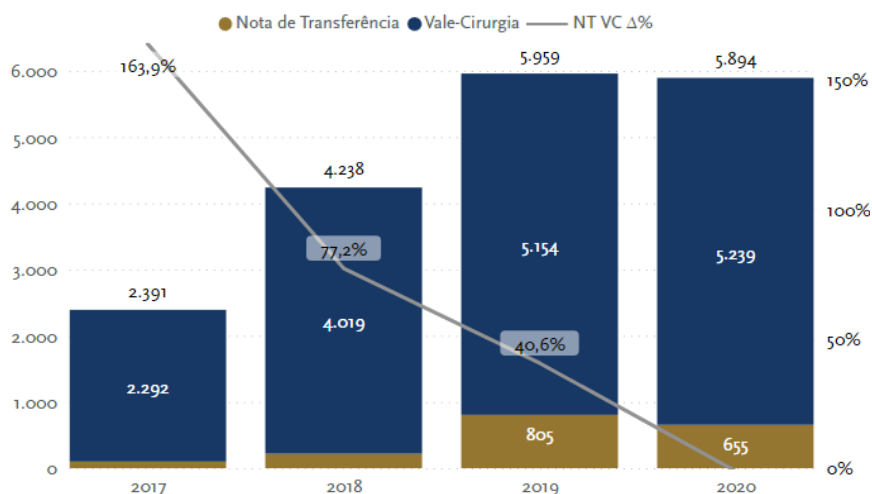
- 177 A participação do setor social e privado na atividade cirúrgica do SNS formaliza-se através de protocolos (com entidades que recebem utentes do SNS diretamente das UF-CSP, cabendo àquelas a inscrição do utente na LIC, após identificação da necessidade cirúrgica), e de convenções (com entidades que recebem utentes provenientes dos hospitais do SNS, sempre que estes não dão resposta, dentro dos TMRG, às inscrições na respetiva LIC)⁷⁷.
- 178 A transferência de utentes, para outra unidade hospitalar (hospital de destino (HD)), ocorre quando o hospital de origem (HO) não tem capacidade para a realização das cirurgias dentro dos TMRG estabelecidos para os níveis de prioridade clínica⁷⁸, e operacionaliza-se através da emissão de dois instrumentos, geridos pela Unidade de Gestão do Acesso da ACSS⁷⁹:
- Nota de transferência (NT), para transferências entre unidades hospitalares do SNS;
 - Vale cirurgia (VC), para transferências para hospitais convencionados, do setor social ou privado, onde a cirurgia pode ser realizada.
- 179 Foram emitidos, em 2019, um total de 5.959 NT e VC, o que representa um crescimento de 3.568 (149,2%) face a 2017. Em 2020, registou-se um ligeiro decréscimo (1,1%), para 5.894 NT e VC emitidos, dos quais 655 NT (-18,6% face a 2019) e 5.239 VC (+1,6%) (Gráfico 10).

⁷⁷ E, eventualmente, de hospitais do setor social ou privado integrados no SNS, no âmbito do SIGIC, enquanto hospitais protocolados.

⁷⁸ Cfr. Portaria n.º 153/2017, de 4 de maio.

⁷⁹ Cfr. al) u) do n.º 2 do artigo 16.º da Portaria n.º 147/2017, de 27 de abril.

Gráfico 10 – Notas de transferência e vales cirurgia emitidos – variação anual 2017-2020



Fonte: Elaboração própria com base nos dados disponibilizados pela ACSS.

180 A eficácia destes mecanismos de transferência de utentes no apoio à resolução da procura cirúrgica tem-se revelado, consistentemente, muito baixa, quando se analisam os dados relativos à sua efetiva utilização. A taxa de cancelamento no triénio 2017-2019 foi de 96%, o que significa que apenas 4% dos utentes manifestaram a sua intenção de optar pela realização do procedimento cirúrgico em causa num hospital distinto do hospital de origem (Quadro 17). Em 2020, a taxa de cancelamento foi ligeiramente inferior, mantendo-se elevada (94,9%).

Quadro 17 – Notas de transferência e vales cirurgia emitidos, cativados e cancelados – 2017-2020

Ano	Emitidos	Cativados	% Cativados	Cancelados	% Cancelados
2017	2.391	113	4,7%	2.278	95,3%
2018	4.238	158	3,7%	4.080	96,3%
2019	5.959	237	4,0%	5.722	96,0%
2020	5.894	303	5,1%	5.591	94,9%

Fonte: Elaboração própria com base nos dados disponibilizados pela ACSS.

Nota: Cativação – é a formalização no SIGIC da aceitação por parte do utente da sua transferência para o hospital de destino (cfr. n.º 37 do Regulamento do SIGIC, aprovado pela [Portaria n.º 45/2008](#), de 15 de janeiro).

181 O principal motivo de cancelamento, em 2019, decorreu da recusa por parte do utente, da transferência que lhe foi proposta (59%), formalizada através da comunicação expressa do seu desejo de permanecer em lista de espera no HO. Segue-se, como segundo motivo com maior expressão, a perda de validade da NT ou do VC (17%), casos em que pode ocorrer a exclusão do utente da lista de espera cirúrgica, caso não seja apresentado motivo plausível, por parte do utente^{80,81}. Em 2020 mantiveram-se, sensivelmente, as mesmas proporções nos principais motivos de cancelamento: 57% por recusa de transferência; 20% por prazo de validade expirado (Quadro 18).

⁸⁰ O “Estudo dos motivos de recusa de transferência: Inquérito telefónico”, ACSS (2008), de 24 de janeiro, disponibilizado pela ACSS no âmbito da auditoria, salienta que os três principais motivos mais evocados pelos utentes inquiridos foram: “Não quer mudar de médico / hospital de origem”, com 34% das respostas; “Indisponibilidade do utente para usar vale-cirurgia/nota de transferência durante a sua validade”, com 30%; e “Deslocar-se para fora da área de residência”, com 26%.

⁸¹ Como se verá de seguida, o número de utentes cuja inscrição foi efetivamente cancelada, pela não utilização do VC ou da NT, é muito inferior ao número de utentes que efetivamente deixaram passar o prazo de utilização.

Quadro 18 – Notas de Transferência e Vales Cirurgia – motivos de cancelamento – 2017-2020

Motivo de Cancelamento	2017		2018		2019		2020	
	Cancel.	%	Cancel.	%	Cancel.	%	Cancel.	%
Recusa transferência	1.139	50,00%	2.429	59,53%	3.384	59,14%	3.180	56,88%
Prazo validade VC/NT expirado	287	12,60%	717	17,57%	976	17,06%	1.131	20,23%
Já agendado HO	322	14,14%	512	12,55%	713	12,46%	1.007	18,01%
Já operado	285	12,51%	313	7,67%	330	5,77%	160	2,86%
Erro Admin.	181	7,95%	13	0,32%	168	2,94%	1	0,02%
Devolução CTT	21	0,92%	37	0,91%	62	1,08%	44	0,79%
Desistência	16	0,70%	28	0,69%	39	0,68%	34	0,61%
Óbito	25	1,10%	21	0,51%	36	0,63%	29	0,52%
Pedido do Utente	1	0,04%	6	0,15%	7	0,12%	2	0,04%
Utente s/ cond. operatórias	1	0,04%	1	0,02%	4	0,07%		
Duplicação			1	0,02%	2	0,03%		
Sem indicação cirúrgica			1	0,02%	1	0,02%	1	0,02%
Prop. não adeq. Utente			1	0,02%			1	0,02%
Não existe HD disponível							1	0,02%
Total	2.278	100,00%	4.080	100,00%	5.722	100,00%	5.591	100,00%

Fonte: Elaboração própria com base nos dados disponibilizados pela ACSS.

- 182 A participação dos setores social e privado na realização de cirurgias oncológicas, no âmbito do SNS, tem assim sido marginal, situando-se entre 0,5% em 2017 e 0,7% nos restantes anos. Das 187.988 cirurgias realizadas no quadriénio, apenas 1.168 (0,6%) ocorreram em hospitais do setor social ou privado que colaboram com o SNS no âmbito do SIGIC (Quadro 19).

Quadro 19 – Cirurgias oncológicas – participação dos setores público e privado/social – 2017-2020

Setor	2017		2018		2019		2020		2017 - 2020	
	Cirurg	%	Cirurg	%	Cirurg	%	Cirurg	%	Cirurg	%
Setor Privado/Social	218	0,5%	301	0,7%	334	0,7%	315	0,7%	1.168	0,6%
Setor Público	46.218	99,5%	45.738	99,3%	48.342	99,3%	46.522	99,3%	186.820	99,4%
Total	46.436	100,0%	46.039	100,0%	48.676	100,0%	46.837	100,0%	187.988	100,0%

Fonte: Elaboração própria com base nos dados disponibilizados pela ACSS.

10.2.6. Saídas da LIC por cancelamento da inscrição

- 183 Os cancelamentos da inscrição que, entre 2017 e 2019, representavam em média cerca de 9,1% do total de saídas de utentes da LIC, aumentaram, em 2020, para 10,7% (5.594 utentes), respeitando as restantes saídas à realização da respetiva cirurgia (Quadro 20).

Quadro 20 – Cancelamentos da inscrição na LIC por ARS e ano – 2017-2020

ARS	2017	2018	2019	2020	Δ 17-18	Δ%17-18	Δ 18-19	Δ%18-19	Δ 19-20	Δ%19-20	Δ 17-19	Δ%17-19	Δ 17-20	Δ%17-20
Alentejo	146	91	109	89	-55	-37,7%	18	19,8%	-20	-18,3%	-37	-25,3%	-57	-39,0%
Algarve	116	136	120	114	20	17,2%	-16	-11,8%	-6	-5,0%	4	3,4%	-2	-1,7%
Centro	934	1.084	1.129	1156	150	16,1%	45	4,2%	27	2,4%	195	20,9%	222	23,8%
LVT	1.656	1.775	2.004	2454	119	7,2%	229	12,9%	450	22,5%	348	21,0%	798	48,2%
Norte	1.596	1.565	1.692	1781	-31	-1,9%	127	8,1%	89	5,3%	96	6,0%	185	11,6%
Total	4.448	4.651	5.054	5594	203	4,6%	403	8,7%	540	10,7%	606	13,6%	1.146	25,8%

Fonte: Elaboração própria com base nos dados disponibilizados pela ACSS.

- 184 Cerca de 83,5% dos cancelamentos no quadriénio 2017-2020 decorreram dos motivos: “Proposta não adequada à situação clínica do utente” (22,5%); “Desistência” (18,5%); “Já operado” (18,2%); “Sem indicação cirúrgica” (12,3%); “Erro administrativo” (12%); e 1.290 inscrições na LIC (6,5%) foram canceladas por óbito do utente (Quadro 21).

Quadro 21 – Cancelamentos da inscrição na LIC por motivo e ano – 2017-2020

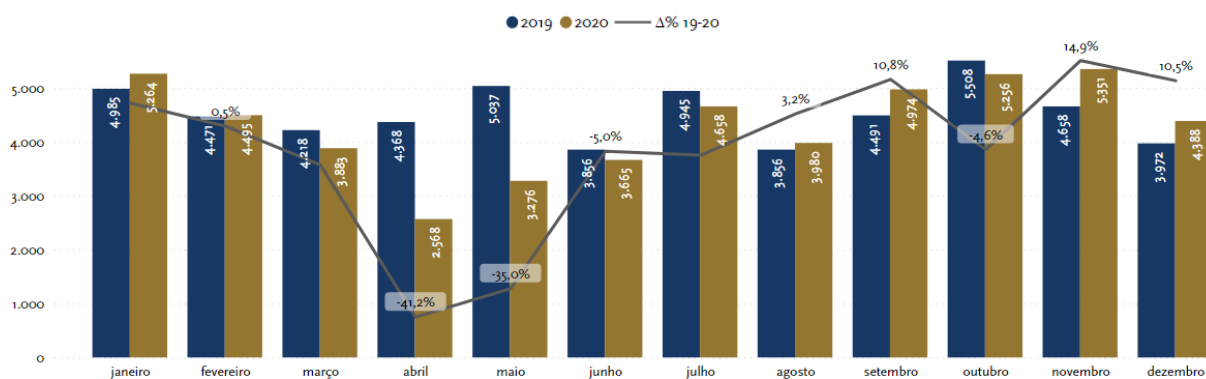
Motivo de cancelamento	2017	2018	2019	2020	$\Sigma(17-20)$	$\Sigma(17-20)\%$	$\Delta 19-20$	$\Delta\%19-20$	$\Delta 17-19$	$\Delta\%17-19$	$\Delta 17-20$	$\Delta\%17-20$
Proposta não adequada	1.015	1.073	1.154	1207	4.449	22,5%	53	4,6%	139	13,7%	192	18,9%
Desistência	848	878	875	1055	3.656	18,5%	180	20,6%	27	3,2%	207	24,4%
Já operado	691	822	922	1150	3.585	18,2%	228	24,7%	231	33,4%	459	66,4%
Sem indicação cirúrgica / condições operatórias	634	552	610	639	2.435	12,3%	29	4,8%	-24	-3,8%	5	0,8%
Erro administrativo	520	616	602	626	2.364	12,0%	24	4,0%	82	15,8%	106	20,4%
Óbito	262	271	337	420	1.290	6,5%	83	24,6%	75	28,6%	158	60,3%
Falta / Recusa do doente	195	188	251	276	910	4,6%	25	10,0%	56	28,7%	81	41,5%
Transferência de responsabilidade	203	104	178	119	604	3,1%	-59	-33,1%	-25	-12,3%	-84	-41,4%
Não activação / Recusa do vale-cirurgia	27	109	88	36	260	1,3%	-52	-59,1%	61	225,9%	9	33,3%
Não contactável	25	21	26	47	119	0,6%	21	80,8%	1	4,0%	22	88,0%
Outros	22	16	10	18	66	0,3%	8	80,0%	-12	-54,5%	-4	-18,2%
Não especificado	6	1	1	1	9	0,0%	0	0,0%	-5	-83,3%	-5	-83,3%
Total	4.448	4.651	5.054	5594	19.747	100,0%	540	10,7%	606	13,6%	1.146	25,8%

Fonte: Elaboração própria com base nos dados disponibilizados pela ACSS.

10.2.7. Impacto da pandemia na atividade cirúrgica oncológica

- 185 A pandemia de COVID-19 teve como principal impacto, na área da cirurgia oncológica, a diminuição da identificação de necessidades cirúrgicas, com as novas inscrições de utentes para a realização de cirurgias a diminuírem 4,8%, em 2020, face ao ano anterior.
- 186 A comparação dos registos de entradas na LIC, em cada um dos meses de 2020, com os meses homólogos do ano anterior, evidencia que os acréscimos ocorridos em agosto (3,2%), em setembro (10,8%), em novembro (14,9%) e em dezembro (10,5%), não compensaram as acentuadas reduções verificadas entre março e julho, das quais, as mais significativas em abril (41,2%) e em maio (35,0%) (Gráfico 11).

Gráfico 11 – Entradas na LIC – com indicador oncológico – variação 2019-2020



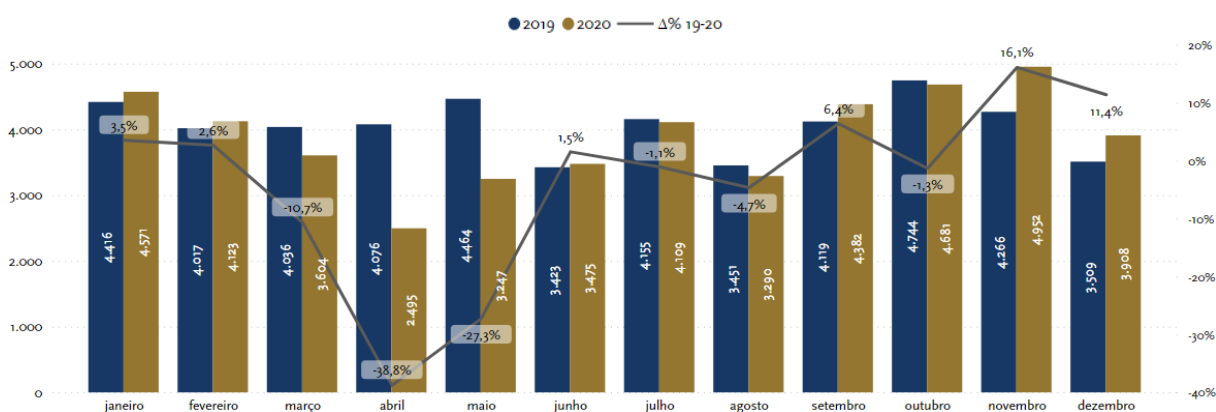
Fonte: Elaboração própria com base nos dados disponibilizados pela ACSS.

- 187 As necessidades cirúrgicas são identificadas em consulta de especialidade hospitalar, no âmbito da qual se procede à inscrição dos utentes em lista de espera para cirurgia. Assim, seria relevante analisar a evolução dos indicadores de acesso a estas consultas, nos casos de doença oncológica suspeita ou confirmada, no sentido de identificar os motivos para a evolução verificada no número de novas inscrições para cirurgia.
- 188 No entanto, a inexistência de informação completa e fiável sobre a atividade de consulta de especialidade hospitalar no contexto da doença oncológica não permite efetuar aquela análise. Ainda assim, conforme salientado no ponto 10.1.2, dados parcelares sobre a atividade de primeira consulta hospitalar nos IPO permitem concluir por uma diminuição de 16% nos pedidos de consulta provenientes dos cuidados de saúde primários, entre 2019 e 2020. Como referido no

mesmo ponto, tal poderá resultar das reduções verificadas na atividade presencial nos CSP e na execução de rastreios na área oncológica.

189 A pandemia teve um impacto relevante na redução da atividade cirúrgica na área oncológica, em abril e maio de 2020 (Gráfico 12). Face aos períodos homólogos de 2019, verificaram-se, naqueles meses, reduções de 38,8% e de 27,3% da atividade cirúrgica, respetivamente. Apesar da recuperação da atividade ocorrida em setembro, novembro e dezembro de 2020, meses em que o número de cirurgias oncológicas realizadas foi superior em 6,4%, 16,1% e 11,4%, respetivamente, face aos períodos homólogos do ano anterior, a produção do ano foi inferior em 3,8% face a 2019.

Gráfico 12 – Cirurgias oncológicas – variação 2019-2020



Fonte: Elaboração própria com base nos dados disponibilizados pela ACSS.

190 O impacto da pandemia nas intervenções cirúrgicas na área oncológica, tal como nas entradas em LIC, não foi uniforme entre as várias especialidades. Em 2020, comparativamente com o ano anterior, salienta-se a acentuada redução da atividade em Cirurgia Geral (menos 948 cirurgias, 6,2%) e o acréscimo significativo na especialidade de Neurocirurgia (mais 208 cirurgias, 31%). O detalhe do impacto da pandemia na atividade cirúrgica oncológica, por especialidade, consta do Anexo VI.

191 Em resultado da evolução verificada nas novas inscrições e na atividade cirúrgica, no final de 2020, a dimensão da LIC era inferior em 1%, face ao ano anterior. No entanto, a evolução não foi uniforme entre as várias ARS (Quadro 22). Por um lado, tanto a redução das novas referências, como a redução da atividade cirúrgica, foram superiores nas ARS Alentejo e Algarve. Por outro, destaca-se o crescimento de 22% nas saídas da lista de espera por cancelamento da inscrição, verificado na ARS LVT.

Quadro 22 – Dinâmica do acesso a cirurgia oncológica por ARS – 2019-2020

ARS	Entradas			Cirurgias			Cancelamentos			LIC		
	2019	2020	Δ% 19-20	2019	2020	Δ% 19-20	2019	2020	Δ% 19-20	2019	2020	Δ% 19-20
Alentejo	1.364	1.126	-17%	1.249	1.025	-18%	109	89	-18%	73	88	21%
Algarve	1.223	952	-22%	1.180	938	-21%	120	114	-5%	145	114	-21%
Centro	10.497	10.140	-3%	9.114	9.196	1%	1.129	1.156	2%	1.298	1.318	2%
LVT	19.925	18.951	-5%	17.453	16.889	-3%	2.004	2.454	22%	2.537	2.128	-16%
Norte	21.356	20.589	-4%	19.680	18.789	-5%	1.692	1.781	5%	1.847	2.169	17%
Total	54.365	51.758	-5%	48.676	46.837	-4%	5.054	5.594	11%	5.900	5.817	-1%

Fonte: Elaboração própria com base nos dados disponibilizados pela ACSS.

10.3. Medicamentos

- 192** Para além do tratamento cirúrgico, assume relevância na área oncológica a abordagem medicamentosa. Um estudo recente da OCDE⁸² refere que 31% dos custos totais com o tratamento da doença oncológica na União Europeia respeitam a medicamentos oncológicos, e salienta como desafio o elevado crescimento dos preços de lançamento de novos medicamentos na área.
- 193** O mesmo estudo define o conceito de acesso a medicamentos oncológicos como multidimensional, podendo ser avaliado em três óticas distintas:
- Disponibilidade – autorização e introdução no mercado de novos medicamentos;
 - Capacidade financeira – de cada utente e suas famílias, ou da sociedade no seu todo, dependendo da organização dos sistemas de saúde de cada país;
 - Acessibilidade – facilidade de um utente obter a prescrição para determinada terapêutica medicamentosa, dependente do acesso ao sistema de saúde, da cadeia farmacêutica existente, entre outros fatores, bem como das dimensões associadas às duas óticas anteriores⁸³.
- 194** O âmbito da auditoria não englobou em detalhe estas três óticas de análise, sendo apreciados, na dimensão da disponibilidade, os dados relativos aos pedidos de autorização de introdução no mercado (AIM) e de comparticipação no SNS (ponto 10.3.1) e, na dimensão da acessibilidade, a evolução da utilização no SNS de medicamentos em oncologia (ponto 10.3.2)⁸⁴.

10.3.1. Disponibilidade

- 195** A tramitação dos pedidos de AIM de medicamentos segue um procedimento de aprovação centralizada pela Agência Europeia do Medicamento⁸⁵, no qual participam as autoridades nacionais do medicamento dos estados-membros, no caso português, o INFARMED – Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, IP (INFARMED).
- 196** Entre 2017 e 2020, foram aprovados 80 processos de AIM relativos a medicamentos antineoplásicos e imunomoduladores⁸⁶. O número de processos aprovados em cada ano foi relativamente constante, à exceção de 2019 (Gráfico 13).

⁸² OECD (2020), [Addressing Challenges in Access to Oncology Medicines – Analytical Report](#), pp. 11-12.

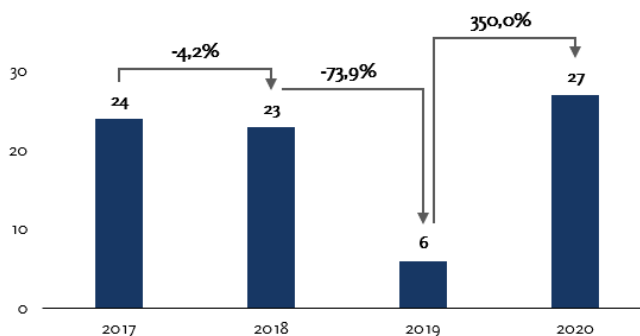
⁸³ Idem, pp. 40-41.

⁸⁴ Os medicamentos oncológicos incluem-se no Grupo 16 do [Despacho n.º 4742/2014](#) (Diário da República n.º 65, 2.ª Série, de 2 de abril de 2014). Este grupo inclui também medicamentos com outras indicações que não a oncológica.

⁸⁵ Conforme estabelecido no [Regulamento \(CE\) n.º 726/2004](#) do Parlamento Europeu e do Conselho, de 31 de março de 2004.

⁸⁶ Os dados disponibilizados pelo INFARMED, relativamente aos pedidos de AIM, apresentados no presente ponto, englobam todos os medicamentos do grupo denominado de “medicamentos antineoplásicos e imunomoduladores”, que incluem alguns medicamentos para outras indicações terapêuticas que não doenças oncológicas (ex.: esclerose múltipla, artrite reumatóide, psoríase, entre outras). Os dados apresentados no ponto 10.3.2 incluem apenas os medicamentos antineoplásicos e imunomoduladores com indicação oncológica.

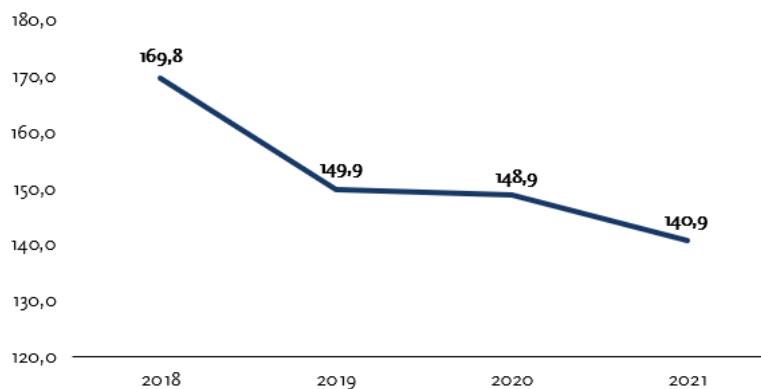
Gráfico 13 – Número de processos de AIM aprovados relativos a medicamentos inovadores, 2017-2020



Fonte: Elaboração própria com base nos dados disponibilizados pelo INFARMED.

- 197 Um medicamento pode ter uma AIM e, no entanto, não ser financiado no âmbito do SNS, estando tal dependente de uma avaliação de comparticipação ou de uma avaliação prévia hospitalar, desenvolvidas pelo INFARMED⁸⁷.
- 198 O tempo de avaliação deste processo inicia-se com a submissão do pedido e termina com a decisão resultante da avaliação técnico-científica da responsabilidade do INFARMED⁸⁸. No que respeita aos medicamentos antineoplásicos e imunomoduladores, este tempo decresceu de forma substancial entre 2018 e 2019 (cerca de menos 20 dias), tendo continuado a registar melhorias ao nível do tempo médio de resposta nos anos seguintes, mesmo durante a crise pandémica (Gráfico 14).

Gráfico 14 – Tempo médio de avaliação de medicamentos antineoplásicos e imunomoduladores, 2017-2020 (dias)



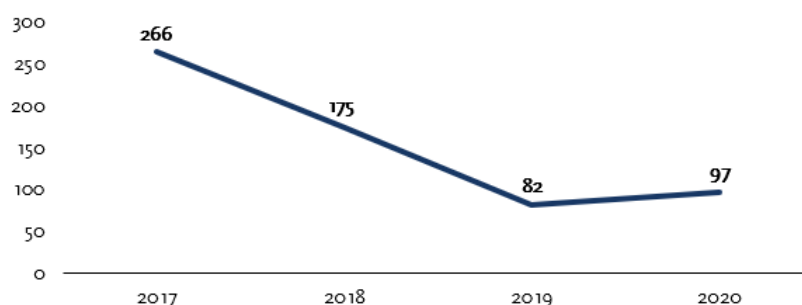
Fonte: Elaboração própria com base nos dados disponibilizados pelo INFARMED.
Nota: Inclui todas as novas substâncias ativas, as novas indicações terapêuticas, as novas apresentações de fármacos já comparticipados e também medicamentos genéricos e biossimilares, pertencentes ao grupo terapêuticos dos antineoplásicos e imunomoduladores, alguns dos quais com indicações terapêuticas não oncológicas.

- 199 É de relevar que esta redução nos prazos de resposta foi acompanhada de uma redução do número de processos que, no final de cada ano, permaneciam em avaliação, de 266, em 2017, para 97, em 2020 (Gráfico 15).

⁸⁷ A avaliação da comparticipação reflete-se no apoio que o Estado confere ao utente na aquisição de medicamentos na farmácia comunitária. A avaliação prévia hospitalar possibilita ou não o financiamento e utilização de medicamentos pelos hospitais do SNS (cfr. [sítio institucional do INFARMED](#), consultado em fevereiro de 2022).

⁸⁸ Durante este período temporal, entre a obtenção de uma AIM e a decisão de financiamento do medicamento, o acesso a tratamentos é efetuado através dos Programas de Acesso Precoce, garantindo assim que, sempre que se verifique a ausência de alternativa terapêutica em que o doente corra o risco imediato de vida ou de sofrer complicações graves, os hospitais do SNS podem requerer ao INFARMED autorização para a utilização do medicamento, antes da finalização do processo de avaliação.

Gráfico 15 – Pedidos de avaliação de medicamentos antineoplásicos e imunomoduladores a aguardar decisão, 2017-2020



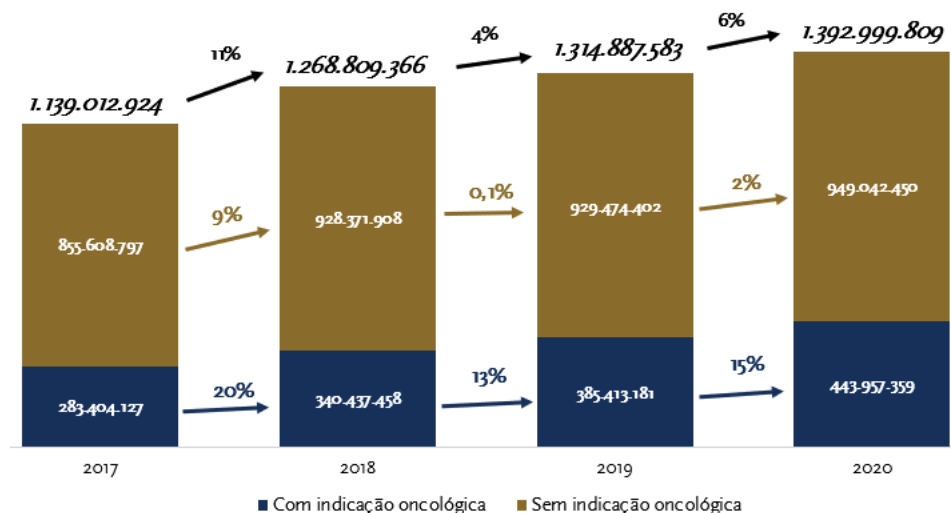
Fonte: Elaboração própria com base nos dados disponibilizados pelo INFARMED.

Nota: Inclui todas as novas substâncias ativas, as novas indicações terapêuticas, as novas apresentações de fármacos já comparticipados e também medicamentos genéricos e biossimilares, pertencentes ao grupo terapêutico dos antineoplásicos e imunomoduladores, alguns dos quais com indicações terapêuticas não oncológicas. Dados referentes a 31/12 de cada ano.

10.3.2. Utilização

200 A despesa com medicamentos oncológicos em meio hospitalar cresceu todos os anos, entre 2017 e 2020, e tem vindo a aumentar o seu peso no total dos medicamentos dispensados (Gráfico 16).

Gráfico 16 – Despesa total com medicamentos dispensados em meio hospitalar no SNS, 2017-2020 (€)



Fonte: Elaboração própria com base nos dados disponibilizados pelo INFARMED.

