III.4 – OS RESULTADOS E IMPACTO DA RNCCI

Neste capítulo são apresentados e analisados os resultados obtidos a partir das informações provenientes das declarações das entidades prestadoras da RNCCI e das declarações das equipas de Coordenação Local (ECL).

Assim, as fontes de dados provêm dos registos correspondentes às propostas de admissão na RNCCI declarados pelas ECL e tratados pela equipa técnica da UMCCI. Por outro lado, os dados de actividade das unidades de internamento provêm das declarações mensais efectuadas pelas unidades de internamento em funcioanmento através do Relatório de Informação Mensal, nomeadamente *RIM*, que abrange os dados de actividade, despesas e pessoal incluídos nos anexos 4 e 5 dos contratos celebrados com as entidades prestadoras da RNCCI.

O período que abrange as informações inclui os meses de Novembro de 2006 até Abril de 2007.

Assim, este capítulo inclui a descrição e análise:

- ✓ das propostas de admissão na RNCCI;
- ✓ do acesso à RNCCI;
- ✓ das características dos cidadãos apoiados;
- ✓ da actividade das unidades prestadoras;
- ✓ das dotações de pessoal declaradas pelas unidades prestadoras;
- ✓ das despesas declaradas pelas unidades prestadoras.

1 – Caracterização dos utentes referenciados para a RNCCI

1.1 - Caracterização das propostas de admissão na RNCCI

Neste capítulo apresentam-se os resultados obtidos da análise de dados realizada pela equipa da UMCCI a partir das informações recolhidas pelas Equipas Coordenadoras Locais (ECL) relativas aos processos de referenciação para a Rede. Os conteúdos visam oferecer um resumo da caracterização das propostas de admissão na RNCCI e do processo de gestão das referenciações desenvolvidas no período compreendido entre Novembro de 2006 até Abril de 2007. Neste período foram recolhidos, tal como já se referiu, registos de 2.074 processos de referenciação para a Rede. Deste total, 179 apresentaram dados incoerentes ou preenchimento muito incompleto, pelo que não foram considerados na análise.

O tratamento dos dados dos 1.895 processos teve como principais limitações, entre outras, o facto de não haver registo sistemático das habilitações literárias dos utentes, que nos leva a não apresentar conclusões sobre esta matéria, e a ausência frequente da data em que as EGA ou CS procederam à referenciação para a ECL (cerca de 20% dos casos), o que não impediu conclusões por se considerar que os dados presentes poderiam ter algum significado.

Assim são apresentados os dados globais relativos aos motivos de proposta de admissão, a distribuição das propostas de admissão por tipo de entidade referenciadora.

1.1.1 - Motivos das propostas de admissão na RNCCI

Entre os motivos de propostas de ingresso na Rede encontram-se:

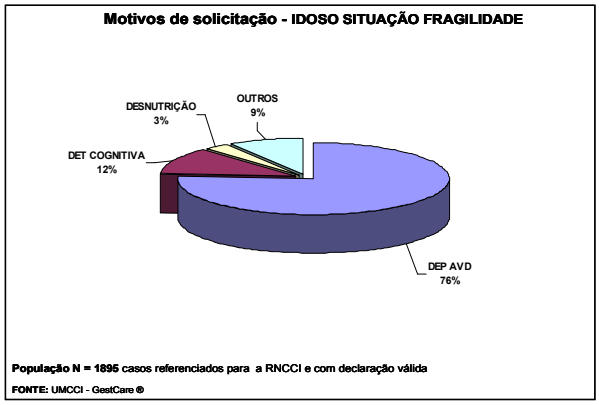
- Necessidade de continuidade de cuidados (54% dos utentes referenciados);
- Dependência em AVD (46% dos utentes referenciados);
- Necessidade de vigilância e tratamentos complexos (43% dos utentes referenciados);
- Necessidade de ensino ao utente e/ou cuidador informal (35% dos utentes referenciados) e,
- Doença crónica com episódio de agudização (12% dos utentes referenciados).

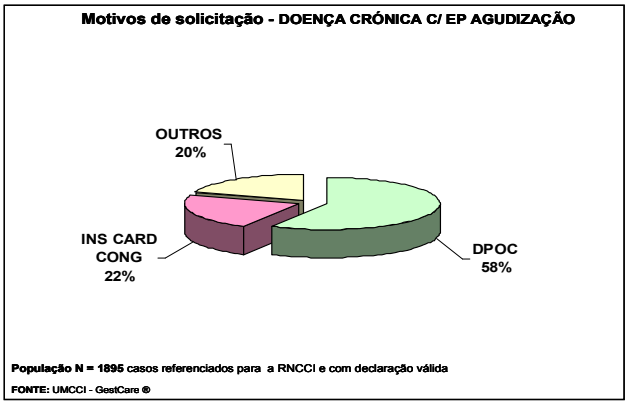
Cada um dos utentes referenciados pode abranger mais de um motivo de admissão.