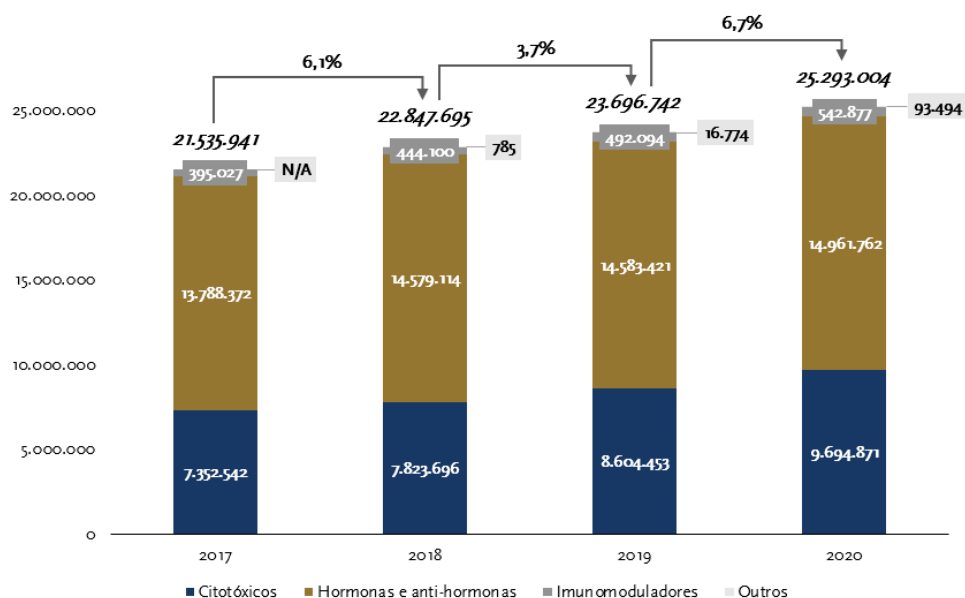
201 A despesa com medicamentos oncológicos dispensados em meio hospitalar no SNS cresceu, em média, 16% ao ano entre 2017 e 2020, valor que compara com o crescimento médio anual de cerca de 4% nos medicamentos sem indicação oncológica. Neste contexto, o peso da despesa com medicamentos oncológicos no total da despesa com medicamentos dispensados em meio hospitalar aumentou de 25% em 2017 para 32% em 2020.

202 O crescimento da despesa com medicamentos oncológicos nos hospitais do SNS resulta quer de um efeito quantidade quer de um efeito preço.

203 Entre 2017 e 2020, a quantidade de unidades de medicamentos oncológicos dispensados em meio hospitalar no SNS cresceu quase 4 milhões, sendo que o maior aumento se verificou entre

2019 e 2020 (+6,7%). A quantidade dispensada cresceu em todos os anos do quadriénio 2017-2020 relativamente a todos os tipos de medicamentos oncológicos (Gráfico 17).

Gráfico 17 – Quantidade de medicamentos oncológicos dispensados em meio hospitalar no SNS, 2017-2020

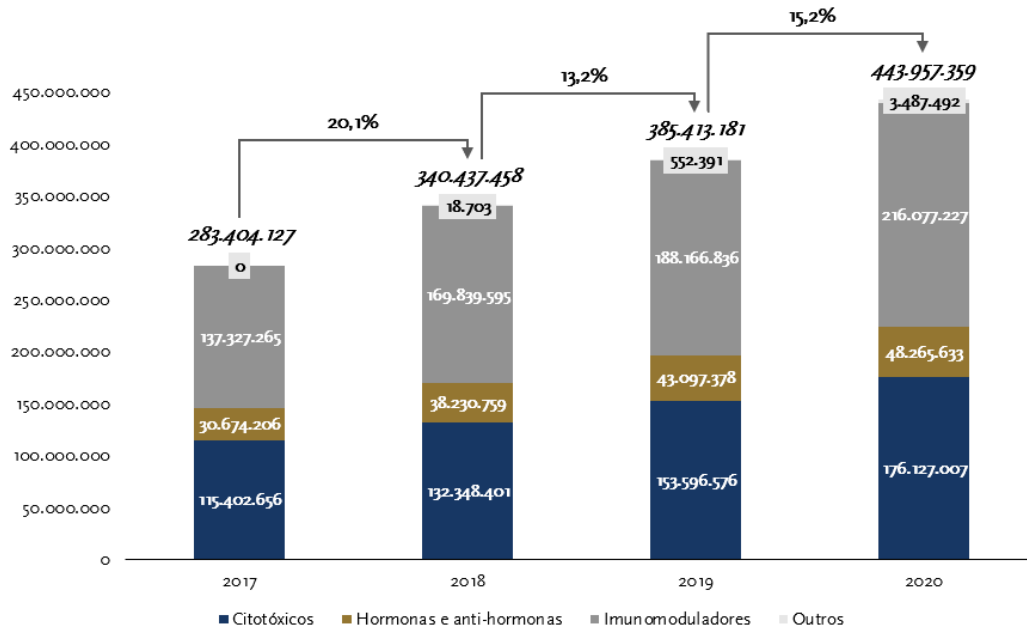


Fonte: Elaboração própria com base nos dados disponibilizados pelo INFARMED.

Nota: N/A = não disponível

204 Em termos de valor, o maior aumento registou-se nos medicamentos imunomoduladores com indicação oncológica, seguidos dos medicamentos citotóxicos, que compunham em conjunto, em todos os anos do período, mais de 88% da despesa com medicamentos oncológicos em meio hospitalar no SNS (Gráfico 18).

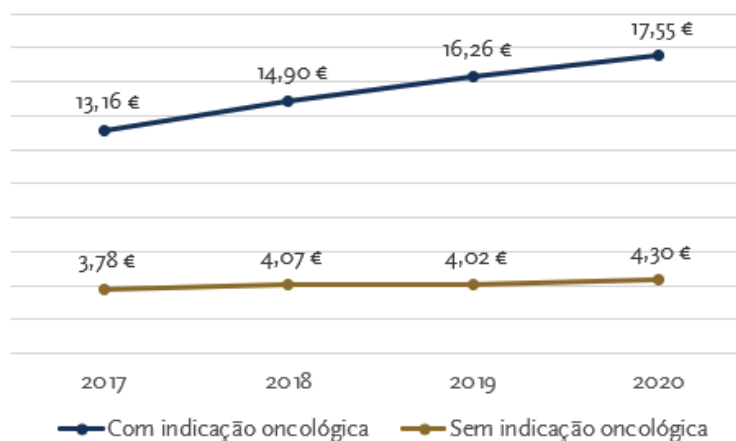
Gráfico 18 – Despesa com medicamentos oncológicos dispensados em meio hospitalar no SNS, 2017-2020 (€)



Fonte: Elaboração própria com base nos dados disponibilizados pelo INFARMED.

205 Por outro lado, a evolução da despesa unitária com a dispensa de medicamentos nos hospitais do SNS, entre 2017 e 2020, traduz um aumento médio de 10% nos medicamentos com indicação oncológica e de 4% nos medicamentos sem indicação oncológica (Gráfico 19).

Gráfico 19 – Despesa unitária com medicamentos dispensados em meio hospitalar no SNS, com e sem indicação oncológica, 2017-2020 (€)



Fonte: Elaboração própria com base nos dados disponibilizados pelo INFARMED.

206 O maior crescimento verificado nos medicamentos com indicação oncológica dispensados em meio hospitalar no SNS, resultou num cada vez maior afastamento da despesa unitária com estes medicamentos face à despesa unitária com os medicamentos sem indicação oncológica. Em 2020, a despesa unitária com medicamentos oncológicos era mais de quatro vezes superior à dos medicamentos não oncológicos (17,55 € vs. 4,30 € por unidade dispensada).

- 207 A evolução da despesa do SNS com o tratamento medicamentoso da doença oncológica, em contexto hospitalar, dadas as elevadas taxas de crescimento verificadas, tanto em termos de quantidade como em termos de valor, pressiona a sustentabilidade do respetivo financiamento.
- 208 Em sede de contraditório, o INFARMED salienta a relevância de se analisar, para além da despesa, *“os potenciais ganhos para o utente com a adoção de terapia inovadora”* e *“eventuais poupanças para o SNS decorrentes de menor número de internamentos ou outro tipo de cuidados de saúde”*.

10.4. Rastreamentos oncológicos

- 209 O Programa Nacional para as Doenças Oncológicas prevê a execução de três rastreios de base populacional na área oncológica: rastreio do cancro da mama (RCM); rastreio do cancro do colo do útero (RCCU); e rastreio do cancro do colon e reto (RCCR). Nos pontos seguintes, é feita uma análise dos resultados obtidos nos indicadores de execução dos programas de rastreio, dos indicadores contratualizados com as UF-CSP, do impacto da pandemia nos rastreios referidos e dos mecanismos de financiamento dos programas de rastreio⁸⁹.

10.4.1. Metodologia e fiabilidade da informação

- 210 Os dados relativos à execução dos programas de rastreio de base populacional foram recolhidos junto das ARS, entidades responsáveis pela sua operacionalização e pelo reporte dos resultados da sua implementação. Em resultado dos condicionalismos relacionados com a heterogeneidade da implementação dos rastreios entre ARS, bem como da inexistência de um sistema de informação de suporte único, descritos no ponto 9.2, identificaram-se algumas divergências entre a informação disponibilizada ao TdC, pelas ARS, no âmbito desta ação, e a que consta nos vários documentos que reportam a monitorização dos rastreios oncológicos, designadamente, os relatórios de atividades das ARS e os relatórios anuais da DGS sobre a avaliação e monitorização dos rastreios oncológicos. Estas divergências foram analisadas com responsáveis das ARS, apresentando-se neste ponto os resultados validados na sequência desta interação.
- 211 Os dados relativos à proporção de utentes com rastreios atualizados, utilizados na contratualização realizada no âmbito dos cuidados de saúde primários, entre as ARS, os ACES e as UF-CSP, foram recolhidos nos sítios da Internet do Ministério da Saúde onde são divulgados⁹⁰.
- 212 No quadro seguinte são descritos os indicadores utilizados na análise efetuada.

⁸⁹ Cfr., quanto aos conceitos de cobertura geográfica e populacional, a nota de rodapé 19, e quanto aos indicadores de proporção de utentes com rastreios atualizados, o Quadro 2, nas páginas 14 e 15, respetivamente.

⁹⁰ Nomeadamente no [Portal da Transparência do SNS](#) e no [BI-CSP – Bilhete de identidade dos cuidados de saúde primários](#).

Quadro 23 – Indicadores de desempenho – rastreios

Indicador	Cálculo	
Taxa de cobertura geográfica	$\frac{N.º \text{ de agrupamentos de centros de saúde (ACES) com rastreio}}{N.º \text{ total de ACES}}$ $\frac{N.º \text{ de unidades funcionais de cuidados de saúde primários (UF – CSP) com rastreio}}{N.º \text{ total de UF – CSP}}$	
Taxa de cobertura populacional	$\frac{N.º \text{ de utentes convidados}}{\text{População elegível anual}}$	
Taxa de rastreio da população	$\frac{N.º \text{ de utentes rastreados}}{\text{População elegível anual}}$	
Proporção de utentes com rastreio atualizado	Cancro da mama	$\frac{\text{Mulheres inscritas com idade no intervalo [50; 70[anos, com pelo menos um resultado de mamografia nos últimos 2 anos}}{\text{Mulheres inscritas com idade no intervalo [50; 70[anos}}$
	Cancro do colo do útero	$\frac{\text{Mulheres inscritas com idade no intervalo [25; 60[anos, com pelo menos um resultado de colpocitologia em lâmina nos últimos 3 anos ou um resultado de colpocitologia em meio líquido nos últimos 5 anos ou um resultado de pesquisa de DNA do HPV por PCR nos últimos 5 anos}}{\text{Mulheres inscritas com idade no intervalo [25; 60[anos}}$
	Cancro do cólon e reto	$\frac{\text{Utentes inscritos com idade no intervalo [50; 75[anos, com pelo menos um resultado de PSOF, nos últimos 2 anos ou um resultado de retossigmoidoscopia nos últimos 5 anos ou um resultado de colonoscopia nos últimos 10 anos}}{\text{Utentes inscritos com idade no intervalo [50; 75[anos}}$

Fonte: Elaboração própria, adaptado de [Programa nacional para as doenças oncológicas - Avaliação e monitorização dos rastreios oncológicos organizados de base populacional | Portugal | 2017/18](#) (DGS, 2020) e [Bilhete de Identidade dos Indicadores dos Cuidados de Saúde Primários para o ano de 2017](#) (ACSS, 2017).

Notas: População elegível anual = população elegível / periodicidade do rastreio (2 anos no rastreio do cancro da mama e no rastreio do cancro do cólon e reto, e 3 ou 5 anos no rastreio do cancro do colo do útero, dependendo da técnica de rastreio utilizada). População elegível = população alvo total - população excluída. População alvo total = utentes inscritos dentro da faixa do rastreio. População excluída = utentes excluídos por motivo clínico.

10.4.2. Rastreio do cancro da mama

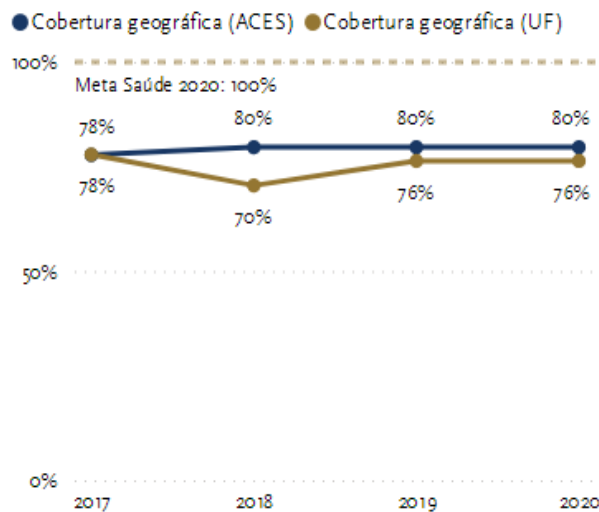
Cobertura geográfica

213 O RCM tem apresentado uma taxa de cobertura geográfica relativamente estável desde 2017, não tendo convergido para a meta de saúde definida para 2020, de cobertura geográfica total. Em 2020, este rastreio encontrava-se em funcionamento em 80% dos ACES/ULS⁹¹ e em 76% das UF-CSP⁹² (Gráfico 20).

⁹¹ Número de ACES e ULS com rastreio/Número total de ACES e ULS.

⁹² Número de UF-CSP com rastreio/Número total de UF-CSP. AS Unidades Funcionais (UF) são unidades de prestação de cuidados de saúde primários, individualizado por localização e denominação determinadas que integram um ou mais Centros de Saúde. Os ACES são serviços de saúde com autonomia administrativa, constituídos por várias unidades funcionais (art.º 2.º do DL n.º 28/2008, de 22 de fevereiro).

Gráfico 20 – RCM – Taxa de cobertura geográfica anual – 2017-2020

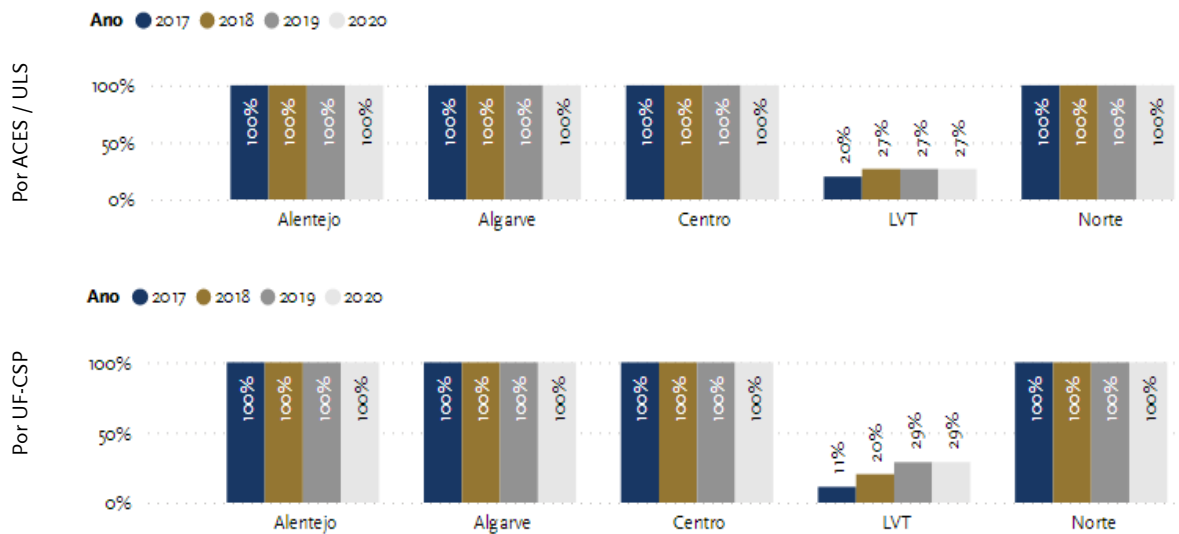


Fonte. Elaboração própria com dados disponibilizados pelas ARS.

- 214 A cobertura geográfica é total em 4 das 5 ARS, tanto por ACES/ULS, como por UF-CSP, destacando-se a baixa implementação do programa de rastreio na ARS LVT, que não evoluiu de forma significativa no período analisado: a cobertura geográfica por ACES/ULS aumentou apenas 7 pontos percentuais, entre 2017 e 2018, mantendo-se inalterado nos anos seguintes, e a cobertura por UF-CSP era, em 2020, de apenas 29% (Gráfico 21). Questionada no âmbito da auditoria, a ARS LVT não concretizou as condicionantes que impediram uma maior cobertura do RCM, referindo apenas que foi assinado, no início de 2020, um protocolo com a LPCC para o alargamento do rastreio existente, e que devido à situação pandémica, este alargamento foi adiado para 2021⁹³. Como adiante se verá, no indicador relativo à cobertura dos utentes por um teste de rastreio, independentemente de este ter sido feito formalmente, no âmbito das convocatórias para rastreios de base populacional (Gráfico 24), a ARS LVT apresenta resultados menos díspares face às restantes ARS, o que indicia um recurso a testes num contexto “oportunístico”.

⁹³ Cfr. email de 10 de agosto de 2021.

Gráfico 21 – RCM – Taxa de cobertura geográfica por ARS e ano – 2017-2020



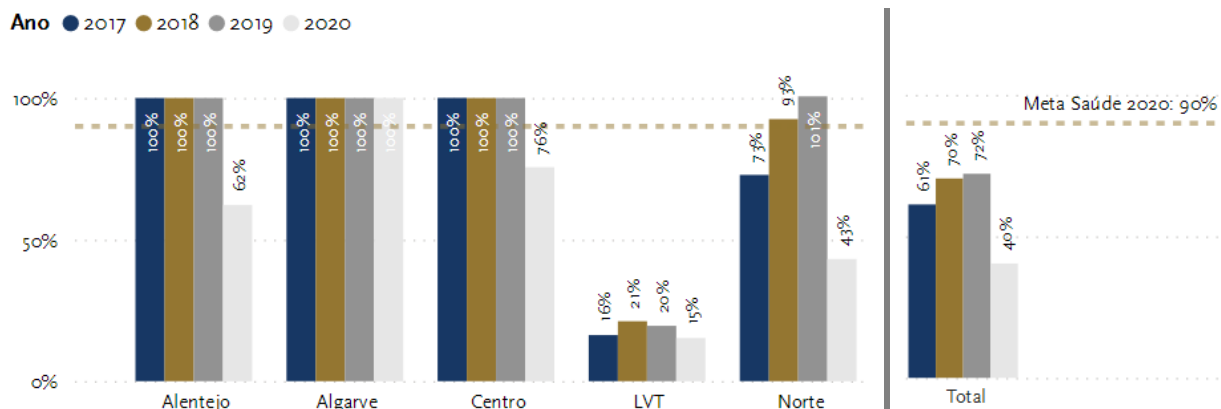
Fonte. Elaboração própria com dados disponibilizados pelas ARS.

Cobertura populacional

- 215 A cobertura populacional do RCM registou uma evolução positiva até 2019, ano em que 72% (515.162 utentes) da população elegível (714.203 utentes) foi convidada a participar no rastreio (Gráfico 22)⁹⁴.
- 216 Em 2020 esta tendência inverteu-se devido aos períodos de suspensão do rastreio ocorridos no 1º semestre do ano, face à situação epidemiológica provocada pela COVID-19. Em resultado, foi convidada menos de metade (40%) da população anual elegível, o que inviabilizou o cumprimento da meta de cobertura populacional de 90% (percentagem de mulheres convidadas face à da população alvo elegível anual), estabelecida para 2020.
- 217 Ainda que em 2020 não se tivessem verificado os constrangimentos provocados pela pandemia de COVID-19, os resultados obtidos entre 2017 e 2019 estavam longe da meta delineada para 2020. Tal resultou fundamentalmente de a ARS LVT não ter conseguido melhorar, no quadriénio analisado, a cobertura populacional deste rastreio, que atingiu, nesta ARS, um máximo de 21%, em 2018. Recorde-se, a este respeito, o contexto aparentemente mais “oportunistico” de realização dos exames de RCM, na ARS LVT, que resulta numa cobertura da população por rastreios superior à resultante da execução dos programas de rastreio de base populacional (cfr., neste sentido, o Gráfico 24). Pelo contrário, nas restantes ARS, em 2019, foi convidada toda a população elegível a participar no RCM e, em 2020, a ARS Algarve manteve a cobertura populacional de 100% (Gráfico 22).

⁹⁴ Cobertura populacional = número de convidadas/população anual elegível. A população anual elegível resulta da divisão da população elegível pelo número de anos correspondentes ao ciclo de cada rastreio. Foi necessário corrigir os dados das ARS Alentejo e Centro, dado estas não terem utilizado, nos seus reportes, a fórmula utilizada pela DGS nos relatórios sobre a atividade dos rastreios, mas sim a fórmula que se destina a calcular a Taxa de Rastreio populacional anual: Número de utentes rastreados/População anual elegível.

Gráfico 22 – RCM – Taxa de cobertura populacional anual, total e por ARS – 2017-2020

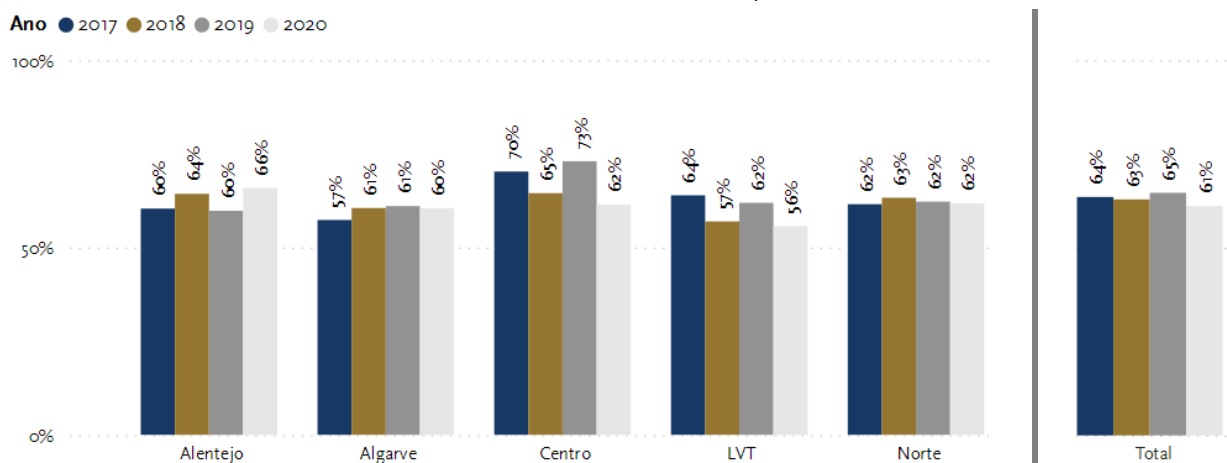


Fonte: Elaboração própria com dados disponibilizados pelas ARS.

Nota: Taxa de Cobertura populacional = N.º de mulheres convidadas/População elegível anual.

218 Das mulheres convidadas anualmente, aderiram ao rastreio entre 56% e 73%, dependendo da ARS e do ano considerado. A média da adesão nas cinco ARS manteve-se acima dos 60% no quadriénio analisado, embora se tenha registado, em 2020, uma ligeira redução face ao ano anterior (de 65% para 61%) (Gráfico 23).

Gráfico 23 – RCM – Taxa de adesão anual, total e por ARS – 2017-2020



Fonte: Elaboração própria com dados disponibilizados pelas ARS.

Nota: Taxa de adesão = número de utentes rastreadas/número de utentes convidadas

219 Em resultado da execução do programa de RCM, entre 2017 e 2019 foram realizadas, em média, 11.588 consultas de aferição, referenciados 1.618 casos positivos e realizadas 619 biópsias (Quadro 24). Toda a atividade deste rastreio sofreu, em 2020, quebras significativas, a nível nacional, analisadas em maior detalhe no ponto 10.4.5. Informação detalhada sobre a atividade do RCM, por ARS, consta do Anexo VII.

Quadro 24 – RCM – atividade global por ano – 2017-2020

Indicador	2017	2018	2019	2020
População elegível anual	756 550	693 382	714 203	683 935
Número de mulheres convidadas	463 693	488 674	515 162	276 468
Número de mulheres rastreadas	294 707	307 433	333 161	168 964
Número de consultas de aferição efetuadas	11 654	12 589	10 521	6 554
Numero de casos positivos referenciados	1 529	1 744	1 582	978
Número de biópsias efetuadas	602	592	664	362

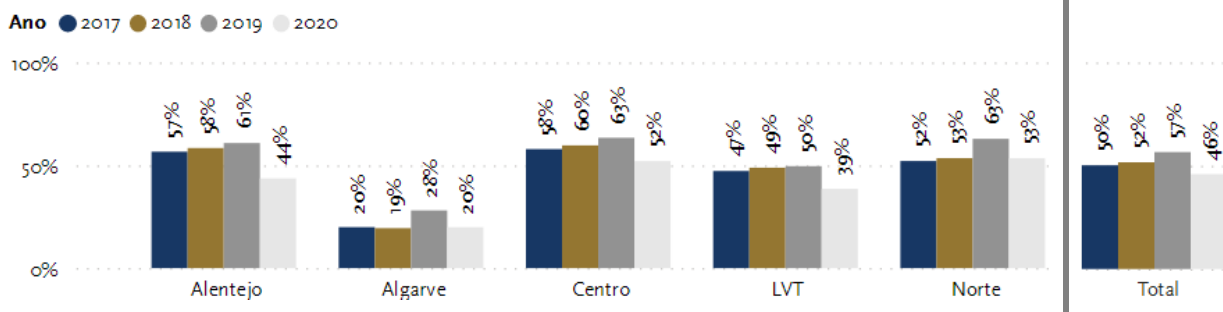
Fonte. Elaboração própria com dados disponibilizados pelas ARS.

Proporção de utentes com rastreio atualizado

- 220** A proporção de mulheres com rastreio atualizado, tendo em conta a existência, nos períodos definidos para cada rastreio, de exames realizados, independentemente de estes terem sido feitos, formalmente, no âmbito das convocatórias para rastreios de base populacional (Gráfico 24), apresenta alguns resultados díspares face aos indicadores apurados no âmbito do programa de rastreio. Destacam-se os resultados apurados na ARS LVT, que mostram uma cobertura de utentes por testes de rastreio superior à revelada pelo indicador de cobertura populacional do programa de RCM. Tal sugere uma realização mais oportunística dos rastreios, fora do âmbito do programa, nesta ARS.
- 221** No âmbito do contraditório, a ARS LVT confirma que, *“no acompanhamento habitual do utente em Saúde de Adultos, era promovida a manutenção dos rastreios oncológicos atualizada, o que explica a sua realização oportunística”*, situação verificada nos três rastreios de base populacional.
- 222** Em sentido oposto, verifica-se que a proporção de mulheres do grupo-alvo com rastreio atualizado, na ARS Algarve, em 2020, de 20%, não reflete cobertura populacional de 60% apurada, para o mesmo ano, no âmbito do programa do RCM, sugerindo a necessidade de uniformização dos critérios de definição das populações alvo nestes indicadores e de apuramento dos resultados finais⁹⁵.

⁹⁵ A cobertura populacional na ARS Algarve, calculada no âmbito do programa de rastreio de base populacional, foi de 100%, nos vários anos analisados, com taxas de adesão que rondam os 60%, assim equivalentes às taxas de rastreio (mulheres rastreadas/mulheres elegíveis no ano). Com esta atividade do programa de rastreio, seria expectável que o indicador, em 31/12 de cada ano, relativo à proporção de mulheres com rastreio atualizado se situasse próximo deste valor, quando, no entanto, apresentou, entre 2017 e 2020, valores entre os 19% e os 28%. Sobre o reporte de resultados, é de notar que os resultados no âmbito do programa de rastreio estão dependentes de registos manuais, enquanto os indicadores relativos à proporção de utentes com os rastreios atualizados se baseiam nos registos de meios complementares de diagnóstico e terapêutica constantes dos sistemas de informação de suporte à atividade das UF-CSP.

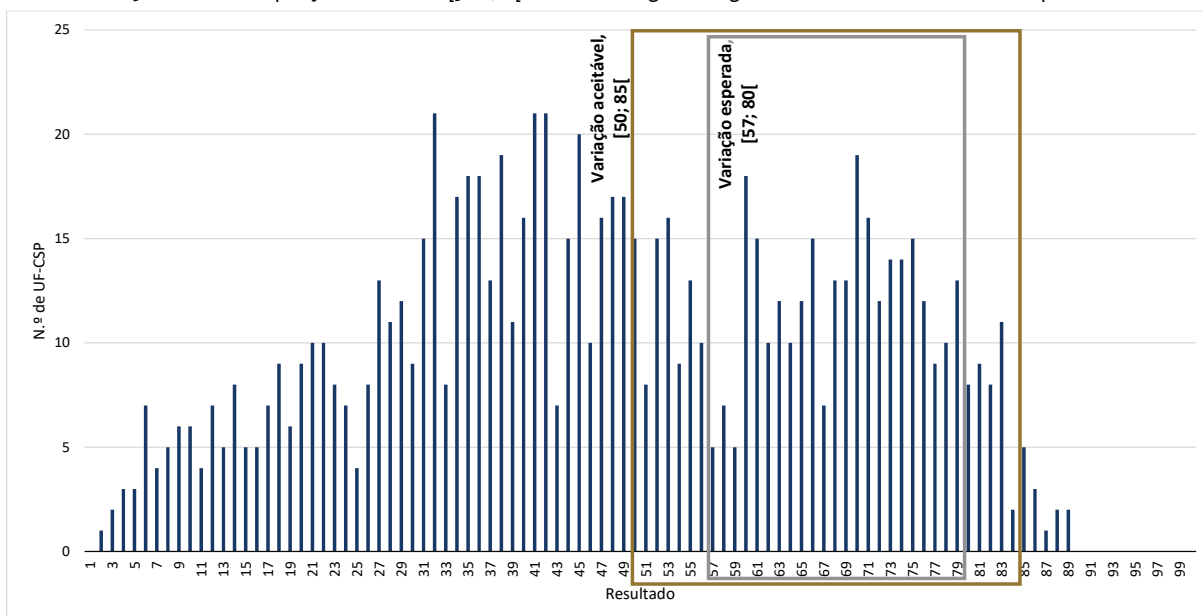
Gráfico 24 – RCM – Proporção de mulheres no grupo-alvo com rastreio atualizado – 2017-2020 (a 31/12)



Fonte: Elaboração própria com dados disponíveis no [Portal da Transparência do SNS](#).

223 A proporção de mulheres com rastreios do cancro da mama atualizados, que se verifica em cada uma das UF-CSP que operacionalizam os rastreios oncológicos é bastante diversa, com resultados apurados que variaram, em 2020, entre cerca de 2% e de 89%, como se observa no Gráfico 25. Assim, das 907 UF-CSP, 31% e 43% obtiveram resultados dentro do intervalo esperado ([57; 80]) e dentro do intervalo aceitável ([50; 85]), respetivamente.

Gráfico 25 – RCM – Proporção mulheres [50; 70], com mamografia registada nos últimos dois anos, por entidade



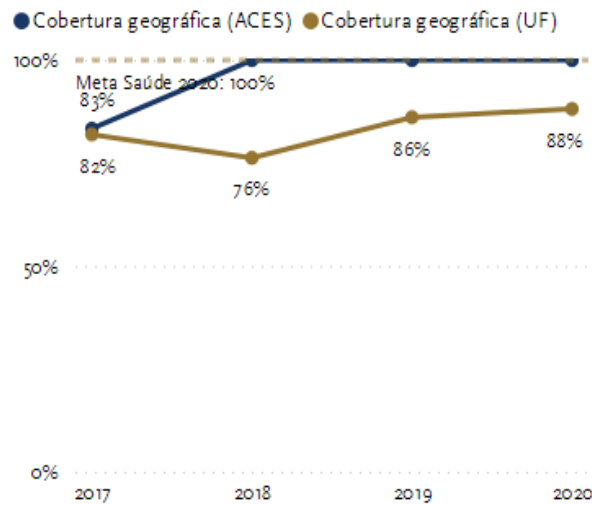
Fonte: Elaboração própria com dados disponíveis no [BI-CSP – Bilhete de identidade dos cuidados de saúde primários](#).

10.4.3. Rastreio do cancro do colo do útero

Cobertura geográfica

224 O RCCU encontra-se implementado em todos os ACES e ULS desde 2018, mas a cobertura geográfica por UF-CSP foi, em 2020, de 88%, não atingindo a meta de cobertura de 100% definida para esse ano (Gráfico 26).

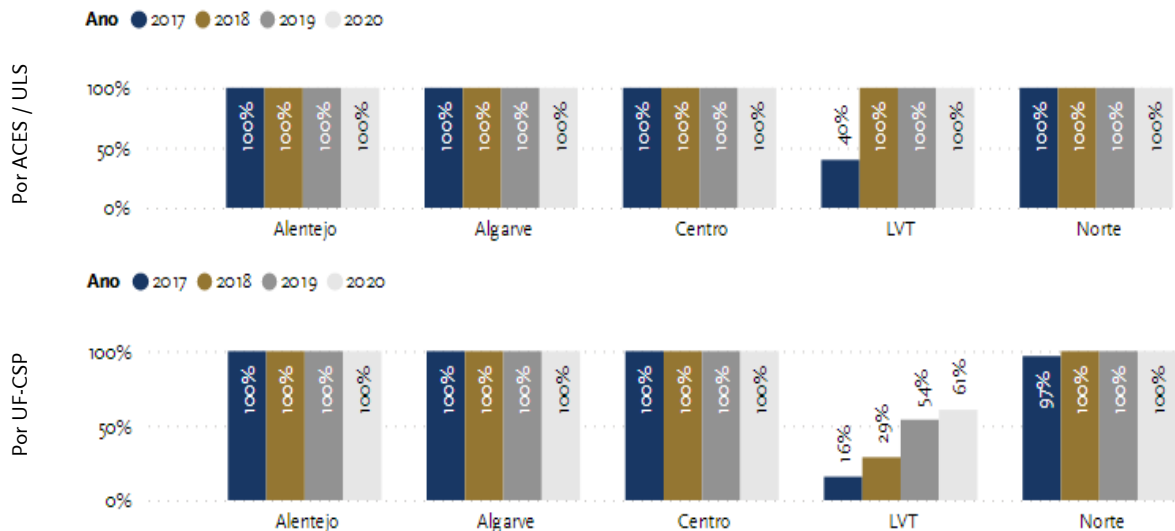
Gráfico 26 – RCCU – Taxa de cobertura geográfica anual – 2017-2020



Fonte: Elaboração própria com dados disponibilizados pelas ARS.

225 Tanto na análise por ACES/ULS, como na análise por UF-CSP, foi atingida a meta de cobertura geográfica total, para 2020, em 4 das 5 ARS. Na ARS LVT, a cobertura geográfica por UF-CSP ficou aquém daquela meta, apesar da melhoria verificada ao longo do quadriênio, de 16% em 2017 para 61% em 2020 (Gráfico 27).

Gráfico 27 – RCCU – Cobertura geográfica por ARS e ano – 2017-2020

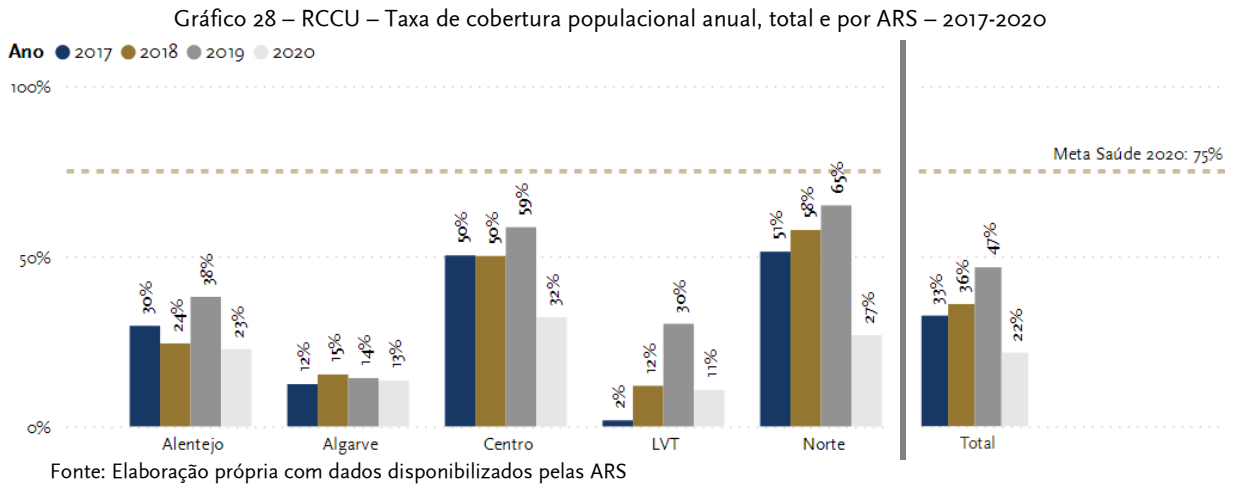


Fonte: Elaboração própria com dados disponibilizados pelas ARS.

Cobertura populacional

226 A cobertura populacional do RCCU registou um crescimento gradual até 2019, ano em que foi convidada cerca de 47% da população elegível. Esta tendência inverteu-se em 2020, uma vez que somente 22% (126.250) da população elegível (582.347) foi convidada a realizar um teste, inviabilizando o cumprimento da meta estabelecida para 2020, de cobertura populacional de 75% (Gráfico 28).

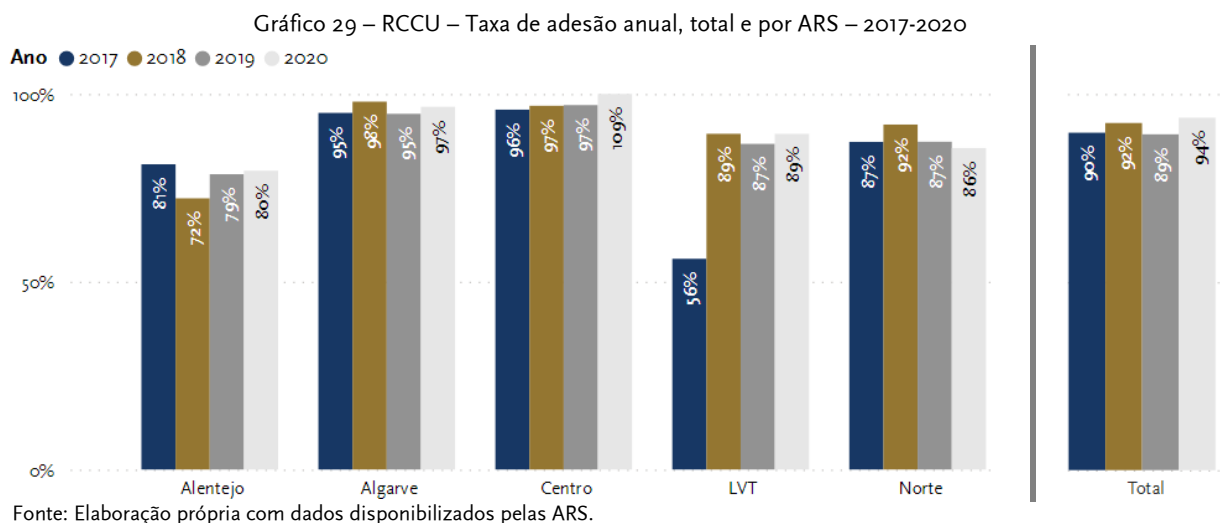
227 A diminuição da cobertura populacional em 2020 ocorreu em todas as regiões de saúde, destacando-se a ARS LVT, na qual se verificou a taxa de cobertura populacional mais baixa, de cerca de 11% (Gráfico 28).



228 O RCCU é o único dos três rastreios oncológicos em que a cobertura populacional, dependendo particularmente do acesso a médicos de família, poderá ficar prejudicada pelo facto de nem todas as mulheres terem médico de família, nem todos os médicos de família terem formação na área ginecológica e pela indisponibilidade de agenda para marcação do rastreio.

229 Esta situação é corroborada com as expressivas taxas de adesão a este rastreio por parte das utentes, superiores a 90%, a nível nacional, na maioria dos anos, ou seja, quase todas as utentes convidadas para o rastreio aceitam o convite, embora existam variações regionais. Com exceção da ARS LVT, em 2017, com 56%, as restantes ARS apresentam, consistentemente, elevadas taxas de adesão (Gráfico 29). Contudo, nos anos seguintes as taxas de adesão na ARS LVT foram superiores a 85%.

230 As ARS LVT e Centro, no âmbito dos trabalhos da auditoria, identificaram como fator condicionante ao aumento do número de utentes a convidar para este rastreio, a falta de resposta hospitalar para consultas e exames dos casos com testes positivos referenciados.



231 Até 2019, foram rastreadas, anualmente, uma média de 210 mil mulheres, tendo ocorrido uma quebra significativa no ano de 2020, dada a suspensão dos rastreios devido ao impacto da pandemia de COVID-19 no SNS (Quadro 25). Esta redução é analisada em maior detalhe no ponto 10.4.5, e consta do Anexo VIII informação detalhada sobre a atividade do RCCU, por ARS.

Quadro 25 – RCCU – atividade global por ano – 2017-2020

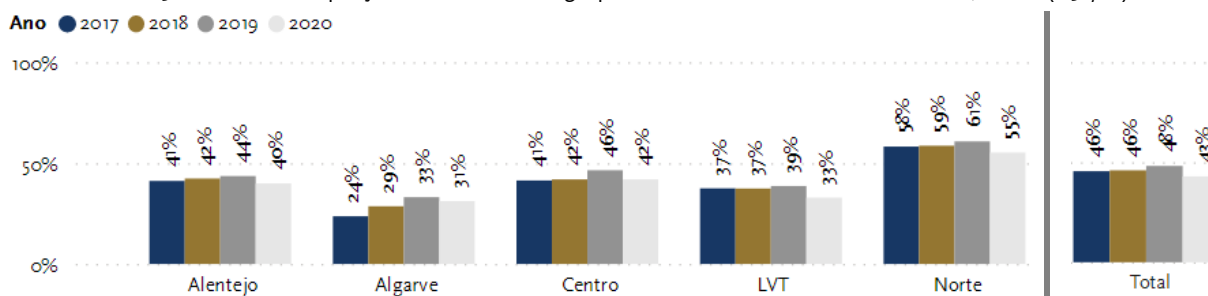
Indicador	2017	2018	2019	2020
População elegível anual	602 752	635 093	582 983	582 347
Número de convocatórias enviadas	196 170	228 351	272 634	126 250
Número de mulheres rastreadas	175 937	210 702	243 363	118 263
Número de citologias	107 000	103 311	101 221	63 824
Número de testes HPV	75 972	122 931	183 729	122 575
Número de lesões positivas referenciadas	9 483	12 488	12 565	7 698
Número de cancros identificados	39	25	27	10

Fonte: Elaboração própria com dados disponibilizados pelas ARS.

Proporção de utentes com rastreio atualizado

232 A proporção de mulheres com rastreios atualizados, tendo em conta a existência, nos períodos definidos para cada rastreio, de exames realizados, independentemente de estes terem sido feitos formalmente, no âmbito das convocatórias para rastreios de base populacional (Gráfico 30), apresenta resultados que não divergem substancialmente dos indicadores apurados no âmbito do programa de rastreio, relativos à cobertura populacional e à taxa de adesão ao programa. Ainda assim, é de notar que os resultados das ARS LVT e Algarve mostram uma cobertura de utentes por testes de rastreio superior à revelada pela leitura conjunta dos indicadores de cobertura populacional e de taxa de adesão do programa de rastreios de base populacional. Tal sugere uma realização mais oportunística dos rastreios nestas ARS, ou seja, fora do âmbito do programa.

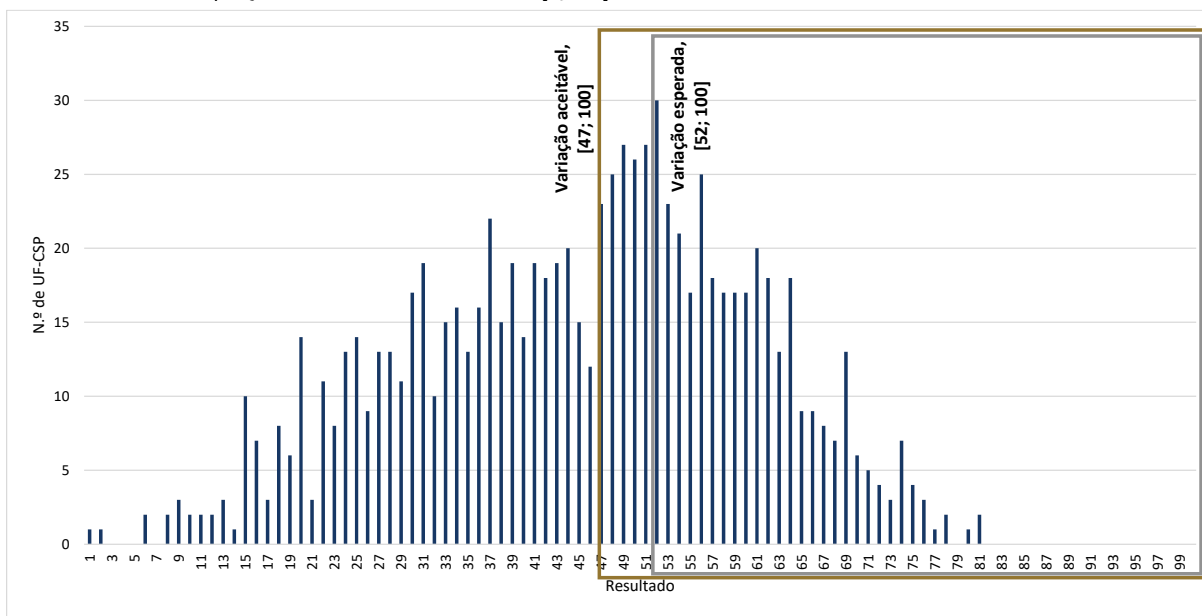
Gráfico 30 – RCCU – Proporção de mulheres no grupo-alvo com rastreio atualizado – 2017-2020 (a 31/12)



Fonte: Elaboração própria com dados disponíveis no [Portal da Transparência do SNS](#).

233 A proporção de mulheres com rastreios do cancro do colo do útero atualizados, em cada uma das UF-CSP que operacionalizam os rastreios oncológicos, é bastante diversa, com resultados apurados que variaram, em 2020, entre cerca de 1% e de 81%, como se observa no Gráfico 31, sendo que, 34 e 49% das entidades obtiveram resultados dentro do intervalo esperado ([52; 100]) e dentro do intervalo aceitável ([47; 100]), respetivamente.

Gráfico 31 – Proporção de mulheres no intervalo [25;60] anos, com rastreio do cancro do colo útero atualizado



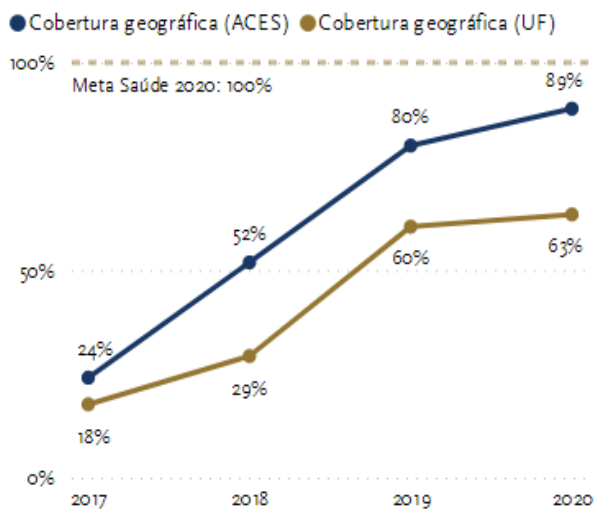
Fonte: Elaboração própria com dados disponíveis no [BI-CSP – Bilhete de identidade dos cuidados de saúde primários](#).

10.4.4. Rastreio do cancro do cólon e reto

Cobertura geográfica

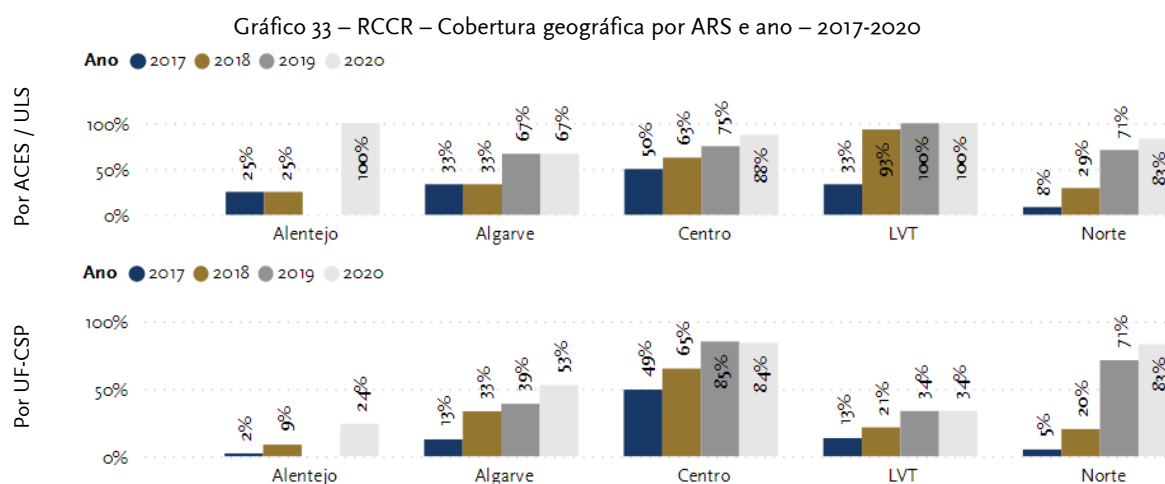
- 234 Dos três rastreios oncológicos, o RCCR teve uma implementação mais tardia. Em 2017, as taxas de cobertura geográfica, por ACES/ULS e por UF-CSP, eram de apenas 24% e 18%, respetivamente.
- 235 Verificou-se, no entanto, uma forte evolução da cobertura geográfica deste programa de rastreio, a nível nacional, atingindo as taxas de cobertura, por ACES/ULS e por UF-CSP, em 2020, 89% e os 65%, respetivamente, ainda assim aquém da meta definida – 100% (Gráfico 32).

Gráfico 32 – RCCR – Taxa de cobertura geográfica anual – 2017-2020



Fonte: Elaboração própria com dados disponibilizados pelas ARS.

236 Em 2020, o rastreio encontrava-se implementado em mais de 80% dos ACES/ULS em 4 das 5 ARS, atingindo os 67% na ARS Algarve. No entanto, verificam-se níveis de cobertura por UF-CSP muito abaixo da meta definida para o ano de 2020. Neste ano, apesar dos efeitos da pandemia de COVID-19, a cobertura geográfica melhorou, e os piores resultados foram os obtidos nas ARS Alentejo e LVT, nas quais apenas 24% e 34% das UF-CSP executaram o programa do RCCR, respetivamente. Segundo informação disponibilizada pela ARS LVT, a transição gradual em curso dos designados rastreios “oportunisticos” para os rastreios organizados de base populacional justifica aquele resultado⁹⁶ (Gráfico 33).



Fonte: Elaboração própria com dados disponibilizados pelas ARS.

Nota: Durante o ano de 2019, a ARS Alentejo suspendeu o RCCR, por falta de recursos humanos para a sua operacionalização.

Cobertura populacional

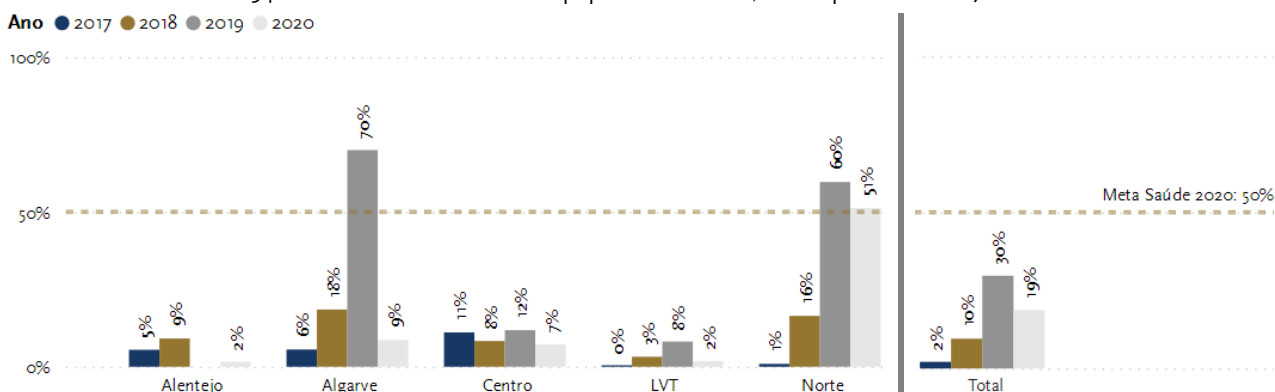
237 A cobertura populacional do RCCR registou um crescimento gradual até 2019, tendência que se inverteu em 2020, ano em que somente 19% (271.861) da população elegível anual (1.452.239) foi convidada a realizar o teste (Gráfico 34). Em consequência, a meta estabelecida para 2020, de cobertura populacional de 50%, não foi cumprida.

238 Em 2019, a nível regional, observou-se uma abrangência populacional expressiva nas ARS Algarve e Norte, cobrindo 70% e 60% da população elegível, respetivamente. Em 2020, apesar da suspensão do rastreio devido à pandemia de COVID-19, a ARS Norte enviou convites a 51% dos utentes. No entanto, a ARS Algarve convidou apenas cerca de 9% da população anual elegível.

239 As ARS Alentejo, Centro e LVT, registaram, desde 2017, diminutas taxas de cobertura populacional do RCCR, situação que se agravou em 2020 – as ARS LVT e Alentejo convidaram apenas cerca de 2% da população anual elegível e a ARS Centro convidou 7% (Gráfico 34).

⁹⁶ A ARS LVT informou, por email de 10 de agosto de 2021, que a migração da modalidade de rastreio oportunístico para rastreio organizado de base populacional, a partir do segundo semestre de 2017, tem sido progressiva, com integração gradual das UF-CSP.

Gráfico 34 – RCCR – Taxa de cobertura populacional anual, total e por ARS – 2017-2020



Fonte: Elaboração própria com dados disponibilizados pelas ARS.

Nota: Durante o ano de 2019, ARS Alentejo suspendeu o RCCR, por falta de recursos humanos para a sua operacionalização.

240 A falta de disponibilidade dos CSP, na concretização dos convites, e dos Hospitais, na realização das colonoscopias, foram indicadas pelas ARS, no âmbito da auditoria, como principais condicionantes à implementação do RCCR em todas as ARS.

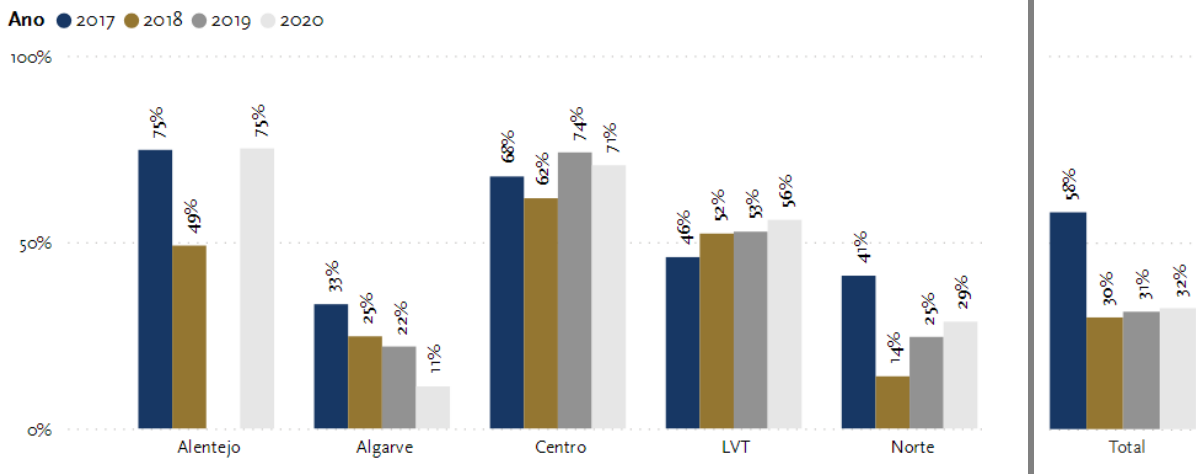
241 Observou-se, também, uma fraca taxa de adesão ao RCCR tendo, entre 2018 e 2020, pouco mais de 30% dos utentes convidados aceite realizar o rastreio (Gráfico 35). Não obstante, o número de utentes convidados aumentou significativamente até 2019, mais 359.229 em 2019 face a 2017 (Quadro 26).

242 Todavia, o cálculo da taxa de adesão ao RCCR, bem como da taxa de cobertura populacional, no continente e em cada uma das regiões, está influenciado por diferenças nos procedimentos de realização do convite para os utentes participarem no rastreio, entre ARS e na mesma ARS de uns anos para os outros, atendendo a que:

- na ARS Norte, os convites são efetuados de forma automática pelo SiiMA Rastreios, ou seja, é convidada toda a população elegível e, neste caso, a taxa de adesão é a real;
- nas restantes ARS, existe grande diversidade na operacionalização do convite dos utentes: (i) envio de carta; (ii) contacto telefónico; (iii) contacto pessoal quando o utente se desloca à UF-CSP; (iv) as três modalidades em simultâneo. A prática seguida nestas ARS de, em geral, não atualizar os respetivos sistemas de informação, com os convites efetuados pessoalmente ou por telefone, conduz a que sejam rastreados utentes para os quais não foi registado o convite e, conseqüentemente, ao apuramento de taxas de adesão significativamente superiores às reais⁹⁷.

⁹⁷ Tendo em conta que estes utentes, cujos convites não têm reflexo em registos nos sistemas de informação, são considerados no numerador do indicador de cobertura populacional (n.º de utentes que realizaram o rastreio), mas não no seu denominador (n.º de utentes convidados).

Gráfico 35 – RCCR – Taxa de adesão anual, total e por ARS – 2017-2020



Fonte: Elaboração própria com dados disponibilizados pelas ARS.

Nota: A ARS Alentejo teve, em 2019, este rastreio suspenso.

- 243 Ainda a respeito da fiabilidade da informação reportada acresce que, em 2019, na ARS Algarve foram alterados os critérios de recolha de alguns dados, a título de exemplo: passaram a ser contabilizadas as PSOF registadas pelo laboratório nesse ano, independentemente da data da convocatória, influenciando a taxa de adesão ao rastreio, contribuindo somente para o numerador.
- 244 Conforme consta no Quadro 26, o número de utentes rastreados, que registou um crescimento expressivo (606%), de 17.337 em 2017 para 122.317 em 2019, inverteu a tendência em 2020, decrescendo para 88.028 (28%). O detalhe do impacto da pandemia de COVID-19 na atividade do RCCR é apresentado no ponto 10.4.5, e consta do Anexo IX informação detalhada sobre a atividade, por ARS.

Quadro 26 – RCCR – atividade global por ARS e ano – 2017-2020

Indicador	2017	2018	2019	2020
População elegível anual	1 393 856	1 473 392	1 309 769	1 452 239
Número de utentes convidados	29 858	140 799	389 087	271 861
Número de utentes rastreados	17 337	42 113	122 317	88 028
Número de testes PSOF positivos	1 515	2 216	6 317	4 887
Número de colonoscopias	794	702	1 919	1 930
Número de lesões positivas	346	268	824	659
Numero de cancros identificados referenciados	35	76	94	139

Fonte: Elaboração própria com dados disponibilizados pelas ARS.

Notas: A ARS LVT informou que só recentemente teve acesso aos dados estatísticos sobre os cancros identificados para o RCCR, pelo que, entre 2017 e 2019, embora tenham sido contabilizados alguns cancros identificados, o número reportado não corresponderá ao real.

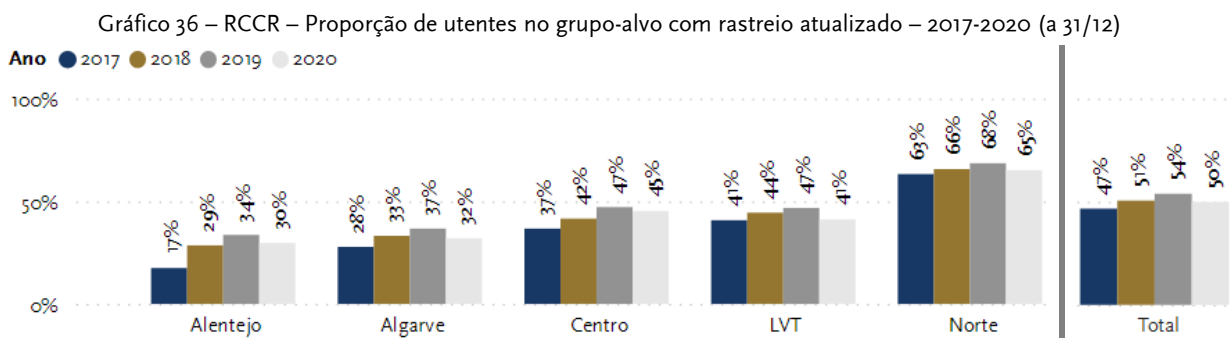
- 245 Segundo informação disponibilizada pelas ARS no âmbito da auditoria, o número de cancros identificados não reflete efetivamente o resultado final do RCCR, uma vez que as ARS não têm acesso, de forma sistemática e completa, à informação sobre o resultado das colonoscopias e

das biópsias associadas⁹⁸, realizadas na sequência de um teste primário positivo. Só através destes exames é confirmada ou excluída a suspeita de doença oncológica.