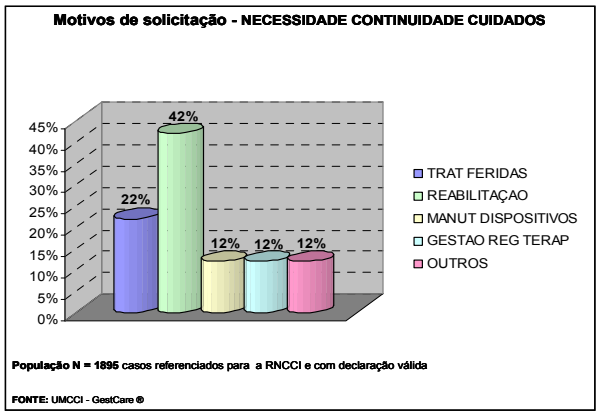
Nos motivos de pedidos de ingresso na Rede, destacam-se a necessidade de vigilância e cuidados de Saúde (tratamentos pós-agudos), o que confirma o perfil da tipologia para a qual houve maior referenciação – a Convalescença. De destacar o elevado número de úlceras de pressão identificadas (436 casos) com origem sobretudo hospitalar. Esta é uma situação a monitorizar no futuro com particular atenção.

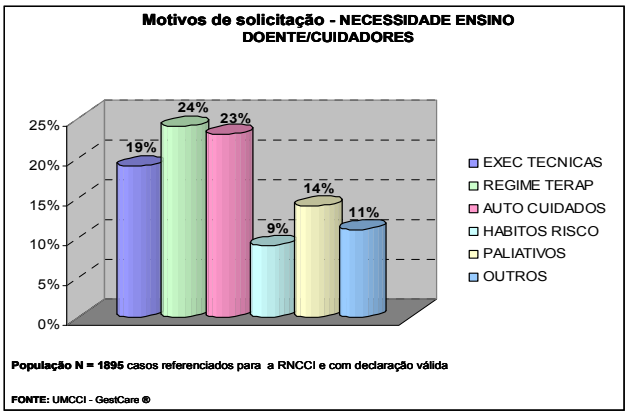
No gráfico n.º 5 apresenta-se uma análise detalhada dos motivos de propostas de admissão em cada um dos cinco grandes grupos de motivos apresentados.

Gráfico n.º 1. Motivos das propostas de admissão na RNCCI (Novembro 2006- Abril 2007)









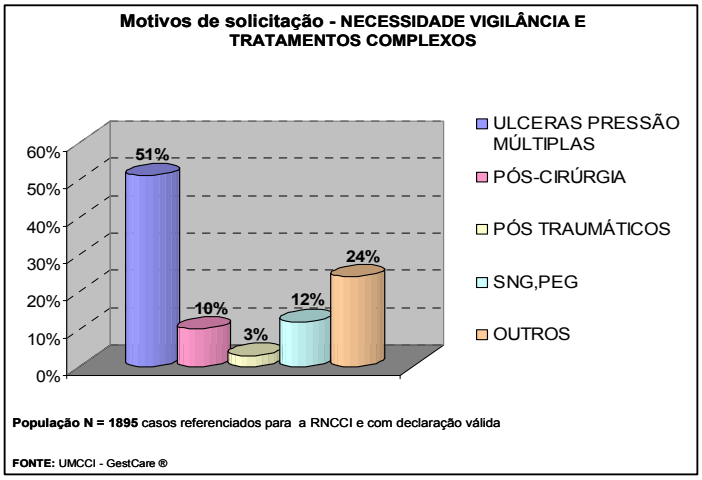
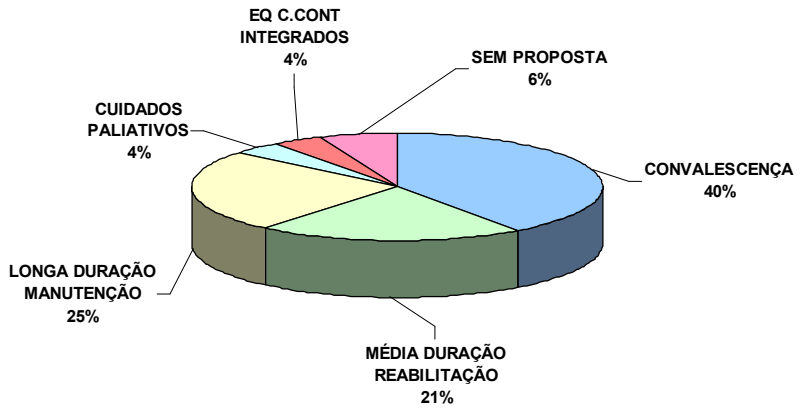


Gráfico n.º 2. Distribuição em percentagem das propostas de admissão por tipologia da RNCCI proposta (Novembro 2006 – Abril 2007)