246 As ARS apontaram, como principal constrangimento à implementação do RCCR, a resposta hospitalar abaixo do necessário, para consultas e exames dos casos positivos referenciados, resultantes da PSOF, constrangimento que terá sido reduzido, em parte, com a introdução, nos contratos-programa celebrados com os hospitais do SNS, do preço compreensivo por ato⁹⁹ e com a internalização destes atos, em horário acrescido, nos respetivos serviços de gastroenterologia.

Proporção de utentes com rastreio atualizado

247 A proporção de utentes com rastreios atualizados, tendo em conta a existência, nos períodos definidos para cada rastreio, de exames realizados, independentemente de estes terem sido feitos, formalmente, no âmbito das convocatórias para rastreios de base populacional (Gráfico 36), apresenta resultados significativamente superiores aos indicadores apurados no âmbito do programa de rastreio. Tal poderá traduzir uma realização mais oportunística dos exames de rastreio, fora do âmbito do programa de base populacional.



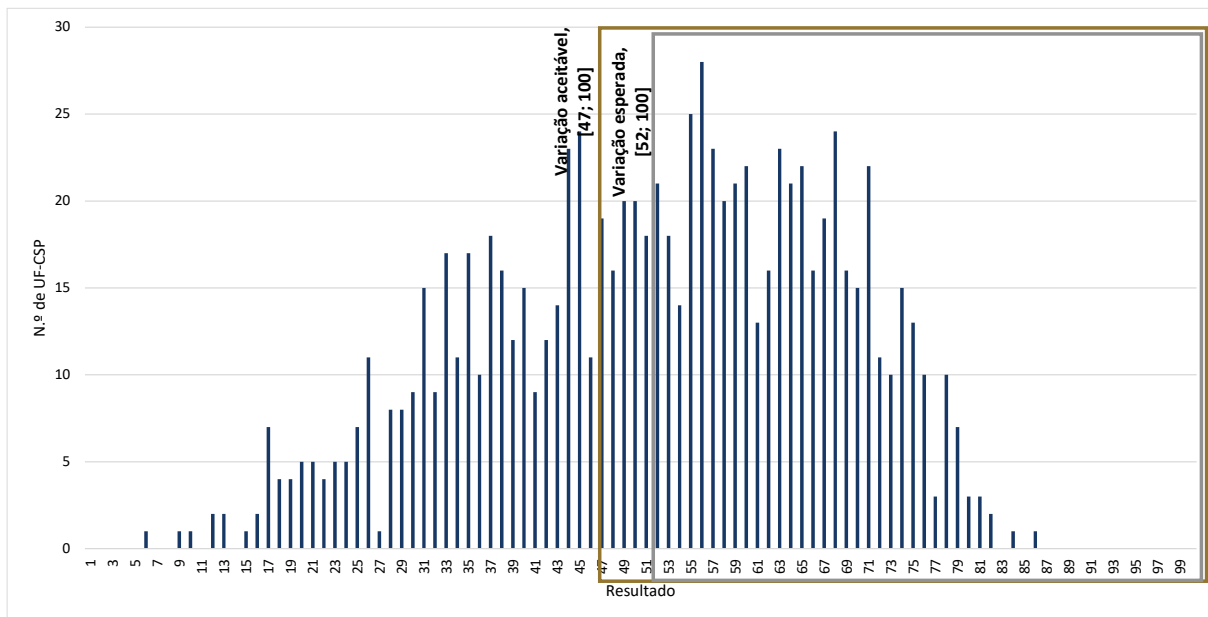
Fonte. Elaboração própria com dados disponíveis no [Portal da Transparência do SNS](#).

248 A proporção de utentes com rastreios do cancro do cólon e reto atualizados que se verifica em cada uma das UF-CSP que operacionalizam os rastreios oncológicos é bastante diversa, com resultados apurados que variaram, em 2020, entre cerca de 6% e de 86%, como se observa no Gráfico 37, sendo que, 51 e 62% das entidades obtiveram resultados dentro do intervalo esperado ([52; 100]) e dentro do intervalo aceitável ([47; 100]), respetivamente.

⁹⁸ A ARS LVT só no final de 2020 começou a ter acesso à informação sobre o resultado dos casos com lesões positivas detetadas no teste de PSOF, referenciados para o hospital para realização de colonoscopia.

⁹⁹ Inclui todos os meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT) envolvidos no rastreio, realizados após resultado positivo da PSOF, cfr. ACSS (2020). [Termos de Referência para contratualização de cuidados de saúde no SNS para 2021](#), p. 31.

Gráfico 37 – Proporção de utentes com idade entre [50; 75], com rastreio cancro colon e reto atualizado



Fonte: Elaboração própria com dados disponíveis no [BI-CSP – Bilhete de identidade dos cuidados de saúde primários](#).

10.4.5. Impacto da pandemia nos rastreios oncológicos

- 249 A necessidade de resposta à situação epidemiológica provocada pela COVID-19 teve efeitos na atividade dos programas de rastreio oncológico de base populacional. Por um lado, foi determinada a suspensão da “(...) atividade assistencial não urgente que, pela sua natureza ou prioridade clínica, não implique risco de vida para os utentes, limitação do seu prognóstico e/ou limitação de acesso a tratamentos periódicos ou de vigilância (...)”, na medida do necessário para dar resposta aos doentes COVID-19. Por outro lado, quanto à atividade hospitalar no âmbito dos MCDT, que também desempenha um papel no âmbito dos programas de rastreio, foram “(...) suspensos todos os atos de diagnóstico e terapêutica de ambulatório, exceto os considerados urgentes ou clinicamente inadiáveis (...)”¹⁰⁰. Estas suspensões vigoraram até 2 de maio de 2020.
- 250 Verificaram-se, assim, períodos em que a atividade dos programas de rastreio se encontrou suspensa, que variaram entre os vários rastreios e entre as ARS, entre 77 e 243 dias, conforme apresentado no Quadro 27.

¹⁰⁰ A suspensão da atividade programada não urgente foi determinada por Despacho, sem número, de 16 de março, da Ministra da Saúde. A retoma gradual desta atividade foi determinada pelo [Despacho n.º 5314/2020](#), de 2 de maio, também da Ministra da Saúde.

Quadro 27 – Suspensão da atividade dos programas de rastreio oncológico, em 2020

ARS	Rastreio	Interrupção	Retoma	Período
Alentejo	RCM	16/03/2020	15/06/2020	91 dias
	RCCU		09/06/2020, gradual	85 dias
	RCCR	Suspensão desde 2019	01/07/2020	n.a.
Algarve	RCM	16/03/2020	17/06/2020	93 dias
	RCCU			
	RCCR			
Centro	RCM	13/03/2020	01/06/2020	80 dias
	RCCU			
	RCCR			
LVT	RCM	16/03/2020	08/06/2020	84 dias
	RCCU		01/06/2020	77 dias
	RCCR		01/06/2020 - Colonoscopias	77 dias
			01/07/2020 - PSOF	107 dias
Norte	RCM	16/02/2020	16/10/2020	243 dias
	RCCU		15/07/2020	150 dias
	RCCR		01/07/2020	136 dias

Fonte: Elaboração própria com base na informação fornecida pelas ARS.

Nota: Na ARS Norte o RCM esteve suspenso por um período de tempo mais longo, em resultado do hiato temporal entre a cessação do contrato anterior com a LPCC e a celebração do novo contrato. (Cfr. informação reportada pela ARS Norte).

- 251 Em resultado desta suspensão, verificaram-se reduções acentuadas na atividade dos programas de rastreio de base populacional, particularmente nos relativos ao cancro da mama e ao cancro do colo do útero (Quadro 28).

Quadro 28 – Impacto da pandemia na atividade dos programas de rastreios de base populacional, em 2020

Indicador	Rastreio	2019	2020	Var. 2019-2020	
N.º de utentes convidados	RCM	515 162	276 468	-238 694	-46%
	RCCU	272 634	126 250	-146 384	-54%
	(1) RCCR	389 087	271 861	-117 226	-30%
N.º de utentes rastreados	RCM	333 161	168 964	-164 197	-49%
	RCCU	243 363	118 263	-125 100	-51%
	(2) RCCR	122 317	88 028	-34 289	-28%
Taxa de adesão	RCM	65%	61%	-4 p.p.	-
	RCCU	89%	94%	+5 p.p.	-
	(3) = (2) / (1) RCCR	31%	32%	+1 p.p.	-
N.º de casos positivos referenciados	RCM	1 582	978	-604	-38%
	RCCU	12 565	7 698	-4 867	-39%
	(4) RCCR	824	659	-165	-20%

Fonte: Elaboração própria com dados disponibilizados pelas ARS.

Notas: (1) RCM e RCCU - N.º de Mulheres Convidadas; RCCR - N.º Utentes Convidados; (2) RCM e RCCU - N.º Mulheres Rastreadas; RCCR - N.º Utentes Rastreados; (3) Taxa de adesão = Utentes rastreados / Utentes convidados (4) RCM - "N.º Casos Positivos Referenciados"; RCCU - "N.º de lesões positivas referenciadas"; RCCR - "N.º Casos com Lesões Positivas".

- 252 No RCM, o número de mulheres convidadas no âmbito do programa diminuiu 46% entre 2019 e 2020, tendo o número de mulheres efetivamente rastreadas diminuído 49% naquele período. Em consequência, verificou-se uma redução de 38% no número de casos positivos referenciados no ano. É de notar que a taxa de adesão ao rastreio pelas mulheres convidadas foi inferior em, apenas, 4 pontos percentuais (de 65% em 2019 para 61% em 2020), tendo pouco impacto na atividade do programa.
- 253 Foi no programa RCCU que se verificou a maior quebra na atividade, entre 2019 e 2020, o que poderá resultar das limitações à atividade presencial nos CSP, verificadas em 2020 e descritas no ponto 10.1.2, uma vez que este rastreio se baseia em procedimentos efetuados, em consulta

médica, pelo próprio médico de família. O número de mulheres convidadas no âmbito do programa diminuiu 54% entre 2019 e 2020, tendo o número de mulheres efetivamente rastreadas diminuído 51% naquele período. Em consequência, verificou-se uma redução de 39% no número de casos positivos referenciados no ano. É de notar que a taxa de adesão ao rastreio pelas mulheres convidadas foi, em 2020, superior à verificada no ano anterior (89%, em 2019, e 94%, em 2020).

- 254 O RCCR apresentou também uma redução de atividade significativa, embora inferior à verificada nos outros programas de rastreio. Verificou-se, de 2019 para 2020, uma redução de 30% nos utentes convidados e de 28% nos utentes rastreados e, conseqüentemente, o número casos com lesões positivas reduziu cerca de 20%. A taxa de adesão ao rastreio foi, em 2020, superior à verificada no ano anterior (31%, em 2019, e 32%, em 2020).
- 255 Tendo em conta a evolução da execução dos programas de rastreio, e a estabilidade das taxas de adesão dos utentes que, em dois dos rastreios, foram superiores às verificadas no ano anterior, conclui-se que a diminuição da atividade se deve quase exclusivamente à incapacidade do SNS garantir uma cobertura adequada do programa de rastreios em 2020.
- 256 A análise dos indicadores relativos à proporção de utentes com rastreios atualizados mostra que, entre 2019 e 2020, ocorreram diminuições deste indicador de cobertura, particularmente no número de mulheres com o rastreio do cancro da mama atualizado, que diminuiu 11 pontos percentuais (Quadro 29).

Quadro 29 – Impacto da pandemia na proporção de utentes com rastreios atualizados, em 2020

Indicador	Rastreio	2019	2020	Var. 2019-2020
Proporção de utentes com rastreios atualizados (1)	RCM	57%	46%	-11 p.p.
	RCCU	48%	43%	-5 p.p.
	RCCR	54%	50%	-4 p.p.

Fonte: Elaboração própria com dados disponíveis no [Portal da Transparência do SNS](#).

Notas: (1) A proporção de utentes com rastreios atualizados reflete a população alvo de cada rastreio com registo de um exame de rastreio atualizado, independentemente de o mesmo ter sido realizado de forma oportunística ou no âmbito de um programa de rastreio de base populacional.

10.4.6. Financiamento dos programas de rastreio oncológico

- 257 A sustentabilidade financeira dos programas de rastreio oncológico é apontada, desde 2016, como uma condicionante à sua efetiva implementação e expansão. Tal tem vindo a ser apontado como necessário para “(...) concretizar políticas de saúde pública, de aposta na prevenção da doença e de promoção da equidade e do acesso a cuidados de saúde, com ganhos efetivos em saúde para as populações”¹⁰¹.
- 258 Não obstante, continua por concretizar a criação de uma linha de financiamento específica, destinada ao desenvolvimento e manutenção das atividades dos rastreios oncológicos. A implementação dos rastreios oncológicos de base populacional tem sido concretizada com as receitas gerais atribuídas anualmente às ARS para o seu funcionamento, provenientes da dotação do Orçamento do Estado para o SNS.

¹⁰¹ Cfr. Relatórios de Avaliação e Monitorização dos Rastreios Oncológicos Organizados de Base Populacional de 2016 e de 2017-2018, elaborados em cumprimento do previsto no n.º 15 do referido Despacho n.º 8254/2017, pelo Diretor para a Área das Doenças Oncológicas em colaboração com as cinco ARS.

- 259 Para as patologias oncológicas do colo do útero e do cólon e reto vigora, desde 2018, uma modalidade de pagamento da atividade hospitalar¹⁰², que suporta parte do funcionamento dos programas de rastreio realizados nos CSP, que inclui: para o RCCR todos os MCDT envolvidos no rastreio, realizados após resultado positivo da PSOF; para o RCCU os MCDT envolvidos no rastreio, implicando a realização de genotipagem do HPV por métodos de reação em cadeia da polimerase (PCR), sendo excetuada a colheita pelos ACES.
- 260 Ainda assim, quatro das cinco ARS¹⁰³ salientaram existirem constrangimentos na capacidade hospitalar de resposta às necessidades identificadas pelos programas de rastreio.
- 261 A área oncológica foi uma das áreas de intervenção do Programa de Incentivo à Integração de Cuidados e à Valorização dos Percursos dos Utentes no SNS, criado em 2017, que tinha por objeto a integração de cuidados a nível nacional¹⁰⁴. Destacam-se as seguintes áreas de intervenção relacionadas com o objeto desta ação.

Quadro 30 – Programas de Incentivo – áreas de intervenção

Tipologia de intervenção	Nome do Projeto
Realização de rastreios e de programas de diagnóstico precoce	<ul style="list-style-type: none"> • Cancro do cólon e reto • Cancro do colo do útero
Programas para valorização do percurso dos utentes no SNS	<ul style="list-style-type: none"> • Processo Assistencial Integrado (PAI): Doente Oncológico
Articulação para a realização de MCDT no SNS (para potenciar a resposta atempada aos utentes do SNS)	<ul style="list-style-type: none"> • Rede Integrada de Cuidados de Radioncologia do Centro

Fonte: Elaboração própria - Regulamento do Programa de Incentivo à Integração de Cuidados.

- 262 A concessão do incentivo relativo aos projetos aprovados foi efetuada mediante contrato celebrado entre a ACSS, em representação do Ministério da Saúde, e os representantes legais das entidades beneficiárias.
- 263 Na realização de rastreios e de programas de diagnóstico precoce em oncologia, foram selecionados 7 projetos, a nível nacional, aos quais foram atribuídos incentivos no montante total de cerca de 4 milhões de euros (M€).

Quadro 31 – Financiamento – programas de rastreio

ARS	Nº de Projetos	Valor do Incentivo	%
Norte	2	1 635 754,99 €	40%
Centro	1	905 886,62 €	22%
LVT	2	814 249,36 €	20%
Alentejo	1	515 492,44 €	13%
Algarve	1	185 136,02 €	5%
Total	7	4 056 519,43 €	100%

Fonte: Relatório de execução do 2.º trimestre de 2020, da ACSS, de 28 de agosto de 2020, disponibilizado no âmbito da auditoria.

¹⁰² Cfr. [Termos de Referência para Contratualização de Cuidados de Saúde no SNS para 2020, ponto 2.5.2.1 - Programa de Apoio Hospitalar aos Rastreios de Base Populacional: Colo do Útero e Cólon e Reto.](#)

¹⁰³ ARS LVT, Centro, Algarve e Norte. Informação obtida no decurso dos trabalhos da auditoria.

¹⁰⁴ O projeto insere-se nas melhorias introduzidas no processo de contratualização de cuidados de saúde, para esse ano, com o objetivo de fomentar a inovação organizacional no SNS, através da articulação, coordenação e integração dos cuidados. Pretendia-se reforçar o diagnóstico das necessidades em saúde da população, colocando os cidadãos e as suas famílias no centro das intervenções de todos os prestadores de cuidados, valorizar o desempenho dos profissionais e incentivar a governação clínica e de saúde. Foram excluídas deste programa as unidades locais de saúde, as instituições de saúde em regime de PPP e as entidades pertencentes ao setor social e privado.

- 264 O referido Programa foi criado para vigorar durante dois anos, no máximo (até 31 de dezembro de 2018), com a atribuição de uma dotação orçamental global de 35 M€¹⁰⁵ e uma taxa máxima de financiamento de cada projeto de 85%, na forma de subvenção não reembolsável.
- 265 Os pagamentos seriam efetuados pela ACSS em três tranches, estando a transferência das segundas e terceiras tranches dependentes da apresentação dos documentos justificativos de despesa e quitação da despesa da tranche anterior.

Quadro 32 – Periodicidade dos pagamentos

Pagamentos	Valor	Data
1.º	40% do valor financiado	Até 31/10/2017
2.º	Máximo de 40% do valor financiado	Até 31/01/2018
3.º	Máximo de 20% do valor financiado	Até 30/04/2018
	Valor Remanescente	Até 31/12/2018

Fonte: Regulamento do Programa de Incentivo à Integração de Cuidados, de março de 2017

- 266 Este cronograma não foi cumprido, uma vez que as transferências dos montantes atribuídos às entidades apenas se iniciaram durante o ano de 2018, através de uma linha de financiamento específica introduzida nos contratos-programa com as unidades hospitalares do SNS e, em 2021, algumas ARS ainda não tinham recebido qualquer valor.

Quadro 33 – Execução dos projetos

ARS	Projeto	Valor do Projeto	Valor elegível	Incentivo 85%	Valor executado até 2020	Taxa de execução
Norte	RCCR da região norte	3 036 630 €	1 636 630 €	1 391 136 €	0 €	0%
	RCCU da região norte	729 612 €	287 788 €	244 619 €	0 €	0%
Centro	RCCR	1 930 256 €	1 065 749 €	905 887 €	590 217 €	55%
LVT	RCCU	2 553 407 €	111 510 €	94 784 €	90 018 €	81%
	RCCR	2 935 696 €	846 430 €	719 466 €	112 441 €	13%
Alentejo	Dinamização dos rastreios regionais	936 665 €	606 462 €	515 492 €	0 €	0%
Algarve	RCCR	448 434 €	217 807 €	185 136 €	0 €	0%
Total		12 570 700 €	4 772 376 €	4 056 519 €	792 675 €	17%

Fonte: Relatório de execução do 2.º trimestre de 2020, da ACSS, de 28 de agosto de 2020, disponibilizado no âmbito da auditoria.

¹⁰⁵ A distribuir de acordo com o volume financeiro das candidaturas e com os princípios de equidade regional de alocação dos recursos financeiros.



- 267 O incumprimento do cronograma de pagamentos originou atrasos na execução dos projetos¹⁰⁶, que acabou por ser sucessivamente diferida para 2019, 2020 e 2021¹⁰⁷, sendo que neste ano alguns projetos continuavam por iniciar¹⁰⁸.
- 268 Algumas ARS não elaboraram os relatórios trimestrais, uma vez que não tinham qualquer projeto em execução¹⁰⁹. Assim, para o relatório com os montantes acumulados até ao 2.º trimestre de 2020, a ACSS apenas recebeu informação das ARS Centro e Algarve, reportando-se a execução dos projetos das restantes ARS aos últimos reportes remetidos.
- 269 Do exposto, conclui-se que não foi conseguido o propósito, que esteve na base da criação do Programa, de “(...) *incentivar a apresentação de um conjunto de iniciativas de mudança organizacional sustentável, baseadas em parcerias entre várias entidades do SNS ao nível dos CSP, cuidados hospitalares e cuidados continuados integrados e envolvendo sempre que possível outros parceiros da comunidade*”¹¹⁰.
- 270 Sobre o sistema de financiamento dos rastreios de base populacional, a Ministra da Saúde salienta, em sede de contraditório, os investimentos previstos no PRR, embora sem especificação de montante certo a afetar aos rastreios.
- 271 Sem prejuízo dos investimentos extraordinários que se venham a realizar, salienta-se a necessidade de assegurar a adequação do financiamento operacional anual dos programas de rastreio.

¹⁰⁶ Cfr. Relatório de execução, relativo ao 2.º trimestre de 2020, da ACSS, de 28 de agosto de 2020, disponibilizado no âmbito da auditoria.

¹⁰⁷ Nos termos de referência para a contratualização de cuidados de saúde no SNS para 2019 ficou previsto que a execução dos projetos poderia ser concretizada no ano de 2019. A 23 de outubro de 2019 o Conselho Diretivo da ACSS deliberou (sobre a Informação n.º 75414/2019) prorrogar o prazo de execução do Programa de Incentivo à Integração de Cuidados para 2020 (cfr. Relatório de 2019, disponibilizado no âmbito da auditoria). A componente dos incentivos que reportam à intervenção das ARS foi contemplada nos respetivos orçamentos para 2020 (cfr. ponto 3 do ofício da ACSS, de 26 de novembro de 2020, com as Orientações para a elaboração do Orçamento do Estado do Programa Orçamental da Saúde para 2020). Em 2020, o Conselho Diretivo da ACSS prorrogou novamente, e para todas as entidades, o prazo de execução do Programa de Incentivo à Integração de Cuidados até ao final de 2021, estando a mesma já prevista nos Termos de Referência para a Contratualização de Cuidados de Saúde para 2021, homologados por despacho da Ministra da Saúde, de 29 de outubro de 2020.

¹⁰⁸ Segundo informação obtida junto das ARS, em maio de 2021 (as ARS Alentejo e Algarve, não iniciaram os projetos por falta de verbas). A ARS LVT deu início a um projeto com verbas próprias.

¹⁰⁹ Nos termos do [Regulamento do Programa de Incentivo à Integração de Cuidados e à Valorização dos Percursos dos Utentes do SNS para 2017](#). A ACSS destacou, nos relatórios elaborados em 2018, 2019 e 2020, disponibilizados no âmbito da auditoria, que as ARS Algarve e Alentejo não enviaram os respetivos Relatórios de Execução por não terem, até à data do reporte, realizada execução de nenhum dos projetos. Ambas justificaram a não execução dos seus projetos com o facto de os montantes de incentivo alocados às ARS ainda não terem sido transferidos para as mesmas. Também as ARS Norte, Centro e LVT, dado não terem existido transferências de verbas, não apresentaram dados sobre a execução dos projetos cuja entidade beneficiária era a própria ARS, quando não dispuseram de verba própria que lhes permitisse adiantar a execução destes projetos.

¹¹⁰ Cfr. [Regulamento do Programa de Incentivo à Integração de Cuidados e à Valorização dos Percursos dos Utentes do SNS para 2017](#), elaborado pela ACSS.

IV. Vista ao Ministério Público

Do projeto de relatório foi dada vista ao Ministério Público, nos termos e para os efeitos do n.º 5 do artigo 29.º, da Lei n.º 98/97, de 26 de agosto, com as alterações subsequentes, que emitiu o respetivo parecer.

V. Emolumentos

Nos termos dos artigos 1.º, 2.º, 10.º, n.º 1, e 11.º, n.º 1 e n.º 3, do Regime Jurídico dos Emolumentos do Tribunal de Contas, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 66/96, de 31 de maio, com as alterações introduzidas pelas Leis n.ºs 139/99, de 28 de agosto, e 3-B/2000, de 4 de abril, são devidos emolumentos, no montante de 17.164,00 €, a suportar pela Administração Central do Sistema de Saúde, IP, pela Direção-Geral da Saúde, e pelas cinco Administrações Regionais de Saúde, IP.

VI. Decisão

Os juízes do Tribunal de Contas decidem, em subsecção da 2.ª Secção, o seguinte:

1. Aprovar o presente Relatório;
2. Que o Relatório seja remetido às seguintes entidades:
 - Assembleia da República e, em particular, a sua Comissão de Saúde;
 - Ministra da Saúde;
 - Direção-Geral da Saúde;
 - Conselho Diretivo da Administração Central do Sistema de Saúde, IP;
 - Conselho de Administração dos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE;
 - Conselho Diretivo do INFARMED - Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, IP;
 - Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde do Norte, IP;
 - Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde do Centro, IP;
 - Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP;
 - Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde do Alentejo, IP;
 - Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde do Algarve, IP.
3. Que um exemplar do presente Relatório seja remetido ao Ministério Público junto deste Tribunal, nos termos dos artigos 29º, n.º 4, 54º, n.º 4, e 55º, n.º 2, da Lei n.º 98/97, de 26 de agosto.
4. Que as entidades destinatárias das recomendações comuniquem, no prazo de três meses após a receção deste Relatório, ao Tribunal de Contas, por escrito e com a inclusão dos respetivos documentos comprovativos, a sequência dada às recomendações.
5. Que, após as notificações e comunicações necessárias, o Relatório seja colocado à disposição dos órgãos de comunicação social e publicado no sítio do Tribunal na *Internet*.

Tribunal de Contas, em 17 de maio de 2022.

O Juiz Conselheiro Relator



(Luís Filipe Cracel Viana).

As Juízas Conselheiras Adjuntas



(Ana Margarida Leal Furtado)



(Maria da Luz Carmezim Pedroso de Faria)

Anexos

ANEXO I Gestão do acesso a cuidados de saúde no SNS: competências

Gestão do acesso: competências

Nível	Entidade	Competências
Central	DGS	Responsabilidade clínica a nível nacional, desenvolve a nível central os Programas de Saúde prioritários, modelo de governação de cada um dos programas, respetivo plano estratégico, recursos e orçamento. Responsabilidade pelo acompanhamento da aplicação das disposições constantes na Lei n.º 15/2014, de 21 de março ¹¹¹ , em articulação com a Inspeção-Geral das Atividades em Saúde e a Entidade Reguladora da Saúde, incumbindo a estas últimas, nas respetivas áreas de competência, a respetiva monitorização.
	ACSS	Assegurar a gestão dos recursos financeiros e humanos do Ministério da Saúde e do SNS, tendo como atribuições ¹¹² “ <i>prover o SNS com os adequados sistemas de informação e comunicação</i> ”, “ <i>coordenar e centralizar a produção de informação e estatísticas dos prestadores de cuidados de saúde</i> ” e “ <i>a gestão do sistema de acesso e tempos de espera e do sistema de inscritos para cirurgia</i> ” ¹¹³ . Elaboração de “ <i>um relatório sobre a situação do acesso dos portugueses aos cuidados de saúde nos estabelecimentos do SNS e convencionados no âmbito do sistema de saúde</i> ”, bem como de avaliação da aplicação da lei relativa os direitos e deveres do utente dos serviços de saúde, relativo ao ano anterior, a apresentar pelo membro do Governo responsável pela área da Saúde, à Assembleia da República, até 31 de maio do ano seguinte a que respeita ¹¹⁴ .
Regional	ARS	Garantir à população da respetiva área geográfica o acesso à prestação dos cuidados de saúde de qualidade, cumprir e fazer cumprir políticas e programas de saúde na sua área de intervenção ¹¹⁵ . Responsáveis pela prestação e contratualização de cuidados de saúde na respetiva área geográfica.
Local	UF-CSP UH	Unidades de cuidados de saúde primários: rastreios e diagnóstico inicial. Unidades hospitalares, particularmente os três hospitais dedicados (Institutos de Oncologia): confirmação do diagnóstico, desenho e execução dos tratamentos. Gestão local das listas de espera e dos agendamentos.

Fonte: Elaboração própria.

¹¹¹ Artigo 27.º-B, aditado pela Lei n.º 110/2019, de 9 de setembro.

¹¹² Concorrendo para a sua missão, e relacionado com a auditoria.

¹¹³ Decreto-Lei n.º 35/2012, de 15 de fevereiro, orgânica da ACSS (alterado pelos Decretos-Lei n.º 173/2014, de 19 de novembro, n.º 206/2015, de 23 de setembro e n.º 38/2018, de 11 de junho).

¹¹⁴ Cfr. artigo 30.º da Lei n.º 15/2014, de 21 de março.

¹¹⁵ Cfr. Decreto-Lei n.º 22/2012, de 30/01 – Lei orgânica das ARS.

**ANEXO III** Gestão dos programas de rastreio oncológico: competências

Entidade	Competências	Legislação
DGS	Promover a formação e informação dos utentes sobre as vantagens da adesão aos rastreios.	N.º 5 do Despacho n.º 4771-A/2016, de 7 de abril, do SEAS.
	Assegurar a qualidade de todo o processo nos programas de rastreios, devendo realizar auditorias que permitam efetuar ajustes, se necessários, no sentido de alcançar melhorias nos resultados obtidos.	N.º 12 do Despacho n.º 8254/2017, de 21 de setembro, do SEAS.
	Publicar anualmente, em articulação com as ARS, um relatório anual relativo à avaliação e monitorização dos rastreios.	N.º 15 do Despacho n.º 8254/2017.
SPMS	Proceder às adaptações necessárias nas aplicações informáticas que possibilitem os registos dos dados dos rastreios, assim como o reporte de dados estatísticos e a articulação com o RON.	N.º 3 do Despacho n.º 4771-A/2016 e n.º 11 do Despacho n.º 8254/2017.
ACSS	Aplicar incentivos de forma a premiar as boas práticas, a melhoria da articulação e da resposta clínica.	N.º 4 do Despacho n.º 4771-A/2016.
	Suportar, através dos mecanismos de contratualização e financiamento, a atividade relacionada com os programas de rastreio, assegurando a qualidade em todos os procedimentos desenvolvidos nos vários programas.	N.º 13 do Despacho n.º 8254/2017.
	Garantir a uniformização dos preços da atividade de rastreios, nomeadamente no que concerne à valorização dos meios complementares de diagnóstico e terapêutica associados aos programas de rastreio e das consultas de aferição.	N.º 14 do Despacho n.º 8254/2017.
ARS	Desenvolver, na respetiva área geográfica, medidas coordenadas para implementar os rastreios de base populacional e melhorar a taxa de adesão aos rastreios.	N.º 1 e 2 do Despacho n.º 4771-A/2016.
	Publicitar no seu sítio da Internet e remeter à ACSS e à DGS, relatórios semestrais sobre a evolução da cobertura destes rastreios na sua área geográfica.	N.º 6 do Despacho n.º 4771-A/2016.
UF-CSP UH Prestadores contratados	Operacionalização dos rastreios e diagnóstico inicial, pelos CSP e confirmação do diagnóstico e desenho e execução dos tratamentos, pelas unidades hospitalares, particularmente os três hospitais dedicados (IPO).	n.a.

Fonte: Elaboração própria.

ANEXO IV Critérios e implementação dos programas de rastreio oncológico**Critérios técnicos definidos em 2017**

Rastreio	População alvo	Teste primário	Periodicidade
RCM	≥ a 50 anos e ≤ a 69 anos	Mamografia com dupla leitura	2 em 2 anos
RCCU	≥ a 25 anos e ≤ a 60 anos	Pesquisa de ácidos nucleicos, dos serotipos oncogénicos do HPV em citologia vaginal	5 em 5 anos
RCCR	≥ a 50 anos e ≤ a 74 anos	Pesquisa de sangue oculto nas fezes, pelo método imunoquímico	2 em 2 anos

Fonte: Elaboração própria, com base no Despacho n.º 8254/2017, do SEAS.

Implementação, por ARS, do Rastreio de cancro da mama

	Norte	Centro	LVT	Alentejo	Algarve
Teste Primário	Mamografia bilateral duas incidências				
Pop. alvo	Mulheres 50-69 anos (até 2017, 45-69 anos)				Mulheres 50-69 anos
Periodicidade	2 em 2 anos				
Início	2009	1986	1991	1997	2005
Entidade Executora	LPCC				Associação Oncológica do Algarve
Sistemas de informação	Registo da atividade: Plataforma da LPCC Comunicação de dados às ARS: Folhas de cálculo Excel				Sistema próprio do Núcleo de Rastreamentos

Fonte: Relatório de Monitorização e avaliação dos rastreios oncológicos – Portugal 2016, pág. 33, e informação prestada pelas ARS.

Implementação, por ARS, do Rastreio do cancro do colo do útero

	Norte	Centro	LVT	Alentejo	Algarve
Teste Primário	Pesquisa de ácidos nucleicos, dos serotipos oncogénicos do HPV em citologia vaginal	Citologia convencional (Papanicolaou)	Teste HPV+ citologia (reflexa)	Citologia Meio Líquido c/ teste HPV para citologias positivas*	
População alvo	Mulheres 25-60 anos	Mulheres 25-64 anos	Mulheres 30-65 anos	Mulheres 25-64 anos	Mulheres 25-64 anos
Periodicidade	5 em 5 anos (3 em 3 anos em Matosinhos)	3 em 3 anos	5 em 5 anos	3 em 3 anos	3 em 3 anos
Início	2009	1990	2017	2008	2010

Fonte: Relatório de Monitorização e avaliação dos rastreios oncológicos – Portugal 2016, pág. 33, e informação prestada pelas ARS.

Nota: A ARS Algarve refere no seu Relatório de Atividades (RA) que em 2018 não deu cumprimento do Despacho n.º 8254/2017 do SEAS, no sentido de mudar o teste do rastreio do RCCU para pesquisa de HPV e população alvo dos 25 aos 60 anos, devido a atrasos na atualização do SiIMA Rastreamentos para contemplar a opção deste teste. A ARS LVT, no seu RA 2017, refere como população alvo as mulheres entre os 30 e os 64 anos, ao invés dos 65 referidos no Relatório de Monitorização e avaliação dos rastreios oncológicos da DGS.

*Em sede de contraditório, a ARS Algarve salienta que o tipo de teste influencia a população e a periodicidade do teste. Neste sentido, concretiza que: "Teste primário-citologia, 25-64a população alvo e periodicidade de 3-3 anos até agosto de 2019; depois dessa data, o teste primário passou a ser a pesquisa HPV, 25-60a a população alvo e a periodicidade de 5-5 anos".

Implementação, por ARS, do Rastreio do cancro do cólon e reto

	Norte	Centro	LVT	Alentejo	Algarve
Teste Primário	PSOF - Teste Imunoquímico				
População alvo	Variável (2)	Homens e mulheres 50 a 74 anos (1)	Homens e mulheres 50 a 74 anos		
Periodicidade	2 em 2 anos				
Início do programa	2016	2008	2017	2011	2017

Fonte: Relatório de Monitorização e avaliação dos rastreios oncológicos – Portugal 2016, pág. 33, e informação prestada pelas ARS.

(1) No RA de 2017 a ARS Centro indica a população alvo para este rastreio dos 50 aos 75 anos.

(2) No RA de 2017 a ARS Norte refere que nesse ano iniciou um projeto piloto com o grupo dos 50 aos 69 anos. No RA de 2018 refere que centrou o rastreio na faixa etária dos 50-60 anos de forma faseada e crescente porque os hospitais não tinham capacidade de integrar o projeto logo desde o início, e não era possível integrar todos os ACES ao mesmo tempo. Em 2019 manteve o grupo etário dos 50-60 anos.

ANEXO V Procedimentos na operacionalização e na monitorização dos rastreios oncológicos

Rastreio / Indicador	Procedimentos
Taxa de cobertura geográfica	<p>Todas as ARS entendem que na cobertura geográfica está em causa a cobertura populacional em vez do número de ACES/ULS/UF-CSP com rastreio implementado. Em consequência, para cálculo da taxa de cobertura geográfica por UF-CSP é feita uma interpretação literal face aos locais onde no ano em apreço houve registo de atividade, considerando que o rastreio não esteve implementado nas UF-CSP onde não houve atividade nesse ano, quando em sentido lato o rastreio já aí existe.</p> <p>Na ARS Algarve a taxa de cobertura geográfica em 2017 foi calculada com base no número de concelhos, só nos restantes anos a ARS conseguiu informação ao nível das UF-CSP.</p>
Taxa de cobertura populacional	<p>A grelha de indicadores enviada pela DGS às ARS indica que a taxa de cobertura populacional deve ser calculada pelo indicador: “utentes convidadas/ população elegível anual”. No entanto, algumas ARS calculam esta taxa pelo indicador “utentes rastreados/população elegível anual”.</p>
Rastreio do cancro do cólon e reto (RCCR)	<p>Existe grande diversidade na operacionalização deste rastreio, quer na forma de convite dos utentes, quer na forma de entrega dos Kits para a colheita:</p> <ul style="list-style-type: none">• Envio de carta de sensibilização e de carta convite para entrega do Kit;• Envio de carta ou contacto por telefone (sendo que aquando do contacto telefónico não é feito o registo do convite);• Convite pessoal quando o utente se desloca ao UF-CSP e entrega imediata do Kit (também neste caso por vezes não é registado o convite). <p>Estas diferenças de procedimentos ocorrem entre ARS e na mesma ARS, em diferentes anos, influenciando o número de convites e consequentemente a taxa de cobertura populacional.</p> <p>Na ARS Algarve, como o RCCR é efetuado nos CSP, até 2018 a análise foi feita por concelho, no entanto a DGS utilizou as UF-CSP reportando taxas de cobertura geográfica diferentes: ARS, 25%, e DGS, 33%.</p> <p>Na ARS Algarve, as diferenças do número de testes positivos de PSOF, do número de colonoscopias e do número de lesões positivas, entre o reportado na auditoria e o relatório anual da DGS, foram justificadas com o facto de o sistema de informação utilizado para registo do RCCR não permitir retirar essa informação diretamente, sendo os dados recolhidos em bruto da base de dados e depois trabalhados, e terem ocorrido alterações na forma de cálculo destes indicadores. Por exemplo, estavam a ser contabilizadas como lesões positivas todos os testes primários positivos (PSOF) e depois passaram a ser consideradas como lesões positivas só as detetadas na colonoscopia.</p>
Rastreio do cancro da mama (RCM)	<p>A ARS Algarve justificou as diferenças da população elegível anual do ano de 2020 para o RCM, entre os dados do relatório da DGS e os dados disponibilizados no âmbito da auditoria, com o facto de os dados da população terem origem no Departamento de Saúde Pública e Planeamento da ARS, sendo que, à posteriori, os ficheiros que o Núcleo de rastreios recebe não evidenciam o mesmo número de utentes, existindo diferenças significativas.</p> <p>Em sede de contraditório, a ARS Centro acrescentou que “(...) os ficheiros disponíveis ao NR são base SINUS e não do RNU, portanto, o número de utentes e informações dos mesmos, está desatualizada e daí que se reportem várias divergências”.</p> <p>Em algumas ARS a LPCC acompanha as utentes até à consulta de aferição realizando eco mamária e biópsia nos casos suspeitos, e as referências hospitalares são efetuadas já com os casos positivos. Na ARS Centro a LPCC não tem capacidade para efetuar os exames para a consulta de aferição e os casos suspeitos são referenciados para a consulta de aferição no hospital. Na ARS Algarve, onde o rastreio é operacionalizado pela Associação Oncológica do Algarve, e apesar desta associação ter capacidade para efetuar consultas de aferição, foi decidido pela ARS que seria melhor para as utentes e para o RCM que as consultas de aferição passassem para um contexto hospitalar, passando as utentes a beneficiar de tempos de espera mais curtos, um maior leque de exames disponíveis à partida e, por fim, benefício de proximidade da execução das consultas, face à localização (morada) das utentes¹¹⁶.</p>

¹¹⁶ Procedimento na ARS Algarve atualizado, tendo em conta os esclarecimentos prestados no âmbito do contraditório.

Rastreo / Indicador	Procedimentos
	<p>Esta diferença de procedimentos influencia os números de biópsias efetuadas, de consultas de aferição e de casos positivos referenciados porque, quando as utentes são referenciadas diretamente para o hospital, a ARS deixa de ter acesso aos resultados dos exames de diagnóstico¹¹⁷.</p> <p>No apuramento da população elegível algumas ARS (Centro, Alentejo, LVT) incluem as mulheres da faixa etária dos 45 aos 50 anos, idade de referência antes do Despacho n.º 8254/2017, do SEAS, ter determinado a idade de 50 a 69. Este Despacho determinava que as mulheres, com idade inferior a 50 anos e que já tinham iniciado o rastreio continuavam a ser acompanhadas. Assim as ARS na sua população elegível continuam a incluir essas mulheres, mas nos dados enviados para a DGS para elaboração do relatório de avaliação e monitorização dos rastreios apenas incluem a população elegível da faixa etária dos 50-69, por determinação da DGS, daí as diferenças entre os dados reportados pelas ARS nos seus relatórios de atividades e os dados reportados nos Relatórios da DGS. Os dados de suporte à análise deste relatório são os reportados pelas ARS incluindo a faixa etária anterior.</p> <p>A ARS Algarve entende que o Rastreio do cancro da mama apesar de ter periodicidade de 2 anos, pela sua metodologia não é divisível por 2, literalmente, porque há anos em que pela dimensão dos concelhos a população é maior, e outros será inversamente menor, a premissa é rastrear toda a população nos 2 anos.</p>
Rastreio do cancro do colo do útero (RCCU)	<p>Na opinião da ARS Centro a taxa de cobertura populacional, neste rastreio, não é rigorosa, porque muitas das mulheres convidadas não comparecem e muitos rastreios são realizados na consulta de planeamento familiar sem que haja convite registado no sistema.</p> <p>No RCCU as lesões positivas não são todas cancro, a maioria das lesões positivas são tratáveis prevenindo que no futuro venham a ser cancro. Acontece que o reporte dos dados deste indicador é falível porque a mesma ARS em determinado ano identifica todas as lesões positivas e noutros anos, para o mesmo indicador, reporta o número de cancros identificados prejudicando a análise da evolução anual. O mesmo acontece entre ARS, umas reportam todas as lesões positivas e outras, para o mesmo indicador, reportam cancros. A mesma situação existe quanto ao Indicador “Lesões positivas Referenciadas”.</p> <p>A ARS Algarve refere que a população alvo é diferente para teste primário, citologia ou HPV, devido à diferença de periodicidade (3 e 5 anos, respetivamente). O valor evidenciado em 2019 (55.088) corresponde a teste por citologia o que não transmite a realidade do ano, pois em agosto o teste primário foi alterado passando a pesquisa de HPV.</p>
Sistemas de informação	<p>Os sistemas de informação instalados nas ARS, incluindo o SiiMA Rastreios, geram muitas inconformidades nos dados reportados. A título de exemplo: a ARS Algarve refere que, no sistema de informação utilizado para o RCM, se uma mulher for excluída do rastreio por dois motivos, o sistema gera duas exclusões, influenciando assim a população elegível.</p> <p>A ARS Algarve não tem sistema de informação que reporte os dados estatísticos diretos. Os dados são retirados em “bruto” e depois são trabalhados manualmente e cada vez que se extraem dados o sistema reporta números diferentes para o mesmo período - umas vezes as diferenças devem-se a atualizações efetuadas, outras vezes não se consegue identificar a origem das diferenças.</p> <p>A ARS Alentejo justificou as diferenças dos dados com o facto de os terem recolhido para a auditoria através duma ferramenta nova que lhe foi disponibilizada em 2020, a qual ainda se encontra em aferições, considerando, no entanto, que estes dados estarão muito próximos da realidade.</p>

Fonte: Elaboração própria, informação reportada pelas Administrações Regionais de Saúde.

¹¹⁷ Com exceção da ARS Algarve, que esclareceu no âmbito do contraditório que “nunca deixa de ter acesso aos resultados dos exames. A ARS, como entidade promotora e coordenadora do RCM, sabe e tem acesso a todas as informações das utentes referenciadas a consulta de aferição, exames, seguimento e eventual cirurgia/tratamento”.



ANEXO VI Dados adicionais sobre o acesso a cirurgia oncológica no SNS

Impacto da pandemia de COVID-19 nas cirurgias oncológicas, por especialidade

Entradas na LIC – com indicador oncológico – 2019-2020

Especialidade	2019	2020	Δ 19-20	Δ% 19-20
Neurocirurgia	740	983	243	32,8%
Cirurgia Maxilo Facial	462	605	143	31,0%
Otorrinolaringologia	1.689	1.824	135	8,0%
Oftalmologia	232	277	45	19,4%
Ortopedia	160	203	43	26,9%
Cirurgia Pediátrica	98	138	40	40,8%
Dermato-Venereologia	643	665	22	3,4%
Gastroenterologia	1	9	8	800,0%
Nefrologia	3	8	5	166,7%
Traumatologia		4	4	
Anestesiologia		2	2	
Cirurgia Vasculuar	4	5	1	25,0%
Transplante Medula Óssea		1	1	
Unidade Tratamento Cirúrgico da Obesidade		1	1	
Obstetrícia	1		-1	-100,0%
Angiologia e Cirurgia Vasculuar	5	1	-4	-80,0%
Estomatologia	21	16	-5	-23,8%
Pneumologia	8	3	-5	-62,5%
Transplante Hepático	8		-8	-100,0%
Pediatria	61	39	-22	-36,1%
Cirurgia Torácica	388	365	-23	-5,9%
Ginecologia - Obstetrícia	161	115	-46	-28,6%
Cirurgia Cardiotorácica	860	797	-63	-7,3%
Ginecologia	4.120	4.009	-111	-2,7%
Radioterapia	404	282	-122	-30,2%
Cirurgia Plástica e Reconstructiva	4.061	3.828	-233	-5,7%
Dermatologia	9.682	9.427	-255	-2,6%
Senologia	2.372	2.006	-366	-15,4%
Cirurgia Cabeça e Pescoço	1.941	1.474	-467	-24,1%
Cirurgia Geral	16.575	15.831	-744	-4,5%
Urologia	9.665	8.840	-825	-8,5%
Total	54.365	51.758	-2.607	-4,8%

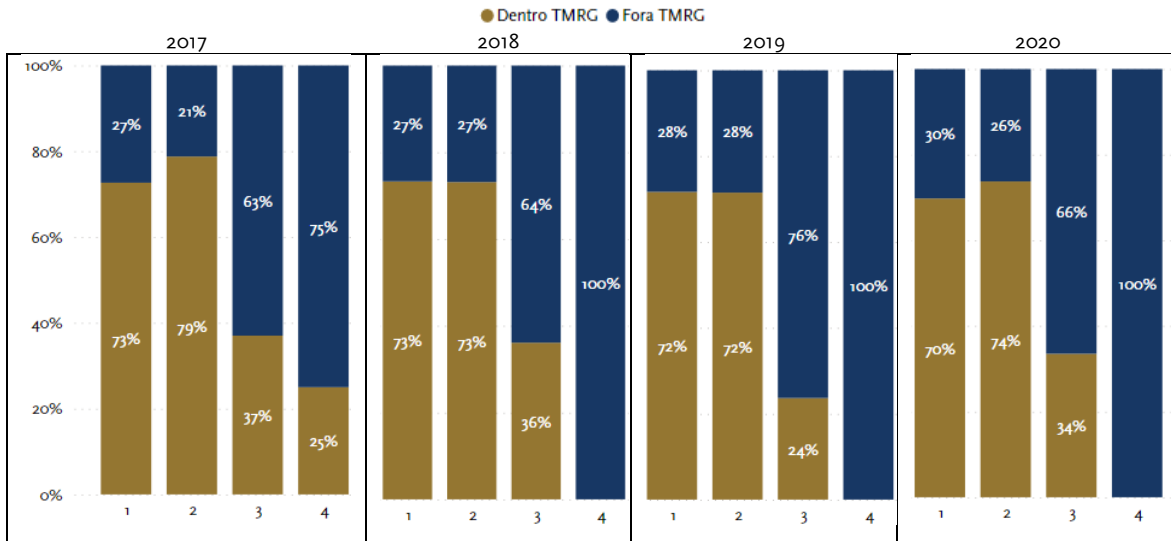
Cirurgias oncológicas – 2019-2020

Especialidade	2019	2020	Δ 19-20	Δ% 19-20
Neurocirurgia	670	878	208	31,0%
Dermatologia	8.528	8.691	163	1,9%
Cirurgia Maxilo Facial	384	534	150	39,1%
Otorrinolaringologia	1.536	1.648	112	7,3%
Ortopedia	153	208	55	35,9%
Oftalmologia	208	258	50	24,0%
Cirurgia Pediátrica	91	122	31	34,1%
Nefrologia	3	8	5	166,7%
Gastroenterologia		4	4	
Traumatologia		3	3	
Cirurgia Vasculuar	2	4	2	100,0%
Anestesiologia		1	1	
Unidade Tratamento Cirúrgico da Obesidade		1	1	
Angiologia e Cirurgia Vasculuar	2	2	0	0,0%
Obstetrícia	1		-1	-100,0%
Dermato-Venereologia	626	624	-2	-0,3%
Cirurgia Torácica	352	347	-5	-1,4%
Pneumologia	8	2	-6	-75,0%
Transplante Hepático	6		-6	-100,0%
Estomatologia	21	14	-7	-33,3%
Pediatria	53	36	-17	-32,1%
Ginecologia - Obstetrícia	145	110	-35	-24,1%
Cirurgia Cardiotorácica	761	721	-40	-5,3%
Ginecologia	3.799	3.744	-55	-1,4%
Radioterapia	397	266	-131	-33,0%
Senologia	2.196	1.973	-223	-10,2%
Urologia	8.342	7.991	-351	-4,2%
Cirurgia Cabeça e Pescoço	1.710	1.340	-370	-21,6%
Cirurgia Plástica e Reconstructiva	3.495	3.068	-427	-12,2%
Cirurgia Geral	15.187	14.239	-948	-6,2%
Total	48.676	46.837	-1.839	-3,8%

Fonte: Elaboração própria com base nos dados disponibilizados pela ACSS.

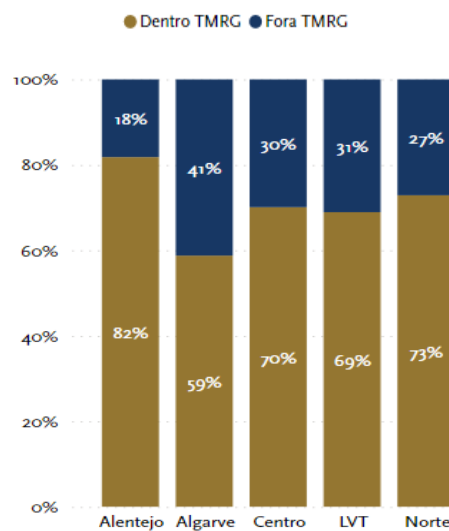
Cumprimento dos TMRG nos utentes em LIC – detalhe por prioridade e região de saúde

LIC – Cumprimento dos TMRG por nível de prioridade – 2017-2020



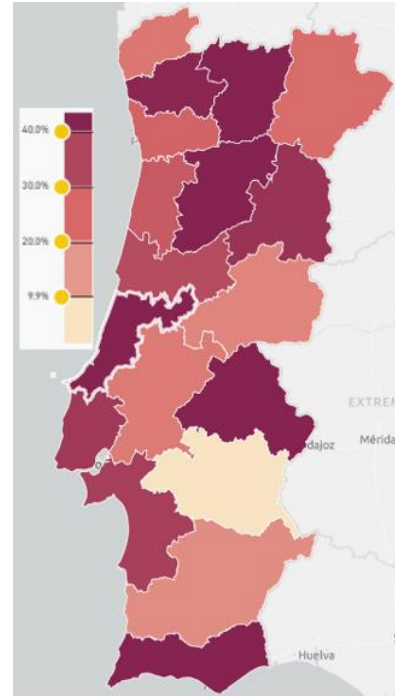
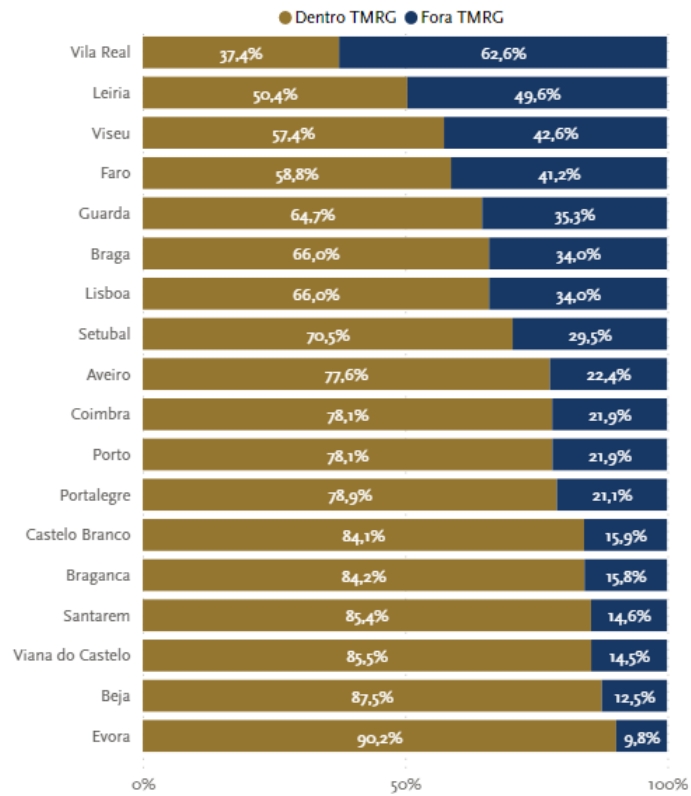
Fonte: Elaboração própria com base nos dados disponibilizados pela ACSS. Níveis de prioridade: nível 1 - Prioridade normal (60 dias), nível 2 - Prioritário (45 dias), nível 3 - Muito prioritário (15 dias) e nível 4 - Urgência diferida (72 horas). Cfr. pontos 5.2 dos Anexo I e II da Portaria n.º 153/2017.

LIC – Cumprimento dos TMRG por ARS do hospital de origem – 2020



Fonte: Elaboração própria com base nos dados disponibilizados pela ACSS.

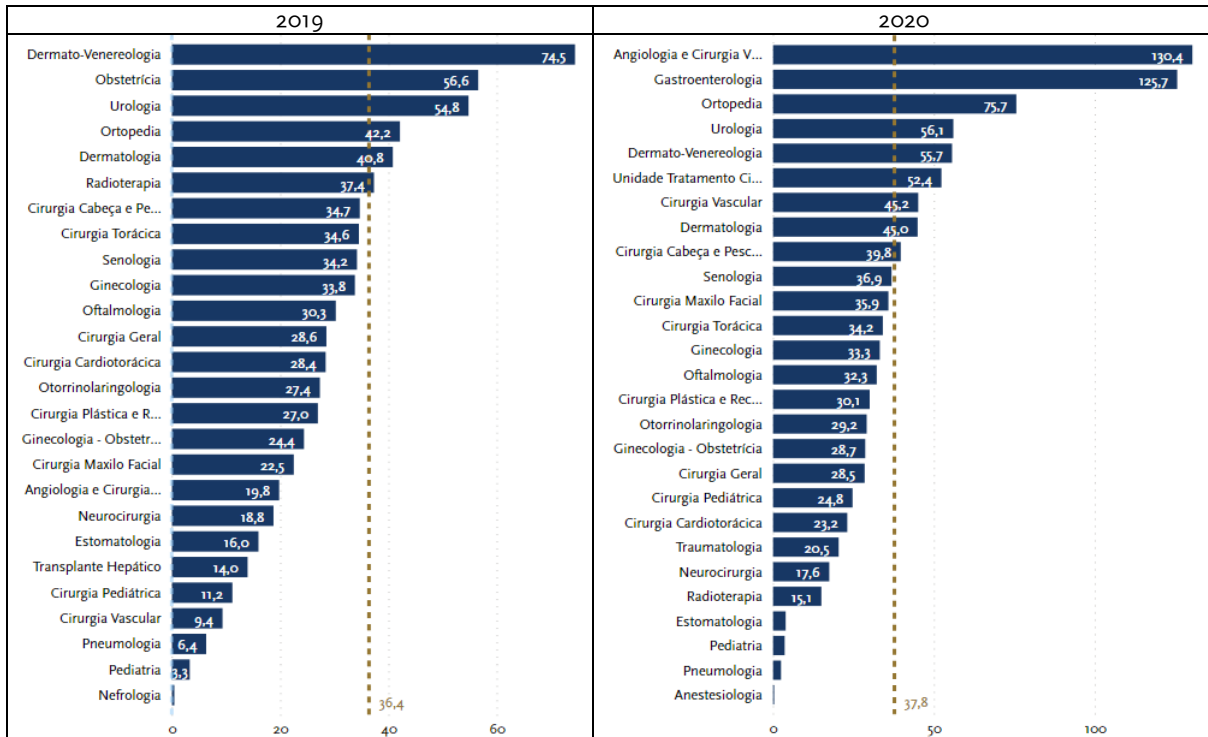
LIC – Cumprimento dos TMRG por distrito do hospital de origem – 2020



Fonte: Elaboração própria com base nos dados disponibilizados pela ACSS.

Tempos médios de espera até à cirurgia, por especialidade

Especialidades com tempos médios de espera até à cirurgia mais elevados e média global – 2019 e 2020



Fonte: Elaboração própria com base nos dados disponibilizados pela ACSS.



h

ANEXO VII Monitorização da atividade do RCM por ARS

Indicador/ARS	2017	2018	2019	2020	Média até 2019	Var. % média de 2019/2020
ARSALENTEJO						
População elegível anual	43 123	43 157	39 849	35 024	42 043	-17%
Número de mulheres convidadas	43 123	43 157	39 849	21 775	42 043	-48%
Número de mulheres rastreadas	26 045	27 767	23 833	14 357	25 882	-45%
Número de consultas de aferição efetuadas	526	484	287	132	432	-69%
Numero de casos positivos referenciados	127	115	93	45	112	-60%
Número de biópsias efetuadas	203	182	147	62	177	-65%
ARSALGARVE						
População elegível anual	28 343	26 369	30 393	14 391	28 368	-49%
Número de mulheres convidadas	28 343	26 369	30 393	14 391	28 368	-49%
Número de mulheres rastreadas	16 257	15 969	18 560	8 706	16 929	-49%
Número de consultas de aferição efetuadas	281	293	319	96	298	-68%
Numero de casos positivos referenciados	78	77	105	24	87	-72%
Número de biópsias efetuadas	121	96	82	24	100	-76%
ARSCENTRO						
População elegível anual	114 449	126 866	129 208	114 020	123 508	-8%
Número de mulheres convidadas	114 499	126 866	129 208	86 149	123 524	-30%
Número de mulheres rastreadas	80 487	81 852	94 388	52 983	85 576	-38%
Número de consultas de aferição efetuadas	2 263	2 812	953	2 010	2 009	0%
Numero de casos positivos referenciados	311	387	175	295	291	1%
Número de biópsias efetuadas	4	6	0	3	3	-10%
ARSLVT						
População elegível anual	243 860	234 838	249 275	252 133	242 658	4%
Número de mulheres convidadas	39 682	49 690	48 700	38 407	46 024	-17%
Número de mulheres rastreadas	25 371	28 309	30 164	21 386	27 948	-23%
Número de consultas de aferição efetuadas	317	398	420	257	378	-32%
Numero de casos positivos referenciados	112	137	133	72	127	-43%
Número de biópsias efetuadas	148	180	193	143	174	-18%
ARSNORTE						
População elegível anual	326 775	262 152	265 478	268 368	284 801	-6%
Número de mulheres convidadas	238 046	242 592	267 012	115 746	249 217	-54%
Número de mulheres rastreadas	146 547	153 536	166 216	71 532	155 433	-54%
Número de consultas de aferição efetuadas	8 267	8 602	8 542	4 059	8 470	-52%
Numero de casos positivos referenciados	901	1 028	1 076	542	1 002	-46%
Número de biópsias efetuadas	126	128	242	130	165	-21%

Fonte: Elaboração própria com dados disponibilizados pelas ARS.

Notas: A LPCC executa o rastreio, desde o convite das mulheres até à referenciação para consulta hospitalar, para diagnóstico, tratamento e acompanhamento, exceto na ARS Centro em que a Liga raramente realiza biópsias. Nesta ARS, as mulheres ficam em vigilância, até mais de um ano, em consulta da própria Liga, até ser decidido se é encaminhada para consulta Hospitalar ou se tem alta. As biópsias são posteriormente realizadas no âmbito da consulta hospitalar. Assim a ARS Centro não tem informação sobre as biópsias efetuadas nos Hospitais para onde as mulheres são referenciadas nos casos suspeitos, facto que influencia o número de biópsias reportadas.

Na ARS Norte, os indicadores para o RCM, disponibilizados para a presente ação e os disponibilizados para a DGS, tiveram em conta a população da faixa etária 50-69, nos termos do Despacho n.º 8254/2017, não obstante esta ARS continuar a incluir no rastreio, e nos indicadores do Relatório de Atividades, as utentes do grupo etário dos 45-49 que, à data da entrada em vigor daquele Despacho, já estavam incluídas no rastreio.

**ANEXO VIII Monitorização da atividade do RCCU por ARS**

Indicador/ARS	2017	2018	2019	2020	Média até 2019	Var. % média de 2019/2020
ARSALENTEJO						
Número de cancros identificados	0	0	0	0	0	
Número de convocatórias enviadas	15 655	13 300	19 846	8 727	16 267	-46,4%
Número de lesões positivas referenciadas	190	149	298	193	212	-9,1%
Número de mulheres rastreadas	12 723	9 603	15 603	6 941	12 643	-45,1%
ARSALGARVE						
Número de cancros identificados	2	2	0	0	1	-100,0%
Número de convocatórias enviadas	6 647	8 504	7 832	4 754	7 661	-37,9%
Número de lesões positivas referenciadas	190	415	591	347	399	-13,0%
Número de mulheres rastreadas	6 311	8 329	7 417	4 591	7 352	-37,6%
ARSCENTRO						
Número de cancros identificados	29	21	17		22	-100,0%
Número de convocatórias enviadas	71 425	72 414	70 209	40 954	71 349	-42,6%
Número de lesões positivas referenciadas	4 706	3 485	2 967	2 505	3 719	-32,6%
Número de mulheres rastreadas	68 433	70 126	68 121	44 499	68 893	-35,4%
ARSLVT						
Número de cancros identificados	0	0	0	5	0	
Número de convocatórias enviadas	2 859	22 296	49 018	20 184	24 724	-18,4%
Número de lesões positivas referenciadas	98	1 091	2 103	1 084	1 097	-1,2%
Número de mulheres rastreadas	1 604	19 929	42 497	18 038	21 343	-15,5%
ARSNORTE						
Número de cancros identificados	8	2	10	5	7	-25,0%
Número de convocatórias enviadas	99 584	111 837	125 729	51 631	112 383	-54,1%
Número de lesões positivas referenciadas	4 299	7 348	6 606	3 569	6 084	-41,3%
Número de mulheres rastreadas	86 866	102 715	109 725	44 194	99 769	-55,7%

Fonte: Elaboração própria com dados disponibilizados pelas ARS.

Nota: A ARS Centro informou que o número de mulheres rastreadas é o somatório das que realizaram citologia e HPV como testes iniciais e que no ano de 2019, em sensivelmente metade do ano, o rastreio foi realizado por citologia e a outra metade por teste HPV. Por isso, entre 2017 e 2020, podem ser comparados todos os indicadores exceto: os números de testes HPV e números de citologias. Referiu ainda que o número de mulheres referenciadas para consulta hospitalar é igual ao número de lesões positivas referenciadas.

A ARS Algarve referiu que a população alvo é diferente para teste primário, citologia ou HPV. O número indicado para 2019 (55.088) corresponde a teste por citologia o que não reflete a realidade do ano, pois em agosto de 2019 o teste primário foi alterado com impacto na periodicidade do Rastreio às utentes.

As ARS nem sempre têm acesso aos dados estatísticos sobre os cancros identificados para o RCCU uma vez que a confirmação é efetuada nos hospitais e não há retorno dessa informação às ARS. A ARS LVT informou que só no final de 2020 teve acesso aos dados estatísticos sobre os cancros identificados para o RCCU.

ANEXO IX Monitorização da atividade do RCCR por ARS

Indicador/ARS	2017	2018	2019	2020	Var. % 2019/2020
ARSALENTEJO					
Numero de cancros identificados referenciados	25	38	0	1	-97,4%
Número de lesões positivas	25	38	0	1	-97,4%
Número de testes PSOF positivos	177	216	0	78	-63,9%
Número de utentes convidados	4 424	7 478	0	1 328	-82,2%
Número de utentes rastreados	3 307	3 670	0	998	-72,8%
ARSALGARVE					
Numero de cancros identificados referenciados	0	3	3	0	-100,0%
Número de lesões positivas	0	3	5	0	-100,0%
Número de testes PSOF positivos	39	158	425	35	-91,8%
Número de utentes convidados	3 938	14 902	56 264	7 609	-86,5%
Número de utentes rastreados	1 313	3 685	12 374	858	-93,1%
ARSCENTRO					
Numero de cancros identificados referenciados	8	15	17	4	-76,5%
Número de lesões positivas	269	179	320	193	-39,7%
Número de testes PSOF positivos	1 111	929	1 614	485	-70,0%
Número de utentes convidados	14 302	23 563	32 697	18 915	-42,2%
Número de utentes rastreados	9 670	14 557	24 221	13 357	-44,9%
ARSLVT					
Numero de cancros identificados referenciados	0	5	7	3	-57,1%
Número de lesões positivas	0	5	20	6	-70,0%
Número de testes PSOF positivos	61	440	1 302	295	-77,3%
Número de utentes convidados	1 966	18 074	42 379	10 590	-75,0%
Número de utentes rastreados	904	9 452	22 380	5 928	-73,5%
ARSNORTE					
Numero de cancros identificados referenciados	2	15	67	131	95,5%
Número de lesões positivas	52	43	479	459	-4,2%
Número de testes PSOF positivos	127	473	2 976	3 994	34,2%
Número de utentes convidados	5 228	76 782	257 747	233 419	-9,4%
Número de utentes rastreados	2 143	10 749	63 342	66 887	5,6%

Fonte: Elaboração própria com dados disponibilizados pelas ARS.

Nota: No caso da ARS Alentejo a evolução foi efetuada com o ano de 2018, tendo em conta que em 2019 o rastreio esteve suspenso.

ANEXO X Respostas das entidades ouvidas em sede de contraditório



Ministra da Saúde

MS | S 1810/2022 | 29-03-2022 | P 030.01.02 - 168/2022



TRIBUNAL DE CONTAS

E 5016/2022
2022/3/30



Exmo. Senhor
Mestre Fernando Oliveira Dias
Diretor-Geral do Tribunal de Contas
Av. Barbosa du Bocage, n.º 61
1069-045 Lisboa

SUA REFERÊNCIA	SUA COMUNICAÇÃO DE	NOSSA REFERÊNCIA	DATA
Ofício n.º 7088 Proc. n.º 17/2020-Audit	09/03/2022	N.º: ENT.: 2551/2022 PROC. 168/2022 030.01.02/2022	10/03/2022

ASSUNTO: Auditoria ao acesso a cuidados de saúde oncológicos no SNS

Cumpre-nos acusar a receção do Relato da Auditoria ao Acesso a Cuidados de Saúde Oncológicos no SNS, a cuja análise procedemos, competindo-nos, por esta via, exercer o direito de contraditório, nos termos legais aplicáveis, e bem assim destacar a relevância de que as recomendações produzidas se revestem para esta área setorial.

Para o efeito, no âmbito das competências de formulação, condução, execução e avaliação da política nacional de saúde legalmente cometidas à Ministra da Saúde e atentos o conteúdo e as Conclusões do indicado Relato, cabe-nos informar o seguinte:

1. A pandemia COVID-19 trouxe desafios ao funcionamento das sociedades em geral, em face das medidas de Saúde Pública que tiveram de ser adotadas para minimizar os efeitos da transmissão de SARS-CoV-2, designadamente, ao nível do volume de casos de doença grave e das necessidades de cuidados diferenciados daí decorrentes.
2. Forçosamente, as instituições prestadoras de cuidados de saúde tiveram o desafio adicional de ter de responder à procura de cuidados de saúde (COVID-19 e não COVID-19), assegurando as medidas de segurança adequadas, com os constrangimentos daí provenientes.
3. O adiamento de atividade assistencial não urgente para resposta do sistema de saúde face ao aumento de casos da COVID-19, ocorreu em Portugal como nos sistemas de saúde de outros países, tendo a retoma sido rapidamente assumida como uma prioridade.
4. Por motivos diversos, que não apenas os diretamente relacionados com a capacidade de resposta do sistema de saúde e do Serviço Nacional de Saúde (SNS) em particular, o volume de cuidados prestados diminuiu por força da pandemia. Isso mesmo encontra-se espelhado no



GABINETE DA MINISTRA DA SAÚDE

Relatório anual do acesso a cuidados de saúde nos estabelecimentos do SNS e entidades convencionadas relativo ao ano de 2020, enquanto documento de prestação de contas previsto na Lei n.º 15/2014, de 21 de março, alterada pelo Decreto-Lei n.º 44/2017, de 20 de abril, e que integra a informação completa e publicamente disponível sobre os números do acesso a cuidados de saúde no SNS (disponível em https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2021/09/Relatorio-do-Acesso_VF.pdf). Neste documento constata-se que, na área da oncologia, nem toda a atividade foi afetada pela pandemia: em 2020, manteve-se o crescimento das consultas hospitalares e verificaram-se progressos ao nível das novas terapêuticas introduzidas na área do medicamento.

5. Reconhecendo a necessidade de assegurar níveis de atividade assistencial não COVID-19 alinhados com as necessidades em saúde da população, o Ministério da Saúde definiu um conjunto de instrumentos de modo a incentivar a recuperação de atividade assistencial no SNS, designadamente através da introdução de mecanismos de incentivo à sua recuperação, quer ao nível dos Cuidados de Saúde Primários (CSP), quer ao nível dos Cuidados Hospitalares (CH).
6. Os prestadores do SNS revelaram a sua capacidade de adaptação e resposta em 2021, ainda em pandemia, conforme se constata pelos resultados provisórios do movimento assistencial global que demonstram o aumento da atividade programada realizada face ao ano de 2019 (ano pré-pandemia), quer nos CSP, com a realização de cerca de 36 milhões de consultas médicas (+14% face a 2019), quer nos CH com a realização de cerca de 12,4 milhões de consultas (alinhado com 2019) e de perto de 709.000 intervenções cirúrgicas (+1% face a 2019).
7. Relativamente ao acesso a cuidados oncológicos, o Ministério da Saúde teve sempre presente a priorização e preservação da atividade assistencial nesta área, tendo promovido a recolha e análise de informação mensal sobre a atividade de rastreio e cirurgia oncológica e procedido ao acompanhamento da evolução de atividade, realizando reuniões periódicas de trabalho com as instituições prestadoras de cuidados de saúde e com as entidades da administração direta e indireta do Estado integradas no Ministério da Saúde, com responsabilidades nesta matéria.
8. A manutenção dos Institutos Portugueses de Oncologia (IPO) como hospitais “não COVID” (no sentido em que não se procedeu à utilização destas instituições para tratamento de doentes COVID-19 não oncológicos), a alocação de verbas do Orçamento do Estado 2021 para aquisição de equipamentos médicos pesados relevantes na área do cancro (como os PET e os aceleradores lineares), ou o reforço de recursos humanos nos IPO são exemplos concretos do investimento na proteção do acesso dos doentes oncológicos aos cuidados de saúde.



9. A informação já disponível, a dezembro de 2021, demonstra a assinalável recuperação de atividade assistencial que foi prosseguida pelos estabelecimentos e serviços do SNS, também na área oncológica, e compara já com o ano de 2019 (ano pré-pandemia), constatando-se que:
- i. Ao nível do diagnóstico precoce, em 2021 ocorreu um crescimento generalizado da cobertura geográfica dos três rastreios oncológicos de base populacional, aumentando significativamente o número de unidades funcionais que os asseguram. Como resultado do trabalho efetuado, no cancro do cólon e reto rastrearam-se cerca de mais 57.000 pessoas face a 2019 (+44%), no cancro da mama rastrearam-se cerca de mais 6.500 mulheres face a 2019 (+2%) e no cancro do colo do útero os valores aproximam-se dos de 2019, ainda que se tenham rastreado cerca de menos 9.000 mulheres (-4%) face a 2019.
 - ii. Ao nível da atividade cirúrgica oncológica no âmbito do SIGIC, e face a 2019, aumentou em 34% o acesso à Lista de Inscritos para Cirurgia, aumentou em 20% o número de doentes operados (tendo-se registado um total de 58.170 operados) e manteve-se a mediana do tempo de espera (em 32 dias). A média do tempo de espera dos doentes inscritos registou um decréscimo de 7% face a 2020 (para 51 dias).
10. O Ministério da Saúde pauta a sua atuação pela transparência, prestação de contas e, sobretudo, pelo foco na melhoria do serviço prestado ao utente, importando, por isso, concretizar os objetivos traçados quanto à regulamentação e implementação dos sistemas de suporte aos fluxos de referência e circulação de doentes, designadamente na área da oncologia. Para o efeito, encontra-se em desenvolvimento o trabalho de implementação e regulamentação do Sistema Integrado de Gestão do Acesso (SIGA).
11. As instituições do Ministério da Saúde encontram-se a desenvolver os trabalhos técnicos necessários para a implementação dos sistemas de informação relevantes para a monitorização dos fluxos de referência de doentes e aferição dos TMRG, como a desenvolver e realizar as integrações necessárias entre sistemas de informação relevantes na área oncológica em concreto. Nesta área dos sistemas de informação, o Plano de Recuperação e Resiliência constitui um forte impulsionador, dada a verba prevista para a transição digital da saúde, designadamente, no âmbito do Pilar 3 (reforma dos sistemas de informação para profissionais de saúde).
12. Na área do cancro, designadamente na deteção precoce, os três rastreios oncológicos de base populacional já existem há vários anos e o Plano de Recuperação e Resiliência também prevê o seu alargamento, concretamente do rastreio do cancro cólon e reto e do colo do útero, de forma a assegurar uma cobertura populacional total.



**REPÚBLICA
PORTUGUESA**

GABINETE DA MINISTRA DA SAÚDE

13. Adicionalmente, o(a) Plano/Estratégia Nacional de Luta Contra o Cancro encontra-se já em elaboração, alinhado/a com o respetivo Plano Europeu e construído/a em função dos quatro pilares essenciais de abordagem: (i) a Prevenção; (ii) a Detecção Precoce; (iii) o Diagnóstico e Tratamento e; (iv) a Qualidade de Vida de Doentes e Sobreviventes, demonstrando a prioridade dada a esta área da prestação de cuidados.

Por fim, relativamente ao Projeto de Recomendações formuladas, cabe-nos ainda referir:

R.1. Tendo em conta o impacto da pandemia de COVID-19 nas atividades de rastreio, deteção, diagnóstico e tratamento da doença oncológica no SNS, elaborar um plano quantificado e calendarizado de recuperação da atividade não realizada.

O Ministério da Saúde teve sempre presente a priorização e preservação da atividade assistencial na área da oncologia, o que é demonstrado pelos resultados da atividade assistencial de 2021 que já se equiparam, ou mesmo superam, aqueles observados em 2019, ano anterior ao da classificação da COVID-19 como pandemia.

Evolução Rastreios Oncológicos de Base Populacional - dezembro 2019-2020-2021

Parâmetro	Cancro da Mama					
	dez/19	dez/20	Var. 2020/2019	dez/21	Var. 2021/2020	Var. 2021/2019
Nº Convidadas	552 322	276 472	-50%	687 565	149%	24%
Nº Rastreadas	357 332	168 964	-53%	363 878	115%	2%
Taxa de adesão	64,7%	61,1%	-4 p.p.	52,9%	-8 p.p.	-12 p.p.

Parâmetro	Cancro do Colo do Útero					
	dez/19	dez/20	Var. 2020/2019	dez/21	Var. 2021/2020	Var. 2021/2019
Nº Convidadas	283 368	129 839	-54%	265 887	105%	-6%
Nº Rastreadas	252 584	114 718	-55%	243 544	112%	-4%
Taxa de adesão	89,1%	88,4%	-1 p.p.	91,6%	+3 p.p.	+2 p.p.

Parâmetro	Cancro do Cólon e Reto					
	dez/19	dez/20	Var. 2020/2019	dez/21	Var. 2021/2020	Var. 2021/2019
Nº Convidados	384 542	247 068	-36%	384 632	56%	0%
Nº Rastreados	129 056	88 028	-32%	186 406	112%	44%
Taxa de adesão	33,6%	35,6%	+2 p.p.	48,5%	+13 p.p.	+15 p.p.



Evolução Lista de Inscritos Oncologia	2019	2020	2021
Nº inscritos em LIC	5.900	5.817	7.891
Nº operados	48.676	46.837	58.170
Média do tempo de espera dos inscritos (dias)	48,8	55,0	51,3
Mediana do tempo de espera dos inscritos (dias)	32,0	31,0	32,0

Em termos de planeamento de ações quantificadas e calendarizadas na área da oncologia, destacam-se o Plano de Recuperação e Resiliência, que prevê o alargamento do rastreio do cólon e reto e do rastreio do colo do útero a todos os centros de saúde, permitindo aumentar a cobertura dos rastreios oncológicos de base populacional e contribuir para a diminuição de eventuais desigualdades regionais nesta área, e o Plano/Estratégia Nacional de Luta Contra o Cancro, em elaboração e em alinhamento com o respetivo Plano Europeu.

R.2. Diligenciar pela produção e monitorização regular de informação completa e rigorosa sobre o acesso à primeira consulta hospitalar na área oncológica, particularmente sobre os novos pedidos de consulta, as listas de espera, as consultas realizadas, e os respetivos tempos de espera associados, por forma a poder concluir sobre o efetivo cumprimento dos TMRG definidos.

O Ministério da Saúde nunca deixou de acompanhar a atividade assistencial na área da oncologia com os instrumentos ao seu dispor. As instituições que detêm essa competência específica (designadamente, a Administração Central do Sistema de Saúde, I.P. e os Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, E.P.E.), encontram-se a desenvolver o SIGA SNS de forma a permitir monitorizar todas as métricas relevantes em matéria de gestão de fluxos de referênciação de doentes e gestão de listas de espera.

À data, encontra-se já em fase de implementação uma nova funcionalidade que permite ao clínico identificar no sistema de informação se o caso a referenciar consiste numa suspeita ou confirmação de doença oncológica. Este desenvolvimento possibilita monitorizar todos os indicadores relacionados com a referênciação em situação oncológica, cumprindo as regras previstas na Portaria n.º 153/2017, de 4 de maio.

R.3. Assegurar a regulamentação das várias componentes do SIGA SNS, bem como o desenvolvimento dos sistemas de informação necessários à sua efetiva operacionalização, tendo em conta que a sua criação remonta a 2017.



Está em curso a implementação dos sistemas de suporte aos fluxos de referência e circulação de doentes.

À data, os trabalhos técnicos necessários para a implementação do SIGA SNS, designadamente, os sistemas de informação de suporte, encontram-se numa fase de desenvolvimento avançada, que permitirá a regulamentação das várias componentes do sistema previstas na Portaria n.º 147/2017, de 27 de abril.

Com efeito, e segundo cronograma da Administração Central do Sistema de Saúde, I.P. e dos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, E.P.E.:

1. Até ao final do primeiro semestre de 2022, encontra-se programado o alargamento generalizado a nível nacional (i) da referência dos cuidados de saúde hospitalares para os cuidados de saúde primários (atualmente em seis unidades piloto) e; (ii) da referência dos cuidados de saúde primários para os cuidados de saúde hospitalares nas instituições com sistema SONHO/SCLínico (atualmente, numa unidade piloto).
2. Ainda em 2022, perspetiva-se o desenvolvimento dos trabalhos para efeitos de implementação (i) da referência do SNS 24 para a urgência hospitalar (sendo que a referência do SNS 24 para os cuidados de saúde primários já se encontra totalmente implementada desde final de 2021); (ii) da referência intra e inter hospitalar; (iii) do SIGA MCDT.

R.4. Integrar os diferentes sistemas de informação disponíveis no SNS na área oncológica, nomeadamente os sistemas de suporte à atividade clínica, o SIGA SNS, os sistemas de suporte da atividade de rastreios de base populacional e o Registo Oncológico Nacional.

À data, já se encontram integrados com o Registo Oncológico Nacional, um conjunto de sistemas de informação, designadamente, o Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGLIC), o Sistema de Informação da Morbilidade Hospitalar (SIMH), o Sistema de Informação de Certificados de Óbito (SICO) e, ainda que parcialmente, o *Radiological Information System* (RIS).

Da mesma forma, estão também em desenvolvimento as integrações com o SiiMA Rastreios, de onde parte a referência para rastreio oncológico no caso dos cancros da mama, colo do útero e cólon e reto, com o SCLínico cuidados de saúde primários ou similar, por via do qual é gerada a requisição para consulta hospitalar de especialidade, com o SCLínico hospitalar ou similar, no qual



GABINETE DA MINISTRA DA SAÚDE

é registado o acompanhamento dos episódios do utente e, ainda, com o RSE SIGA, que permitirá a referenciação para a primeira consulta de oncologia.

R.5. Diligenciar pela discriminação gradual dos TMRG, por tipo de prestação e por patologia ou tipo de patologias, tendo em conta o previsto na Carta dos Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos utentes do SNS.

As instituições do Ministério da Saúde encontram-se a completar a implementação das diferentes componentes do SIGA SNS que permitirão monitorizar o cumprimento dos TMRG no acesso a cuidados de saúde no SNS, previstos na Portaria n.º 153/2017, de 4 de maio. Esta implementação é essencial e prioritária para permitir, posteriormente, discriminar os TMRG por tipo de prestação e por patologia ou tipo de patologias.

Não obstante esta necessidade de priorização dos trabalhos, a Direção-Geral da Saúde e o Programa Nacional das Doenças Oncológicas encontram-se a estudar, simultaneamente, no âmbito do(a) Plano/Estratégia Nacional de Luta Contra o Cancro em elaboração, outras medidas de melhoria da definição dos TMRG na área oncológica, de que são exemplo os referidos indicadores.

R.6. Promover a definição e a revisão dos TMRG com base num processo institucionalizado e documentado, que inclua auscultações regulares e amplas dos stakeholders com relevância para o processo, como os colégios de especialidades e competências da Ordem dos Médicos.

O Ministério da Saúde solicitou à Administração Central do Sistema de Saúde, I.P. que, em articulação com a Direção-Geral da Saúde, proceda à formalização da metodologia de definição técnica dos TMRG, pretendendo-se a sua publicitação. Nessa sede deverão ser definidas a forma e os mecanismos de auscultação de peritos, entre outros aspetos.

R.7. Analisar e monitorizar periodicamente a despesa com medicamentos oncológicos de modo a assegurar a sua sustentabilidade.

A monitorização da despesa com medicamentos é prosseguida no âmbito das funções da Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P. (INFARMED), que disponibiliza, com uma periodicidade mensal, análises à despesa em meio ambulatório e hospitalar, quadros interativos e análises mais específicas de determinadas áreas terapêuticas.

Adicionalmente, o INFARMED disponibiliza a todos os hospitais do SNS e às Administrações Regionais de Saúde, informação com vários indicadores de consumo e despesa de medicamentos e respetiva



comparação com outros hospitais do mesmo grupo de contratualização e a nível nacional. Esta informação é disponibilizada com uma periodicidade trimestral.

R.8. Rever o modelo de monitorização dos programas de rastreio oncológico de base populacional, garantindo a sua aplicação completa e uniforme a nível nacional e o apuramento de indicadores rigorosos sobre a sua execução.

A Direção-Geral da Saúde encontra-se a conduzir os trabalhos de elaboração das três normas relativas ao rastreio oncológico de base populacional em conjunto com o Programa Nacional para as Doenças Oncológicas, perspetivando-se, igualmente, a definição de indicadores de monitorização e avaliação destes programas de rastreio.

A norma referente ao rastreio do cancro do colo do útero já se encontra em fase de conclusão no seio do grupo técnico criado para o efeito, estimando-se, para o mês de abril de 2022, o trabalho dos grupos técnicos de elaboração das normas relativas ao rastreio do cancro do cólon e reto e do cancro da mama, bem como o início e desenvolvimento dos respetivos trabalhos.

Findo o trabalho dos grupos técnicos será realizada uma auscultação de parceiros, calendarizando-se a publicação das três normas até ao final do primeiro semestre de 2022.

R.9. Assegurar o financiamento dos programas de rastreio oncológico de base populacional, de modo a garantir que este contribui para a satisfação das necessidades efetivas neste domínio da Saúde Pública.

Os rastreios de base populacional são organizados e geridos pelas Administrações Regionais de Saúde territorialmente competentes, sendo o financiamento assegurado pelos respetivos orçamentos anuais.

A componente 1 do Plano de Recuperação e Resiliência (Reforma dos Cuidados de Saúde Primários) tem prevista uma meta específica, com investimento associado, para o “alargamento do Rastreio do cólon retal e do rastreio do colo do útero a todos os centros de saúde”, o que vai reforçar a capacidade das Administrações Regionais de Saúde para o alargamento dos rastreios de base populacional.

R.10. Promover a equidade no acesso a cuidados de saúde, mediante a redução das acentuadas assimetrias regionais e reforço da capacidade de resposta por parte do SNS, designadamente,



**REPÚBLICA
PORTUGUESA**

GABINETE DA MINISTRA DA SAÚDE

através de uma adequada afetação de recursos e da revisão do processo de contratualização com as entidades integradas no SNS.

Conforme decorre da Lei de Bases da Saúde, a política nacional de Saúde pauta-se por um conjunto de fundamentos, entre os quais o da igualdade e a não discriminação no acesso a cuidados de saúde de qualidade em tempo útil, a garantia da equidade na distribuição de recursos e na utilização de serviços e a adoção de medidas de diferenciação positiva de pessoas e grupos em situação de maior vulnerabilidade.

Os processos de revisão de Redes de Referência Hospitalar em curso, bem como as metas do Plano de Recuperação e Resiliência na área da Saúde, ou os incentivos à fixação de profissionais médicos têm, como objetivo último, assegurar esta equidade no acesso e uma distribuição adequada dos recursos no território nacional.

Após dois anos fortemente condicionados pelo impacto decorrente da pandemia de COVID-19, perspetiva-se, para o triénio 2023-2025, a revisão do processo de contratualização com as entidades integradas no SNS, de forma a reforçar a sua capacidade de resposta sempre em alinhamento com as necessidades em saúde da população.

Com os melhores cumprimentos,

A Chefe do Gabinete

Eva Falcão

(Eva Falcão)



Direção-Geral da Saúde



Exmo. Senhor
Diretor-Geral do Tribunal de Contas
Av. Da República, 65
1050-189 -LISBOA

24.MAR.2022 923
TRIBUNAL DE CONTAS

E 5202/2022
2022/4/1



CONFIDENCIAL

Sua referência	Sua comunicação de	Nossa referência DGS/DIR	Data 2022
----------------	--------------------	-----------------------------	--------------

ASSUNTO: Auditoria ao acesso a cuidados de saúde oncológicos no SNS
Proc.º 17/2020 – Audit – DAV-UAT.1

A Direção-Geral da Saúde, em cumprimento do despacho de Excelentíssimo Juiz Conselheiro da Área, vem, tempestivamente, nos termos do disposto no art.º 13.º da Lei 98/97, de 26 de agosto, na sua versão atual, pronunciar-se sobre o relato de auditoria, acima identificado.

Assim, e no que concerne às Recomendações, após uma análise atenta e no que a esta Direção-Geral diz respeito, diremos, por referência aos pontos assinalados no Relatório, o seguinte:

R.11 Proceder a uma análise conjunta e detalhada das insuficiências e das incongruências dos dados relativos ao acesso à cirurgia na área oncológica reportadas pela DGS "Relatório de monitorização – Atividade cirúrgica na doença oncológica – jan-jun 2019", de outubro de 2020, e implementar medidas conducentes à sua efetiva eliminação.

A Direção Geral da Saúde/Programa Nacional de Doenças Oncológicas, adiante DGS/PNDO, tem trabalhado em articulação com a Administração Central do Sistema de Saúde, I.P. (ACSS, I.P.) na melhoria da informação no domínio oncológico.

Foi clarificada e consensualizada a metodologia, assim como a informação, os indicadores e a periodicidade do envio da Administração Central do Sistema de Saúde, I.P. (ACSS, I.P.) para a DGS/PNDO, de molde a suprir eventuais constrangimentos.

R.12 Promover a implementação dos procedimentos necessários ao reporte da avaliação e monitorização dos rastreios oncológicos, que permita um acompanhamento sistemático e tempestivo das medidas determinadas pelo Ministério da Saúde.

A DGS/PNDO tem promovido o acompanhamento da implementação dos Programas de Rastreios Oncológicos de Base Populacional, realizando periodicamente reuniões com os Coordenadores Regionais representantes de cada Administração Regional de Saúde.

A avaliação e monitorização dos rastreios oncológicos por parte da DGS/ PNDO é assegurada através da análise da informação periódica remetida por cada coordenador regional, servindo para elaboração do Relatório de Avaliação e Monitorização dos Rastreios Oncológicos Organizados de Base Populacional – Portugal, cujo último foi publicado a 4 de fevereiro 2022 referente aos anos de 2019/2020.

Note-se que, desde janeiro de 2022 a DGS/PNDO dispõe de um acesso à ferramenta digital do *SiiMA Reports* referente aos dados regionais dos Rastreios Oncológicos de Base Populacional.

Na resposta indicar sempre a nossa referência

Na oportunidade, e a título meramente informativo, será importante referir que se prevê, durante o ano de 2022, a publicação do Relatório de Avaliação e Monitorização dos Rastreios Oncológicos Organizados de Base Populacional – Portugal, com a atualização dos dados referentes ao ano de 2021.

R.13 Tendo por base os critérios de uniformização e harmonização dos programas de rastreio oncológico, determinados pelo Ministério da Saúde, elaborar e publicar normas que garantam, em todas as regiões de saúde, a uniformização da operacionalização e da monitorização dos programas de rastreio oncológico de base populacional.

A DGS encontra-se a elaborar três normas relativas ao Rastreio Oncológico de Base Populacional, em articulação com o Programa Nacional para as Doenças Oncológicas, prevendo-se a definição de indicadores de monitorização e avaliação destes programas de rastreio.

De assinalar que esta preocupação de uniformização e harmonização dos programas integra a estratégia nacional de abordagem do cancro, que está em últimação e se encontra alinhada com o plano europeu contra o cancro.

A concretização destas medidas a par das do PRR (Plano de Recuperação e Resiliência), contribuirão para o aumento da equidade a nível regional.

R.14 Ponderar a necessidade de alinhamento dos indicadores previstos para os programas de rastreio oncológico de base populacional e dos indicadores contratualizados e apurados pela ACSS, no âmbito da atividade dos cuidados de saúde primários.

A DGS/PNDO realizou uma reunião conjunta com a ACSS, I.P. e os Coordenadores Regionais dos Rastreios Oncológicos, na qual foi sinalizada a necessidade de os indicadores de contratualização existentes no âmbito dos cuidados de saúde primários referentes aos Rastreios Oncológicos serem reformulados de forma a promover o alinhamento das métricas de monitorização de atividade relacionada com rastreio.

Melhores cumprimentos,



Vanessa Pereira de Gouveia
Subdiretora-Geral da Saúde
(em substituição da Diretora-Geral da Saúde)

_/EG



Administração Central do Sistema de Saúde, IP



REPÚBLICA
PORTUGUESA

SAÚDE



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



ADMINISTRAÇÃO CENTRAL
DO SISTEMA DE SAÚDE, IP

S/referência: S-7096/2022 de 09.03.2022

N/referência: 15184/2022/GAI/ACSS

Exmo. Senhor
Dr. Jose António Carpinteiro,
Auditor-Coordenador
Departamento de Auditoria V
Tribunal de Contas
DAV@tcontas.pt

Assunto: Auditoria ao acesso a cuidados de saúde oncológicos no SNS

Relativamente ao assunto em epigrafe, tendo este Instituto sido notificado do Processo de Auditoria n.º 17/2020 – Audit relativo à Auditoria ao Acesso aos cuidados oncológicos no SNS, vem a ACSS pronunciar-se sobre o seu teor, com especial enfoque nas suas conclusões e recomendações constantes no mesmo.

Como ponto prévio, importa referir, que o Sistema de Informação de Gestão do Acesso do SNS (SIGA SNS) não é um sistema informático, é sim, uma plataforma *Business Intelligence* que funciona a partir da interoperabilidade com os diversos sistemas informáticos locais e centrais e que vem acautelando os desenvolvimentos preconizados para dar cumprimento ao exposto na Portaria n.º 153/2017, de 4 de maio e às necessidades reportadas pelos diversos *Stakeholders*.

Por outro lado, ao nível do processo de integração dos diferentes sistemas de informação com o Registo Oncológico Nacional (RON), identificados como pertinentes, estão em curso diversos desenvolvimentos. Ainda recentemente, foi disponibilizada no RON, via integração, a informação de episódios codificados da Base de Dados de Morbilidade Hospitalar (BDMH). Contudo, a integração de informação adicional proveniente de outros sistemas tem que ser feita de forma faseada e espaçada no tempo, para permitir a devida avaliação dos ganhos efetivos na classificação dos casos sob pena de o aumento de informação apenas servir para dificultar o trabalho dos registadores locais e poder desvirtuar os objetivos do RON.

Relativamente às patologias da área oncológica que se encontram previstas nos Termos de Referência para a contratualização de cuidados de saúde no SNS¹, a modalidade de pagamento é por doente tratado, o que compreende a prestação de todos os cuidados de saúde, incluindo os medicamentos associados.

Os rastreios de base populacional são organizados e geridos pelas Administrações Regionais de Saúde territorialmente competentes, sendo o financiamento assegurado pelos respetivos orçamentos anuais, prevendo o Plano de Recuperação e Resiliência (PRR), na sua Componente 1 – Reforma dos Cuidados de Saúde Primários, uma meta específica, com investimento associado, para o “alargamento do Rastreio do Cólon Retal e do Rastreio do Cólo do Útero a todos os centros de saúde”.

No que concerne, às **recomendações** formuladas por esse Doutro Tribunal, dirigidas ao Conselho Diretivo da Administração Central do Sistema de Saúde, IP (ACSS), informa-se, o seguinte:

R.11. Proceder a uma análise conjunta e detalhada das insuficiências e das incongruências dos dados relativos ao acesso à cirurgia na área oncológica reportadas pela DGS no “Relatório de monitorização – Atividade cirúrgica na doença oncológica – jan-jun 2019”, de outubro de 2020, e implementar medidas conducentes à sua efetiva eliminação.

Tomamos boa nota da recomendação dirigida à ACSS e à Direção-Geral de Saúde (DGS), no entanto, assinalamos que a ACSS e a DGS têm trabalhado em conjunto, para melhorar a informação no domínio oncológico, reforçar a articulação institucional e eliminar os constrangimentos identificados, tendo sido efetuadas diversas reuniões neste sentido, estando já definida, clarificada e consensualizada a metodologia, a informação a enviar, os indicadores e a periodicidade.

Vamos continuar a trabalhar na melhoria destas matérias e no reforço da articulação.

R.14. Ponderar a necessidade de alinhamento dos indicadores previstos para os programas de rastreio oncológico de base populacional e dos indicadores contratualizados e apurados pela ACSS, no âmbito da atividade dos cuidados de saúde primários.

¹ Disponíveis em <https://www.acss.min-saude.pt/2016/10/03/termos-de-referencia/>



Foi sinalizada a necessidade de rever e reformular os indicadores de contratualização existentes no âmbito dos cuidados de saúde primários referente aos Rastreios Oncológicos de forma a promover os rastreios realizados de base populacional em detrimento dos rastreios oportunistas, assim a ACSS em conjunto com a DGS está a avaliar a situação, de forma a encontrar uma solução que acomode as exigências dos processos em causa.

R.15. Diligenciar pela célere eliminação dos constrangimentos que têm obstado à efetiva implementação dos sistemas de informação que permitam ao Ministério da Saúde obter e partilhar, com rigor e oportunidade, informação transversal e global sobre o percurso dos utentes no SNS, os tempos de espera e a efetividade da resposta às necessidades dos utentes, designadamente o SIGA SNS e o SiIMA Rastreios.

No que diz respeito à completa implementação do SIGA SNS, que constitui uma prioridade da ACSS, passado o período de pandemia, que obrigou a um reajuste de prioridades e a uma canalização de recursos para outras áreas, ficando as equipas técnicas mais reduzidas e incapacitadas, retomou-se o enfoque das equipas informáticas nesta matéria, reforçando-se a necessidade de cumprimento da estratégia ministerial para o cumprimento dos postulados da Portaria n.º 153/2017, de 4 de maio.

Assim, atualmente, encontra-se em curso a operacionalização de diversas vertentes aí consideradas, seja ao nível da documentação normativa (já concluída), seja ao nível da documentação técnica (já concluída e harmonizada) seja ao nível funcional, para a diversas vertentes de referência e de monitorização. Em concreto, no que respeita:

- A Referência dos Cuidados de Saúde Hospitalares para os Cuidados de Saúde Primários (RSE Ref. CSH>CSP). Esta vertente encontra-se atualmente em 6 unidades piloto, estando já previsto o seu alargamento generalizado a nível nacional, até final do primeiro semestre;
- A Referência dos Cuidados de Saúde Primários para os Cuidados de Saúde Hospitalares (RSE Ref. CSP>CSH). Esta vertente encontra-se atualmente numa unidade piloto e em fase de arranque em duas novas instituições. Está previsto que num esquema de alargamento faseado, a partir do corrente mês de março, e até final primeiro semestre do corrente ano, as instituições com SONHO/SClínico estejam a

proceder de acordo com esta nova forma de referenciação, sendo posteriormente, utilizado pelas restantes;

- A Referenciação do SNS 24 para a Urgência Hospitalar, depois das duas anteriores estarem implementadas, sendo que a referenciação do SNS 24 para os Cuidados de Saúde Primários (SNS 24>CSP) já se encontra implementada a 100% no território nacional desde final de 2021;
- A Referenciação Intra e Inter hospitalar, primeiro numa instituição piloto (na Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano) e depois a nível nacional;
- E, o SIGA Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (MCDT).

Estes desenvolvimentos encontram-se consignados no contrato programa com a SPMS 2022, sendo considerados prioritários pela ACSS.

No que respeita ao SiiMA Rastreios, uma das prioridades definidas pela ACSS nos trabalhos do Contrato Programa com a SPMS, EPE tem sido a tarefa da uniformização da informação estatística para monitorização/acompanhamento dos rastreios, para possibilitar às ARS e DGS ter relatórios estatísticos uniformizados e comuns, para o tratamento e gestão de dados. Por essa razão, a ACSS tem vindo a identificar, como desenvolvimento prioritário e com a correspondente meta associada, a disponibilização de relatórios estatísticos para cada um dos rastreios oncológicos.

Para 2022, a ACSS mantém como prioridade, para além de integrações da plataforma SiiMA Rastreios com outros sistemas e softwares, a continuação dos trabalhos relacionados com a extração de variáveis, indicadores e estatísticas do SiiMA.

R.16. Em especial, tomar as medidas necessárias para ultrapassar os constrangimentos ao apuramento, à monitorização e à divulgação de informação detalhada, a nível nacional, sobre o acesso à primeira consulta hospitalar na área oncológica, resultantes da desadequação do sistema de informação atualmente em utilização (CTH).

A implementação do novo sistema de referenciação garantirá o cumprimento dos termos da Portaria 153/2017, de 4 de maio, uma vez que individualiza o indicador oncológico, com o registo de suspeita ou confirmação de doença oncológica, permitindo a correta



identificação e monitorização destes fluxos, dos respetivos doentes e dos tempos de espera e de resposta, associados.

Com os melhores cumprimentos,

O Presidente do Conselho Diretivo

Victor Herdeiro

Digitally signed by Victor Herdeiro
CN=Victor Herdeiro, O=Administração Central
do Sistema de Saúde, OU=Presidente do
Conselho Diretivo, C=PT
Date: 2022.03.24 10:43:00 +00:00
Reason:

Victor Herdeiro



Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE



SPMS EPE
Serviços Partilhados do Ministério da Saúde

TRIBUNAL DE CONTAS

E 4735/2022
2022/3/25



Exmo. Senhor
Dr. José F. Tavares
Presidente do Tribunal de Contas
Avenida da República, n.º 65
1050-189 Lisboa

c/c

Dr. José António Carpinteiro
Auditor-Coordenador do Departamento de Auditoria VI
dav@tcontas.pt

*Ao Dep. de Auditoria V (Saúde)
2022-03-24*

N/ Ref.: S-1208

V/ Ref.: DA V – UAT.1; Proc. N.º 17/2020 - Audit

Assunto: **Auditoria ao acesso a cuidados de saúde oncológicos no SNS**

Jose F. Tavares
JOSÉ F. TAVARES
Presidente

Caro Dr. José António,

Confirmamos a receção da notificação enviada por V. Exa., à qual foi dispensada a melhor atenção.

Na sequência da mesma, remetem-se em anexo as alegações da SPMS – Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, E.P.E. a respeito do relato de auditoria melhor identificado em assunto.

Na expectativa de que os presentes esclarecimentos se revelem suficientes, subscrevo-me,

Com os melhores cumprimentos,

Luís Goes Pinheiro
O Presidente do Conselho de Administração

Luís Goes Pinheiro

Tribunal de Contas - Processo n.º 17/2020 – Audit – 2.º S.
Auditoria ao Acesso a Cuidados de Saúde Oncológicos no SNS

Assunto: Análise do relatório elaborado pelo Tribunal de Contas no âmbito do processo n.º 17/2020, referente à Auditoria ao Acesso a Cuidados de Saúde Oncológicos no SNS

I. Enquadramento:

No passado dia 10 de março de 2022, foi a SPMS – Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, E.P.E. (SPMS, E.P.E.) notificada para, no prazo de 10 dias úteis, apresentar, junto do Tribunal de Contas, as alegações tidas por convenientes a respeito do “Relato de Auditoria ao acesso a cuidados de saúde oncológicos no SNS” e, em particular, das conclusões e recomendações aí vertidas.

Analisado em detalhe o teor do referido Relato, resulta que o mesmo não inclui quaisquer conclusões ou recomendações diretamente respeitantes à SPMS, E.P.E.

Sem prejuízo, o mesmo contempla um conjunto de referências a sistemas de informação cuja gestão tecnológica é atualmente assegurada por esta entidade, nos termos do disposto nos respetivos Estatutos, aprovados pelo artigo 3.º do Decreto-Lei n.º 19/2010, de 22 de março, atualmente na versão mais recente que lhe é conferida pelo Decreto-Lei n.º 75/2020, de 25 de agosto.

Assim, na senda das orientações veiculadas pelo Tribunal de Contas, cumprirá à SPMS, E.P.E. tecer o conjunto de considerações infra, a respeito dos pontos do “Relato de Auditoria ao acesso a cuidados de saúde oncológicos no SNS” que aí se enunciam.

II. Análise:

O relato elaborado pelo Tribunal de Contas no âmbito da “auditoria ao acesso a cuidados de saúde oncológicos no SNS” inclui um conjunto de referências relativas a sistemas de informação cuja gestão tecnológica é assegurada pela SPMS, E.P.E. Tais referências são agora analisadas individualmente e em maior detalhe, com disponibilização de informação adicional que permitirá concretizar o estado dos diferentes desenvolvimentos tecnológicos a que alude o Tribunal de Contas. Assim:

II. Observações de Auditoria: 6 – Monitorização do acesso a cuidados de saúde oncológicos no SNS

O Capítulo II do relato em análise refere, no seu ponto 6, relativo à monitorização do acesso a cuidados de saúde oncológicos no SNS, que “o Ministério da Saúde não dispõe de sistemas de informação adequadamente integrados, que permitam o apuramento automatizado e a monitorização a nível nacional da totalidade dos tempos de espera” e que “subsistem lacunas na monitorização e nos sistemas de informação de suporte à atividade dos rastreios e atrasos no desenvolvimento do Registo Oncológico Nacional”.

Ora, atualmente, o RON integra já com o Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGLIC), o Sistema de Informação da Morbilidade Hospitalar (SIMH), o Sistema de Informação de Certificados de Óbito (SICO) e, ainda que parcialmente, com o *Radiological Information System* (RIS).

Da mesma forma, estão também em desenvolvimento as integrações com o SiIMA Rastreios, de onde parte a referência para rastreio oncológico no caso dos cancros da mama, colo do útero e colon e reto; com o SClínico CSP ou similar, por via do qual é gerada a requisição para consulta hospitalar de especialidade; com SClínico Hospitalar ou similar, no qual é registado o acompanhamento dos episódios do utente e, ainda, com o RSE SIGA, que permitirá a referência para a primeira consulta de oncologia.

Finalmente, deve ainda salientar-se que as integrações a desenvolver no âmbito do RON poderão vir a versar sobre sistemas desenvolvidos por outras entidades, tais como o *Laboratory Information System* (LIS) ou os sistemas de farmácia e logística, onde são registados os tratamentos administrados ao utente.

II. Observações de Auditoria: 6.1.1. Regulamentação e sistemas de informação

O Capítulo II do relato agora em análise refere, no seu ponto 6.1.1. – Regulamentação e sistemas de informação de suporte, que “decorridos 4 anos desde a criação do SIGA SNS, também ainda não se encontram em pleno funcionamento os sistemas de informação que o suportam”. Mais ainda, reportando-se ao RSE SIGA, salienta o referido relato que, à data de julho de 2021 se encontravam “por implementar as componentes relativas aos fluxos e aos processos associados ao trajeto do utente no SNS (RSE SIGA), apresentando cada vertente, diferentes estados de implementação”.

Ora, a respeito do estado de implementação das diferentes fases deste projeto, tece o relato em apreço um conjunto de considerações, relativamente às quais cumpre prestar os seguintes esclarecimentos:

- **“Referênciação das unidades de cuidados de saúde hospitalares para os cuidados de saúde primários (Fase 1 do projeto): em projeto piloto, iniciado em 2017”**
 - A este respeito, note-se que, atualmente, a referênciação dos cuidados de saúde hospitalares para os cuidados primários já se encontra em fase de ativação. Em concreto, a funcionalidade de referênciação em questão já se encontra disponível em nove Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) distintos e em seis instituições hospitalares, estando prevista para muito brevemente a ativação das restantes instituições e a realização de um *webinar* informativo que terá como objeto a demonstração dos diferentes sistemas em uso neste processo.
- **“Referênciação dos cuidados de saúde primários para uma 1.ª consulta de especialidade hospitalar (Fase 2 do projeto): concluídos e disponibilizados os desenvolvimentos necessários, nos sistemas locais dos prestadores de cuidados de saúde, em projeto piloto com a Unidade Local de Saúde (ULS) do Litoral Alentejano”**
 - A Fase 2 do projeto RSE SIGA tem como principal objetivo a substituição do CTH e, no âmbito da referênciação dos cuidados de saúde primários para os cuidados de saúde hospitalares, está em

funcionamento, com dados de histórico migrados, na Unidade Local de Saúde (ULS) do Litoral Alentejano e no ACES do Litoral Alentejano.

O processo de ativação do RSE SIGA já está em curso nas diferentes instituições com SONHO/SCLínico, encontrando-se, contudo, mais avançado no Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental (CHLO) e no Centro Hospitalar do Baixo Vouga (CHBV). Nas restantes unidades nacionais com SONHO/SCLínico, está em curso a parametrização da rede de referênciação.

Face ao que acima se refere, prevê-se que a ativação nacional da Fase 2 do projeto RSE SIGA, com a correspondente integração de dados, seja concretizada até ao final do primeiro semestre de 2022.

- **“Referenciação intra e inter-hospitalar, para 1.ª consulta de especialidade (Fase 3 do Projeto): fase suspensa devido à pandemia de COVID-19”**
 - No que respeita à Fase 3 do projeto RSE SIGA, cumpre destacar que no primeiro trimestre de 2022 houve lugar à conclusão dos documentos de análise funcional e técnica e do caderno de requisitos de especificação para o registo no sistema de informação e para os *dashboards* do sistema de *business intelligence* do RSE SIGA. Assim, será iniciada muito brevemente a fase de desenvolvimento.
- **“Referenciação de e para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (Fase 4 do projeto): fase não iniciada e sem previsão de início em 2021”**
 - Com o acordo da ACSS, I.P., o desenvolvimento, formação e ativação dos processos de referenciação para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) será enquadrado no contexto da otimização dos sistemas de informação da RNCCI prevista no projeto de transformação digital da saúde constante do Pilar 3 do PRR.
- **“Referenciação da Linha SNS 24 para os prestadores (Fase 5 do projeto): implementada em 34 ACES das ARS Centro e LVT; desenvolvimento em curso ao nível dos cuidados hospitalares”**
 - A respeito da Fase 5 do projeto RSE SIGA, cumpre esclarecer que a referenciação do SNS 24 para os cuidados de saúde primários está já implementada em todo o território nacional. A referenciação do SNS 24 para a urgência hospitalar, por seu turno, está a ser desenvolvida em articulação com a Unidade de Gestão do Acesso (UGA) da ACSS, I.P.

Finalmente, e ainda com respeito aos desenvolvimentos ocorridos em matéria de sistemas de informação desde a criação do SIGA SNS, dispõe o relato que agora se analisa que “a componente de Business Intelligence do SIGA se encontra em fase de conclusão no que respeita às fases 1 e 2 suprarreferidas”.

A este respeito, importa esclarecer que a componente de *business intelligence* do SIGA para as fases 1, 2 e 5 do projeto está concluída e em validação pela UGA da ACSS, I.P., estando em fase de elaboração as especificações dos requisitos funcionais em matéria de referenciação inter e intra-hospitalar (fase 3).

II. Observações de Auditoria: 6.2. Programas de rastreio populacional

Com referência à monitorização do acesso a cuidados de saúde oncológicos no SNS e, em particular, aos programas de rastreio de base populacional, dispõe o relato que agora se analisa que as insuficiências do SiiMA Rastreios têm vindo a “limitar a vertente de monitorização, cuja agregação de dados a nível nacional se continua a basear no preenchimento de folhas de cálculo por cada ARS, posteriormente agregadas pela DGS”.

Mais destaca o referido relato que “a ferramenta de produção de relatórios do SiiMA Rastreios foi implementada durante os anos de 2020 e 2021, mas, em junho deste ano, apenas permitia a extração de dados de atividade, como o número de rastreios realizados, encontrando-se em validação final o reporte do painel de indicadores de monitorização, como as taxas de cobertura populacional. Questionadas no âmbito da auditoria, as ARS Algarve e Alentejo reportaram constrangimentos relacionados com a falta de acesso à totalidade das funcionalidades da ferramenta e ausência de fiabilidade dos dados daí extraídos”.

Ora, neste âmbito deve salientar-se que desde o final de 2021 está já disponível uma ferramenta central, que permite o acesso ao conjunto dos indicadores regionais, a partir de um ponto único. Os indicadores nacionais, por seu turno, deverão ser objeto de validação pelas Administrações Regionais de Saúde (ARS) e pela Direção-Geral da Saúde (DGS), previamente à sua disponibilização.

Na mesma senda, destaca-se ainda que os constrangimentos reportados pela ARS Alentejo e pela ARS Algarve, a que alude este relato, foram objeto de sanção no primeiro trimestre de 2021, encontrando-se superados.

Finalmente, e ainda por referência aos programas de rastreio populacional, dispõe o relato em discussão que “a monitorização central inclui a publicação pela DGS de relatórios anuais de avaliação e monitorização dos rastreios oncológicos de base populacional, que, no entanto, têm sido publicados cada vez mais tardiamente face ao ano a que respeitam” e que “este incumprimento foi justificado por os dados não se encontrarem consolidados àquela data e pela inexistência de um acesso direto da DGS ao SiiMA Rastreios, estando dependente da disponibilização de dados pelas ARS”.

A tal respeito, dar-se-á apenas nota que, conforme acima se refere, no final ao ano de 2021 foi disponibilizada pela SPMS, E.P.E. à DGS uma ferramenta central que permite o acesso a indicadores regionais a partir de um único ponto, motivo pelo qual o constrangimento agora identificado já se encontra adequadamente suprido.

III. Conclusões: 8. Indicadores, metas e monitorização do acesso (207 e 208)

Nas conclusões referentes a “indicadores, metas e monitorização do acesso”, salienta o Tribunal de Contas que “a interligação do Registo Oncológico Nacional com outros sistemas de informação não se encontra concluída e permanecem por disponibilizar os indicadores de acesso nele previstos”. A este respeito, *vide* o anteriormente referido a respeito do capítulo “II. Observações de Auditoria: 6 – Monitorização do acesso a cuidados de saúde oncológicos no SNS” e, em particular, o que aí se destaca quanto às diferentes integrações com conclusão prevista até ao final do próximo ano.

Mais salienta o Tribunal de Contas, ainda nas conclusões referentes a “indicadores, metas e monitorização do acesso”, que a implementação e a operacionalização dos programas de rastreio oncológico de base populacional

“são heterogéneas entre regiões, pela falta de normas definidas pela Direção-Geral da Saúde (DGS) e pela não implementação de um sistema de informação comum, interligado com outros sistemas de informação, e de indicadores padronizados”.

Quanto a esta matéria, e tal como já oportunamente referido, destaca-se que foi disponibilizada à DGS, no final do ano 2021, uma ferramenta central que permite o acesso aos indicadores regionais a partir de um ponto único. Adicionalmente, foram uniformizados os indicadores, num trabalho liderado pela DGS, em articulação e validação com as ARS, e com a colaboração da SPMS, E.P.E., ACSS, I.P. e First (fornecedor do SiIMA Rastreios).

*

Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, E.P.E.

Lisboa, 21 de março de 2022



INFARMED - Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, IP



Exmo. Senhor
Dr. José António Carpinteiro
Tribunal de Contas
dav@tcontas.pt

V/ Ref.: DAV-UAT PROC. N.º 17/2020 AUDIT
N/ Ref.: 011/CD/2022

V/ Data/Date:
N/ Data/Date: -01-04-2022

ASSUNTO: Auditoria ao acesso a cuidados de saúde oncológicos no SNS

Exmo. Senhor,

No que se refere à área do medicamento, a informação apresentada é factual e engloba na maioria das análises apresentadas dados sobre o grupo dos medicamentos Antineoplásicos e Imunomoduladores, que englobam os medicamentos oncológicos, mas também medicamentos destinados a outras patologias.

O relatório refere que a taxa de crescimento da despesa com estes medicamentos é superior à observada com os restantes medicamentos e que a “evolução da despesa do SNS com o tratamento medicamentoso da doença oncológica, em contexto hospitalar, (...) pressiona a sustentabilidade do respetivo financiamento.” De referir, contudo, que a análise efetuada em sede de auditoria teve apenas em consideração o custo para o SNS com os medicamentos, não referindo os potenciais ganhos para o utente com a adoção de terapia inovadora nem eventuais poupanças para o SNS decorrentes de menor número de internamentos ou outro tipo de cuidados de saúde. Salienta-se que a introdução de novos medicamentos se traduziu em melhorias nos resultados em saúde em determinadas áreas oncológicas.

No que se refere à recomendação da auditoria “Analisar e monitorizar periodicamente da despesa com medicamentos oncológicos de modo a assegurar a sua sustentabilidade”, é também preocupação do INFARMED o crescimento acentuado nesta área e estamos a acompanhar de perto esta tendência e a rever as condições de financiamento de alguns dos medicamentos responsáveis por este aumento. Existem também instrumentos de apoio à tomada de decisão por parte dos órgãos competentes dos hospitais como os relatórios de avaliação de tecnologias de saúde e o Formulário Nacional de Medicamentos, este último elaborado pela Comissão Nacional de Farmácia e Terapêutica do INFARMED.

A monitorização da despesa com medicamentos faz parte das funções do Infarmed, que disponibiliza com uma periodicidade mensal análises à despesa em meio ambulatorio e hospitalar, dashboard interativos e análises mais específicas de determinadas áreas terapêuticas.

Adicionalmente, o Infarmed disponibiliza a todos os hospitais do SNS informação com vários indicadores de consumo e despesa de medicamentos e respetiva comparação com outros hospitais do mesmo grupo de contratualização e a nível nacional. Esta informação é disponibilizada com uma periodicidade trimestral.

Com os melhores cumprimentos,

O Presidente do Conselho Diretivo

Rui dos
Santos Ivo

Assinado de forma
digital por Rui dos
Santos Ivo
Dados: 2022.04.01
20:32:49 +01'00'

Rui Santos Ivo



Administração Regional de Saúde do Norte, IP

ARSN - s_2022_02547_2022-03-25



ARS NORTE
Administração Regional
de Saúde do Norte, I.P.

Por E-mail

Exmo. Senhor
Dr. José António Carpinteiro
Auditor-Coordenador do
Tribunal de Contas - Direção-Geral
Av. Barbosa du Bocage, 61
1069-045 Lisboa

Sua referência
7106/2022

Data
2022-03-09

Nossa referência
DEP/2022/5

Data
2022-03-25

Assunto: Auditoria ao acesso a cuidados de saúde oncológicos no SNS

Em resposta ao ofício mencionado em epígrafe, enviamos em anexo avaliação do relato de auditoria referido, com o nosso contraditório.

Apresento cumprimentos,

Presidente do Conselho Diretivo

c=PT,o=Administração
Regional de Saúde do
Norte,cn=Carlos Nunes,
2022.03.25 19:22:39
+00:00

Carlos Nunes
Presidente do CD



Projeto de Resposta ao Relato de março de 2023 do Tribunal de Contas “Auditoria ao Acesso a Cuidados de Saúde Oncológicos no SNS”

Da leitura e análise do relato supra-identificado e no exercício do contraditório, focaremos os pontos em que a ARS Norte é direta ou indiretamente visada.

Assim:

Capítulo 6.2 – Programas de base populacional

Ponto 5.1 – É dito “Quando os resultados dos testes reúnem critérios para referência hospitalar, os utentes são encaminhados para a consulta hospitalar, os utentes são encaminhados para consulta hospitalar através do CTH”.

R. A forma de encaminhamento dos casos positivos oriundos do rastreio não é feito através do CTH.

A organização dos programas de rastreio de base populacional, com um suporte de informação dedicado (Siima Rastreios) incorpora a referência hospitalar através desta plataforma. Os serviços da especialidade envolvidos acedem diretamente nessa plataforma à lista dos casos positivos referenciados.

No RCCU, essa referência é automática, a partir da leitura e validação laboratorial de um caso com critérios de referência (não passa pelo MF), incorporando critérios de prioridade em função do resultado obtido.

No RCCR, os casos são referenciados pelo MF, após consulta aos casos PSOF+ (onde são pedidos os exames preparatórios da colonoscopia). Essa lista é disponibilizada via Siima Rastreios no secretariado do serviço de Gastroenterologia que procede ao respetivo agendamento da colonoscopia.

No RCM, como a entidade executora é externa ao SNS (Liga Portuguesa Contra o Cancro), a referência é feita por protocolo específico, com entrega direta no hospital (indicado pela ARS) da digitalização dos exames efetuadas na consulta de aferição. O pedido é rececionado no hospital até 3 dias após o resultado que determina o encaminhamento.

Capítulo 7.2.4. – Lista de inscritos para cirurgia e tempos de espera

Ponto 104 – É referido “O número de utentes que, em 2020, permaneciam em lista de espera para cirurgia oncológica há mais de um ano (especialmente significativa na ARS Norte 54% do total) (...) ; Ilustrado na figura 4 – distribuição dos tempos de espera superiores a um ano (no ano 2020 são identificados 100 casos com mais de um ano de espera, sendo 54 da região Norte o que explica os 54% referidos no texto supra.

R. O Apuramento efetuado da ARS Norte para o mesmo período é distinto do apresentado.





Hospital	< 12 meses	>12 meses	Total Geral
CHEDV	78		78
CHMA	29		29
CHP	168		168
CHPVVC	28		28
CHSJ	283		283
CHTMAD	146		146
CHTS	29		29
CHVNGE	92		92
HBarcelos	9		9
HBraga	303		303
HGuimarães	58		58
HPrelada	6		6
IPOP	766	12	778
ULSAM	61		61
ULSM	121		121
ULSN	17		17
Total Geral	2194	12	2 206

Fonte: SIGLIC – extração a 08-01-2021-SIGLIC-Dez 2020

Consultando a respetiva listagem, e não pondo de parte eventuais problemas de integração entre os sistemas de informação locais e o SIGLIC, identificam-se 7 casos afetos à cirurgia plástica e reconstrutiva, 4 da especialidade de urologia e 1 de neurocirurgia.

Ou seja, à luz deste apuramento, a representatividade da ARS Norte seria de 21% (12/58)

Mais se informa, que durante o ano 2021 a ARSN manteve um acompanhamento próximo dos indicadores de cumprimento dos TMRG, através de reuniões periódicas com todas os hospitais.

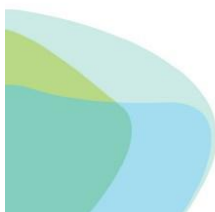
Capítulo 7.2 – Rastreios oncológicos

7.4.4 – Rastreio do cancro do colon e reto

Ponto 169 – Relativamente ao RCCR é dito “observou-se também uma fraca taxa de adesão (...). Não obstante, o numero de utentes convidados aumentou significativamente até 2019 (...)

Gráfico 35 – RCCR – Taxa de adesão anual, total e por ARS – “2017-2020”

R. A Análise de cortes temporais, por ano civil, não são a melhor forma de avaliar as taxas de adesão do rastreio, especialmente nas fases de implementação do programa, em que há um crescendo de convites que pode não ter tradução no numero de rastreados, porque essa oportunidade só ocorre após o termo do ano civil. (há uma subvalorização da taxa de adesão porque há casos afetos ao numerador que não tem hipótese de serem contabilizados no



denominador). Assim, estes indicadores de resultado terão que ser lidos à luz desta reserva, enquanto a implantação do programa não estiver estabilizada (como no RCM e o RCCU).

7.4.6. – Financiamento dos programas de rastreio oncológico

Ponto 196 – Relativamente ao Programa de Incentivos à Integração de Cuidados e Valorização dos Percursos dos Utentes no SNS, é dito: “*Algumas ARS não elaboraram os relatórios trimestrais, uma vez que não tinham qualquer projeto em execução*”

R. Confirmamos que a ARS Norte não recebeu qualquer transferência de verba da ACSS no âmbito deste programa. Isso não invalidou que a ARSN com verbas próprias (e outras incorporadas nos contratos programas dos hospitais), não tenha implementado o RCCU e o RCCR que eram os objetivos dos projetos aprovados, porventura, sem a celeridade e amplitude de serviços, que poderia ser proporcionada por esse financiamento suplementar não concretizado.

Recomendações

Aos Conselhos de Administração Regionais de Saúde, I.P.

R.17 – *Sobre a “ implementação rigorosa de uniformização e harmonização dos programas de rastreio oncológico, determinados pelo Ministério da Saúde(...)”*

R. Todos os programas de rastreio oncológico implementados na região Norte cumprem os requisitos determinados no Despacho n.º 8254/2017 de 21 de setembro, que visam a harmonização nacional.

R. 18 – *“Produzir os relatórios semestrais de acompanhamento de rastreio oncológico de base populacional”*

R. Conforme foi documentado na fase de instrução desta auditoria, foram periodicamente realizados, e disponibilizados aos ACES, análises sucintas com o grau de execução dos programas de rastreio, onde se incluem ferramentas de BI que permitem monitorizar, quase em tempo real, o desempenho das unidades de saúde e a respetiva cobertura populacional.

Os reportes aos organismos centrais tem sido feito a pedido destes, e nessa medida, apenas tem sido remetido a informação anual solicitada pela DGS.

Iremos passar a incluir no sitio da ARS Norte uma versão pública dos BI's, já disponibilizados no portal de serviços da ARS Norte e informar em conformidade as entidades devidas.

ANEXOS IV

Quadro implementação, por ARS, do Rastreio do Cancro do colo do útero





NORTE

a) Teste Primário: é dito ser “ *Citologia Meio Líquido com teste HPV para citologias positivas*”

R. Desde maio de 2017 que o método de teste Primário passou a ser o que está determinado no Despacho n.º 8254/2017 de 21 de setembro – Pesquisa de ácidos nucleicos, dos serotipos oncogénicos do HPV em citologia vaginal.

b) Periodicidade: *5 em 5 anos (3 em 3 anos em Matosinhos)*

A excecionalidade de Matosinhos foi pontual. Foi o último ACES a entrar em programa por ter um circuito interno de rastreio, com leitura realizado no Hospital Pedro Hispano, por citologia convencional.





Administração Regional de Saúde do Centro, IP



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



TRIBUNAL DE CONTAS

E 4955/2022
2022/3/29



001635 '22 03-24 17:15

Exmº Senhor
Dr. José António Carpinteiro
Auditor – Coordenador do
Tribunal de Contas
Avª da República, 65
1050-189 Lisboa

Sua referência	Data	Nossa referência	Data
DAV V-UAT.1 / Proc.nº 17/2020	9-03-2022	CD/GJC	

ASSUNTO: Auditoria ao Acesso a Cuidados de Saúde Oncológicos no SNS

Tendo presente a solicitação de V. Ex.ª e após a análise do relatório, que descreve a realidade e aponta os pontos fracos de uma forma muito fidedigna e rigorosa da ARS Centro, informa-se o seguinte no que respeita às Conclusões,

No que respeita ao Ponto 199:

Existem dois tipos de indicadores, mas que não medem, em rigor a mesma realidade:

- Os indicadores contratualizados entre a ACSS e as ARS e entre estas e as Unidades Funcionais (que referem no título serem indicadores de rastreio), medem apenas produção, ou seja, o numerador é o número de utentes que realizaram um qualquer Meio Complementar de Diagnóstico (previsto no indicador), sobre a população do grupo etário em avaliação;
O Meio Complementar de Diagnóstico pode ser pedido por qualquer razão que não tenha nada a ver com o rastreio: para diagnóstico (por sinais ou sintomas) ou para vigilância de doenças já diagnosticadas;

Reforçamos a necessidade de haver um único indicador de contratualização e se o que se pretende medir é o rastreio de base populacional, o indicador terá que ser colhido no SiiMA Rastreios.

Refere-se que, em reuniões com a ACSS, esta solução já foi discutida, mas sem grande sucesso. É também necessário integrar o Rastreio do Cancro da Mama na plataforma única dos Rastreios, SiiMA Rastreios.

Relativamente ao Ponto 200 é necessário que o Sistema informático permita acompanhar, ao nível dos Indicadores regionais, o percurso nos hospitais dos utentes referenciados pelos rastreios.

No que respeita Ponto 204, a First Solutions (proprietária do SiIMA Rastreios) e a SPMS têm realizado um trabalho colaborativo no sentido de encontrar respostas para os problemas detetados a propósito da monitorização, avaliação e construção de indicadores reais. Neste momento, pese embora não com a rapidez desejável, estamos a trabalhar os motivos de exclusões admissíveis em cada rastreio.

Quanto ao ponto 208, converge com o ponto 204, mas acrescenta um aspeto fundamental, já várias vezes reportado: a falta de Normas de Orientação Clínica (NOC) para os 3 rastreios. Salienta-se que os médicos necessitam de Normas para melhor poderem exercer as suas competências com confiança.

No que respeita à terceira alínea deste ponto refere-se que a ARS Centro produziu sempre relatórios semestrais e anuais, mesmo durante a pandemia.

Quanto ao ponto 233 nada a acrescentar, por se concordar, pois reforça o referido a propósito do ponto 199.

Relativamente às recomendações consideramos que, no que diz respeito ao Conselho Diretivo da Administração Central dos Sistemas de Saúde, se ponderasse acrescentar um ponto relativo à contratualização com as ARS e Unidades Funcionais (indicadores de contratualização) que permitissem melhor avaliar os programas de rastreio oncológico e se direcionassem os profissionais das Unidades Funcionais para gestão a operacional dos rastreios e não apenas para o registo de MCDT (como referido no R. 14 nas recomendações à Diretora Geral da Saúde).

De referir que a ARS Centro, avaliando a não progressão dos rastreios no sentido previsto, está a ponderar reformular os Rastreios do Cancro do Colo do Útero e do Cancro do Cólon e Reto, através de uma convocatória centralizada dos utentes e da emissão automática de resultados, via SMS. Este trabalho está em progresso.

Por fim, e sem prejuízo do Relatório não contemplar os cuidados de saúde oncológicos para a área cirúrgica, refere-se que, no ano 2021, se verificou um crescimento de 32,1% do número de episódios entrados (novas propostas cirúrgicas) em Lista de Inscritos para Cirurgia (LIC),

com neoplasia maligna, quando comparado com o ano anterior (esse crescimento foi superior ao do país à 27,9%);

No mesmo período ocorreu uma variação de 25,9% do número de episódios cirúrgicos com neoplasias malignas com cirurgia programada realizada, face ao período homólogo. Este crescimento do número de episódios cirúrgicos realizados foi superior ao do país (23,8%); Adicionalmente, a variação homóloga média do tempo de espera dos episódios com neoplasias malignas operados, foi de -16,1%, resultado também francamente superior ao do país (-10,1%). De igual forma, verificou-se uma melhoria no número de episódios operados com neoplasias malignas com tempo de espera superior ao tempo máximo de resposta garantido (TMRG) face ao número de episódios operados. Neste ponto em concreto, a variação homóloga foi de -22,9% também francamente superior à recuperação verificada no total do país.

No que respeita às consultas e tal como indica o relatório, o Alert P1-CTH não permite distinguir se um pedido de 1.ª consulta é ou não associado a neoplasia maligna, assim como não é possível distinguir a produção de 1.ªs consultas por indicador oncológico. Essa é, sem dúvida, uma melhoria a incluir no RSE SIGA, plataforma que substituirá o atual aplicativo.

Com os melhores cumprimentos,

A Presidente do Conselho Diretivo



Dr.ª Rosa Reis Marques.



Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP

ARSLVT- Saída - 2028 / GJC-Jurídico / 2022 - 2022-03-23



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



Exmo. Senhor

Juiz Conselheiro Fernando Oliveira Silva

Diretor-Geral do Tribunal de Contas

Av. da República, 65

TRIBUNAL DE CONTAS

1050-189 Lisboa

E 4753/2022
2022/3/25



Sua Referência

Sua Comunicação de

Nossa Referência
2028/ GJC / 2022
Proc Nº 227/22
SD-536/22

Data

DA V-UAT.1
Proc. Nº 17/2020-Audit

Assunto Auditoria ao acesso a cuidados de saúde oncológicos no SNS

Em resposta ao ofício de V. Ex^a em referência sobre o assunto em epígrafe, vem esta ARSLVT, em sede do direito ao contraditório, relativamente aos pontos do relato que merecem observação informar o seguinte:

149. “Destacam-se os resultados apurados na ARS LVT, que mostram uma cobertura de utentes por testes de rastreio superior à revelada pelo indicador de cobertura populacional do programa de RCM. Tal sugere uma realização mais oportunistica dos rastreios, fora do âmbito do programa, nesta ARS”.

- No acompanhamento habitual do utente em Saúde de Adultos era promovida a manutenção dos rastreios oncológicos atualizada, o que explica a sua realização oportunistica.

Conforme o exposto na análise realizada, o alargamento a toda a região, de Rastreio do Cancro da Mama, operacionalizado pela Liga Portuguesa Contra o Cancro decorreu nos anos de 2021 e 2022, com cobertura total até ao final do primeiro trimestre de 2022, com atraso condicionado pelo evento pandémico de COVID-19.

153. “ARS LVT, a cobertura geográfica por UF-CSP ficou aquém daquela meta, apesar da melhoria verificada ao longo do quadriénio, de 16% em 2017 para 61% em 2020 (Gráfico 27)”.

158. “As ARS LVT e Centro, no âmbito dos trabalhos da auditoria, identificaram como fator condicionante ao aumento do número de utentes a convidar para este rastreio, a falta de resposta hospitalar para consultas e exames dos casos com testes positivos referenciados”.

- A melhoria da cobertura geográfica e a integração das Unidades Funcionais da ARSLVT têm sido progressivas por forma a que possam ser acomodados os resultados positivos em consulta hospitalar em Centro de Seguimento e Tratamento para realização de teste de rastreio secundário

160. “Ainda assim, é de notar que os resultados das ARS LVT e Algarve mostram uma cobertura de utentes por testes de rastreio superior à revelada pela leitura conjunta dos indicadores de cobertura populacional e de taxa de adesão do programa de rastreios de base populacional. Tal sugere uma realização mais oportunística dos rastreios nestas ARS, ou seja, fora do âmbito do programa”.

167. “As ARS Alentejo, Centro e LVT, registaram, desde 2017, diminutas taxas de cobertura populacional do RCCR, situação que se agravou em 2020 – as ARS LVT e Alentejo convidaram apenas cerca de 2% da população anual elegível e a ARS Centro convidou 7% (Gráfico 34)”.

168. “A falta de disponibilidade dos CSP, na concretização dos convites, e dos Hospitais, na realização das colonoscopias, foram indicadas pelas ARS, no âmbito da auditoria, como principais condicionantes à implementação do RCCR em todas as ARS”.

174. “As ARS apontaram, como principal constrangimento à implementação do RCCR, a resposta hospitalar abaixo do necessário, para consultas e exames dos casos positivos referenciados, resultantes da PSOF, constrangimento que terá sido reduzido, em parte, com a introdução, nos contratos-programa celebrados com os hospitais do SNS, do preço compreensivo por ato⁹⁶ e com a internalização destes atos, em horário acrescido, nos respetivos serviços de gastroenterologia”.

- Como já referido na pronúncia ao ponto 149., no acompanhamento habitual do utente em Saúde de Adultos era promovida a manutenção dos rastreios oncológicos atualizada, o que explica a sua realização oportunística.

A implementação dos rastreios populacionais organizados do cancro colo do útero e do cancro do cólon e reto, começou na área de influência da ARSLVT em 2017, e tem vindo a ser alargado com transição do rastreio realizado mediante o acompanhamento habitual em consulta de Planeamento Familiar ou consulta de Saúde de Adultos, com promoção da atividade de rastreio de forma proactiva com mudança do paradigma de convite, mas mantendo as potencialidades do contacto direto com o utente e, do conhecimento das dinâmicas da família e da pessoa que possam ser facilitadoras da participação em rastreio.

A melhoria da cobertura geográfica e a integração das Unidades Funcionais da ARSLVT têm vindo a ser progressiva por forma a que possam ser acomodados os resultados positivos em consulta hospitalar em Centro de Seguimento e Tratamento para realização de teste de rastreio secundário.



**198. “Tendo por base as observações de auditoria descritas em II., formulam-se as seguintes conclusões:
8. Indicadores, metas e monitorização do acesso Existem indicadores para medição do acesso a cuidados oncológicos no SNS, mas alguns carecem de melhorias. (Ponto 5)”**

199. “Na vertente preventiva, existem dois tipos de indicadores, que medem realidades similares, podendo-se justificar o seu maior alinhamento: por um lado, os indicadores de desempenho baseadas nas taxas de cobertura geográfica e populacional dos três programas de rastreio oncológico de base populacional, definidas no âmbito do Programa Nacional para as Doenças Oncológicas (PNDO). Por outro, os indicadores contratualizados entre as administrações regionais de saúde, os agrupamentos de centros de saúde (ACES) e as unidades funcionais de cuidados de saúde primários (UF-CSP)”.

- A contratualização dos resultados operacionais a atingir na área dos rastreios oncológicos tem vindo a ser contemplada na ARSLVT, sempre com enfoque na abordagem populacional organizada, o que se consubstancia no alargamento progressivo dos processos inerentes a este tipo de abordagem a todos os Agrupamentos de Centros de Saúde a partir de 2018 para RCCU e de 2019 para RCCR.

A retoma de atividade dos serviços de saúde após a suspensão determinada até 2 de maio de 2020 e progressiva a partir de junho de 2020, para a área dos rastreios populacionais organizados constituiu uma oportunidade de reforço do alargamento que vinha a ser realizado nos anos anteriores.

220. “A baixa cobertura geográfica na ARS Lisboa e Vale do Tejo (LVT), comparativamente às restantes ARS, no rastreio do cancro da mama (27%, por ACES e 29%, por UF-CSP, em 2020) e do colo do útero (de 100%, por ACES, mas de apenas 61%, por UF-CSP, em 2020), foi responsável pelo incumprimento da meta de cobertura geográfica global definida para 2020”.

- A suspensão da atividade assistencial não urgente em 2020, entre março e maio de 2020, condicionou o alargamento previsto para RCCR e RCCU, com quebra do ritmo incremental a que se vinha a assistir, com quebra nos fluxos de trabalho e das dinâmicas de convite e abordagem do utente. A retoma de atividade dos serviços de saúde após a suspensão determinada até 2 de maio de 2020 e progressiva a partir de junho de 2020, para a área dos rastreios populacionais organizados constituiu uma oportunidade de reforço do alargamento que vinha a ser realizado nos anos anteriores, mas com ponto de partida semelhante ao de 2017, com atividade inexistente para os três rastreios. Os fluxos de trabalho e as dinâmicas de convite foram rapidamente retomadas e reativadas, mas, o ritmo de alargamento ficou comprometido.

IV. Projeto de Recomendações

Aos Conselhos Diretivos das Administrações regionais de Saúde, I.P

R.17. “Promover a implementação rigorosa dos critérios de uniformização e harmonização dos

programas de rastreio oncológico, determinados pelo Ministério da Saúde, no sentido de suprimir as assimetrias regionais existentes”.

- A uniformização e harmonização dos critérios definidos por Despacho n.º 8254/2017, de 21 de setembro de 2017 do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, foi realizada para rastreio do cancro da mama e será tido em conta para o rastreio de cancro do colo do útero mediante a orientação que venha a ser introduzida pela norma da Direção-Geral da Saúde.

Em julho de 2017, aquando no início do programa de rastreio de cancro do colo do útero na ARSLVT, não existindo uniformização nacional para este rastreio, foi definida a elegibilidade tendo em conta a melhor evidência científica disponível à data e mediante consenso dos especialistas da Região.

Numa fase de implementação, tendo em conta as limitações na capacidade de seguimento hospitalar dos casos positivos em teste de rastreio primário, pela necessidade de assegurar o rastreio a utentes com idade próxima do limite superior do intervalo de elegibilidade, foi opção, manter os critérios definidos para o arranque deste rastreio, até capacitação da região para adequar a resposta hospitalar.

R.18. “Produzir os relatórios semestrais de acompanhamento dos programas de rastreio oncológico de base populacional, como determinado pelo Ministério da Saúde”.

- Efetivamente, conforme apontado, a monitorização semestral realizada pela ARSLVT aos programas de rastreio era resumida num quadro resumo e utilizado como resposta às solicitações da DGS e SEAS, sendo que no período em análise, todos os dados eram recolhidos e compilados manualmente, com recurso a folhas de cálculo. Os dados de monitorização eram comunicados com a periodicidade semestral à Direção-Geral da Saúde e Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde.

Todos os documentos elaborados com análise crítica foram apenas de utilização interna, com a periodicidade de monitorização necessária (sempre que justificável, mensal) e para mapeamento das necessidades de intervenção. É um dos aspetos a melhorar e que será tido em conta em 2022.

Com muitos cumprimentos,

✓ Conselho Diretivo



NUNO VENADE
Vogal do Conselho Diretivo
da ARSLVT, IP



Administração Regional de Saúde do Alentejo, IP



Administração Regional de Saúde do Alentejo, I.P.



SAI-ARSA/2022/676

TRIBUNAL DE CONTAS

E 5268/2022
2022/4/4



EXMO SENHOR
DIRETOR-GERAL DO TRIBUNAL DE CONTAS
A/C AUDITOR COORDENADOR, EXMO. SR.
DR. JOSÉ ANTÓNIO CARPINTEIRO
AV. DA REPÚBLICA, N.º 65
1050-189
LISBOA

Fax/ Ofício registado c/ A/R

Sua referência

Nossa referência

Data

SAI-ARSA/2022/676

31-03-2022

Assunto: Processo n.º 17/2020 – Audit/ “Auditoria ao acesso a cuidados de saúde oncológicos no SNS”.
Alegações da Administração Regional de Saúde do Alentejo, I.P.

Na sequência da notificação do Tribunal de Contas/ Direção-Geral, com o registo n.º 7101/2022, de 09/03/2022, que deu entrada nesta ARS sob o registo ENT-ARSA/2022/2526, de 10/03/2022, no âmbito da auditoria ao acesso a cuidados de saúde oncológicos no SNS, desenvolvida sob o processo n.º 17/2022 - Audit., vem a Administração Regional de Saúde do Alentejo, I.P., dar cumprimento ao solicitado, nos termos e fundamentos, os seguintes:

1. A Administração Regional de Saúde do Alentejo, I.P., quanto às recomendações apresentadas na parte IV do Relatório de Auditoria, informa V. Exas. que se encontra a desenvolver todos os procedimentos necessários e ao seu alcance para a promoção e implementação dos critérios de uniformização e harmonização dos programas de rastreio oncológico em articulação com a Direção-Geral da Saúde, Administração Central do Sistema de Saúde e Serviços Partilhados do Ministério da Saúde. Em termos concretos, as ações que se encontram em desenvolvimento pretendem responder a todas as recomendações efetuadas relativamente à necessidade de melhoria do acompanhamento e monitorização dos indicadores de acesso.

C

Quanto à análise efetuada, e no que à região de saúde do Alentejo diz respeito, considera-se ser de salientar o seguinte:

- Os três rastreios oncológicos (Rastreio do Cancro do Colo do Útero, Rastreio do Cancro da Mama e Rastreio do Cancro do Cólon e Recto) são considerados uma prioridade para a região de saúde do Alentejo, sendo a sua implementação fundamental no âmbito da prevenção e identificação o mais precoce possível da doença oncológica, procurando assegurar e alargar quer as taxas de cobertura geográfica e populacional quer as taxas de adesão;
- No que respeita ao Rastreio do Cancro da Mama (RCM), a taxa de cobertura geográfica e populacional é de 100%, embora com taxas de adesão até 2019 a rondar os 60%, baixando em 2020, para 44%. A baixa adesão ao RCM, resultará do facto público e notório, do período de pandemia da COVID-19 ter-se refletido no receio dos utentes, na generalidade, de procurarem os cuidados de saúde e de efetuarem exames de diagnóstico e terapêutica. A baixa adesão à convocatória por parte das utentes, não resultará de facto imputável aos serviços de saúde, mas sim, das circunstâncias de saúde pública.
- Relativamente ao Rastreio do Cancro do Colo do Útero (RCCU), que apresenta uma taxa de cobertura geográfica de 100%, a taxa de cobertura populacional rondava os 40% na altura pré-pandémica, baixando para 23% em 2020, em linha com a média nacional para esse ano. Esta situação justificar-se-á igualmente pelas circunstâncias da pandemia.
- No respeitante ao Rastreio do Cancro do Cólon e Recto (RCCR), a taxa de cobertura geográfica, em 2018, era de cerca de 25%, tendo aumentado para os 100%, em 2020. A cobertura populacional tem vindo a crescer gradualmente, tendo-se situado, em 2020, nos 20%. Muito embora os efeitos da pandemia, foi possível proceder ao alargamento do rastreio a todos os ACES da região.
- No que se refere às conclusões expostas no ponto 9.4. *Rastreio*, designadamente “nos rastreios oncológicos de base populacional não foram atingidos os objetivos de cobertura geográfica e populacional previstos para 2020, observando-se neste ano uma quebra na execução dos programas de rastreio”, e mais concretamente o referido no ponto 221, sobre a cobertura



Na resposta é favor indicar as nossas referências

populacional do RCCR na região de saúde do Alentejo ter ficado aquém do objetivo, tal situação deve-se ao facto da necessidade de desdobrar os profissionais para responder às necessidades assistenciais regulares e ainda às exigências provocadas pela pandemia de COVID-19, situação mais complexa de lidar numa região onde faltam profissionais em número suficiente para assegurar os cuidados de saúde;

- Não obstante o facto de não existir uma linha de financiamento específica para os Programas de Rastreio, como mencionado no ponto 7.4.6 do relatório, a Administração Regional de Saúde do Alentejo, tem recorrido a recursos financeiros próprios por forma a garantir a condução dos rastreios dentro dos termos preconizados, não constituindo impedimento absoluto à execução dos mesmos.
2. Quanto à recomendação relativa à produção de relatórios semestrais de acompanhamento dos programas de rastreio oncológico de base populacional, considera-se que, com a substituição dos sistemas de informação, ficarão resolvidos os constrangimentos na obtenção e tratamento da informação, viabilizando a elaboração dos pertinentes relatórios semestrais de forma mais detalhada e consistente.

Apesar dos constrangimentos verificados, importa realçar, no entanto, o facto de ser partilhada a informação com a Direção-Geral da Saúde, de forma sistemática, trimestralmente, semestralmente e anualmente.

Por último, não obstante os referidos constrangimentos, a ARS, no âmbito do acompanhamento do acesso aos cuidados de saúde na região, procede à análise e monitorização regular das Listas de Espera para Consulta e Cirurgia, com análise mensal detalhada por especialidade, hospital, ACES e ULS. Igualmente, procede-se à análise e monitorização da atividade cirúrgica, com especial atenção à cirurgia oncológica e ao cumprimento dos tempos de resposta para os doentes oncológicos.

Ao dispor para prestar toda a colaboração e os esclarecimentos que se considerem necessários.

Com os melhores cumprimentos, e elevada consideração e apreço pessoal

O Conselho Diretivo



Maria Filomena Mendes
Presidente do Conselho Diretivo da
ARS Alentejo, IP

Administração Regional de Saúde do Algarve, IP

Exmo. Sr. Auditor Coordenador do TC
Dr. José António Carpinteiro,

De acordo com o solicitado, enviamos a nossa pronúncia sobre a Auditoria referida em assunto:

Apreciação do Relatório do TC

Após apreciação do relatório do TC sobre a doença Oncológica, no que diz respeito aos Rastreios Oncológicos, confirmamos os dados do relatório que correspondem aos enviados pelo Núcleo de Rastreios da ARSA, no entanto algumas das informações necessitam esclarecimento e/ou alteração:

Página 15

Os indicadores de desempenho referidos dizem respeito às UF's e podem não contemplar os dados do Programa de rastreio de base populacional. Entram em linha de conta com os chamados "rastreios oportunistas", situação que não ocorre no rastreio de base populacional.

A contratualização com os Cuidados de Saúde Primários, seja da ARS com os ACEs, seja destes com as suas unidades funcionais, não é negociada em termos estritos. Esta decorre das metas nacionais fixadas para cada indicador, não podendo ser alteradas ou ajustadas ao contexto regional, seja pelas regiões, seja pelos agrupamentos.

São utilizados os conceitos de "intervalo esperado" (o ideal) e de "variação aceitável" (o mínimo desejável). Estes podem ser consultados nas seguintes hiperligações:

> ID 44 - Proporção mulheres [50; 70] A, c/ mamogr. (2 anos) [<https://sdm.min-saude.pt/bi.aspx?id=44&clusters=S>]

Intervalo Esperado	Varição Aceitável
Ano de 2021: [57; 80] Ano de 2022: [57; 80]	Ano de 2021: [50; 85] Ano de 2022: [50; 85]

> ID 45 - Prop. mulheres [25;60]A, c/ rastr. C. Colo út. [<https://sdm.min-saude.pt/bi.aspx?id=45&clusters=S>]

Intervalo Esperado	Varição Aceitável
Ano de 2021: [57; 80] Ano de 2022: [57; 80]	Ano de 2021: [50; 85] Ano de 2022: [50; 85]

> ID 46 - Proporção utentes [50; 75]A, c/ rastreio cancro CR [<https://sdm.min-saude.pt/bi.aspx?id=46&clusters=S>]

Intervalo Esperado	Varição Aceitável
Ano de 2021: [52; 100] Ano de 2022: [67; 100]	Ano de 2021: [47; 100] Ano de 2022: [46; 100]

Toda essa informação está disponível para consulta pública na Internet, através do BICSP (<https://bicsp.min-saude.pt/pt/contratualizacao/idg/Paginas/default.aspx>), o que significa que o seu acesso é completamente transparente e disponível.

Página 21- 5.1

Não é através da consulta a tempo e horas (CTH), é efetuado pelo SI do programa de Rastreios.

Página 21- 5.5 e 5.6 e 5.8

É correto que os SI do rastreio não têm integração com outros SI do SNS e a ARSA só dispunha do SI para o RCCU á data da auditoria. Temos relatórios anuais e avaliação de dados semestral.

Página 27- 7.1.2

As UF's da ARSA enviam as situações oncológicas para o CHUA, EPE e não para o IPO na sua maioria. No âmbito dos rastreios de base populacional os utentes são referenciados para o CHUA, EPE.

Página 52- Gráfico 23

No gráfico 23 o valor de adesão diz 60% mas o valor correto seria 61% cf informação enviada à DGS a adesão era à data 60,5 e valor final após correção foi de 60,6 ou seja, 61%.

Página 64

RCM parou pelo COVID-19 de 16/03/2020 e retomou a 17/06/2020 e não a 01/06/2020 como referido.

Página 87- quadro RCCU

Onde se lê: *“Teste primário Citologia meio líquido com teste HPV p/citologias positivas”* – Não está completamente correto. É que, em consequência, a população e periodicidade também é influenciada pelo teste primário.

Devia assim, ser evidenciado neste quadro, um teste, população e periodicidade de 2017 a agosto de 2019 e outro posterior a esta data. Teste primário-citologia, 25-64a população alvo e periodicidade de 3-3 anos até agosto de 2019; depois dessa data, o teste primário passou a ser a pesquisa HPV, 25-60a a população alvo e a periodicidade de 5-5 anos.

Página 89

Onde se lê: *“A ARS Algarve justificou as diferenças da população elegível anual do ano de 2020 para o RCM, entre os dados do relatório da DGS e os dados disponibilizados no âmbito da auditoria, com o facto de os dados da população terem origem no Departamento de Saúde Pública e Planeamento da ARS, sendo que, à posteriori, os ficheiros que o Núcleo de rastreios recebe não evidenciam o mesmo número de utentes, existindo diferenças significativas.”*

- Falta a informação que os ficheiros disponíveis ao NR são base SINUS e não do RNU, portanto, o número de utentes e informações dos mesmos, está desatualizada e daí que se reportem várias divergências.

Onde se lê: *“Em algumas ARS a LPCC acompanha as utentes até à consulta de aferição realizando eco mamária e biópsia nos casos suspeitos, e as referências hospitalares são efetuadas já com os casos positivos. Na ARS Centro a LPCC não tem capacidade para efetuar os exames para a consulta de aferição e os casos suspeitos são referenciados para a consulta de aferição no hospital. O mesmo acontece na ARS Algarve, na qual o rastreio é operacionalizado pela Associação Oncológica do Algarve- AOA, que também não tem capacidade para realizar a consulta de aferição. Esta diferença de procedimentos influencia os números de biópsias efetuadas, de consultas de aferição e de casos positivos referenciados porque, quando as utentes são referenciadas diretamente para o hospital, a ARS deixa de ter acesso aos resultados dos exames de diagnóstico.”*

- Esta informação é errada porque a AOA tem capacidade de efetuar consultas de aferição, foi decidido há anos que o melhor para as utentes e para o RCM seria as consultas de aferição passarem para um contexto hospitalar, passando as utentes a beneficiar de tempos de espera mais curtos, um maior leque de exames disponíveis à partida e por fim, benefício de proximidade da execução das consultas, face à localização (morada) das utentes.
- Por fim, acresce que a ARS **nunca** deixa de ter acesso aos resultados dos exames. A ARS como entidade promotora e coordenadora do RCM sabe e tem acesso a todas as informações das utentes referenciadas a consulta de aferição, exames, seguimento e eventual cirurgia/tratamento. Até porque, seguindo esta ideia, não teríamos como informar por exemplo, o número de biópsias realizadas.

Página 90

Onde se lê: *“Os sistemas de informação instalados nas ARS, incluindo o SiiMA Rastreios, geram muitas inconformidades nos dados reportados (Exemplo: a ARS Algarve refere que no RCM, se uma mulher for excluída do rastreio por dois motivos, o sistema gera duas exclusões influenciando assim a população elegível).”*

- Para RCM a ARS Algarve não usa o programa SiiMA Rastreios.

Página 95

Os dados de **2020**, entretanto, foram atualizados e são: 8.715 mulheres rastreadas. Número de consultas de aferição efetuadas: 124 consultas. Número de casos positivos referenciados: 35. Número de biópsias efetuadas: 42. Esta situação ocorre devido á contínua atualização de dados à medida que chegam dados e resultados pendentes e que se referem ao período de tempo em causa para cada rastreio.

Considerações finais

As principais limitações ao acompanhamento da área oncológica (e outras) decorrem dos sistemas de informação e a ausência de uma ferramenta de *business intelligence* que combine a necessidade de automatização da análise e da apresentação de resultados – hoje asseguradas em Excel e praticamente de forma manual, muito consumidora de tempo – que garanta maior rigor, utilidade, comunicabilidade, inteligibilidade e rapidez de acesso à informação. Dessa forma permitir-nos-ia não apenas obter os *outputs* para períodos mensais, trimestrais,..., mas a visão a cada dado momento, sobretudo no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários, para que pudesse ser utilizada pelos Conselhos Clínicos e de Saúde e coordenadores das unidades funcionais, estes últimos para o acompanhamento e gestão quotidiana.

O Tribunal de Contas foca ainda a necessidade de segregação dos TMRG de algumas patologias oncológicas, diferenciando positivamente as que têm tempos de evolução mais rápidos e que, por isso, devam ter uma resposta ainda mais célere. Embora o tempo mais elevado corresponda já a 30 e 60 dias para a prioridade normal, designadamente para primeira consulta e para a cirurgia, devem ser os Colégios da Ordem dos Médicos, e peritos, a propor estes tempos, analisando como fizeram os outros países que já introduziram tempos mais curtos para algumas patologias oncológicas.

Outra evolução que se considera necessária e urgente, passa precisamente pela possibilidade de identificação nos sistemas clínicos, nos pedidos de primeira consulta (seja com origem nos CSP, seja inter e intra-hospitalar), da eventual suspeita oncológica e definir tempos específicos para essa triagem/ agendamento da consulta e, com isso, permitir a monitorização deste acesso à consulta, que, de outra forma, não é possível.

Com os melhores cumprimentos, pessoais,

Paulo Morgado

Presidente do Conselho Diretivo da ARS Algarve, I.P.

President of the Executive Board - Algarve Health Institute, CEO



Administração Regional de Saúde do Algarve I.P.
E.N. 125 Sítio das Figuras, Lote 1, 2.º andar, 8005-145 Faro, Portugal
Telef: +351 289 889 900 Fax: +351 289 807 405

www.arsalgarve.min-saude.pt

PENSE ANTES DE IMPRIMIR ; Think before Printing