Tipologias da RNCCI propostas



População N = 1895 casos referenciados para a RNCCI e com declaração válida

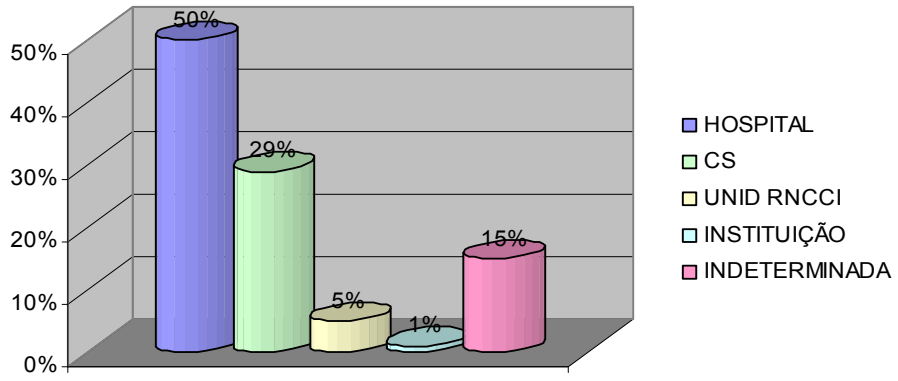
FONTE: UMCCI - GestCare ®

A maioria das propostas de admissão na RNCCI são para a tipologia de internamento de Convalescença (40% das propostas de admissão), seguidas das tipologias de Longa Duração e Manutenção (25% das propostas) e Média Duração e Reabilitação (21%) das propostas. As propostas para internamento em unidades de Cuidados Paliativos reúnem 4% das propostas.

A distribuição da referenciação para as tipologias da Rede apresenta um perfil equilibrado em relação à oferta, com excepção das tipologias de Cuidados Paliativos, onde se verifica um número diminuto de respostas contratadas, quer de unidades de internamento, quer de equipas de suporte em ambulatório, o que explica o número baixo de utentes referenciados.

Gráfico n.º 3. Distribuição em percentagem das propostas de admissão na RNCCI por entidade referenciadora (Novembro 2006- Abril 2007)

Entidade referenciadora para a RNCCI



População N = 1895 casos referenciados para a RNCCI e com declaração válida

FONTE: UMCCI - GestCare ®

O gráfico n.º 7 apresenta a distribuição dos pedidos de admissão na RNCCI reportados pelas ECL. A principal **entidade referenciadora** foi o hospital de agudos (50% dos casos), logo seguida dos centros de saúde (29%). Nos "indeterminados" poderão estar incluídas todas as situações de transição das Unidades de Apoio Integrado, algumas das quais já foram reconvertidas para as novas tipologias de cuidados continuados.

1.2 - Caracterização social dos utentes referenciados para a RNCCI

A caracterização social apresentada refere-se à situação dos utentes propostos ou referenciados para a RNCCI antes do episódio que desencadeou ou agravou a sua situação de dependência e que motivou a referenciação para a RNCCI.

Esta caracterização é realizada através da distribuição percentual de casos referenciados, relativamente à situação de convivência, estado civil, necessidade ou não de apoio e tipo de apoio que recebiam.

1.2.1. Utentes referenciados por situação de convivência

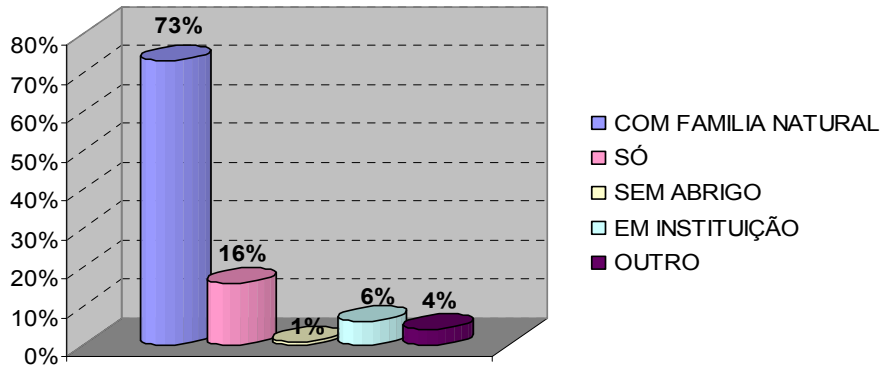
Na distribuição dos casos referenciados para a RNCCI por situação de convivência (gráfico n.º 8), observa-se que 73% são pessoas que vivem com a sua família natural.

Destaca-se:

- ✓ A percentagem de utentes que vive só: 16%.

Gráfico n.º 4. Distribuição em percentagem dos utentes referenciados para a RNCCI por situação de convivência (Novembro 2006 - Abril 2007)

Distribuição de Utentes RNCCI – com quem vive



População N = 1895 casos referenciados para a RNCCI e com declaração válida

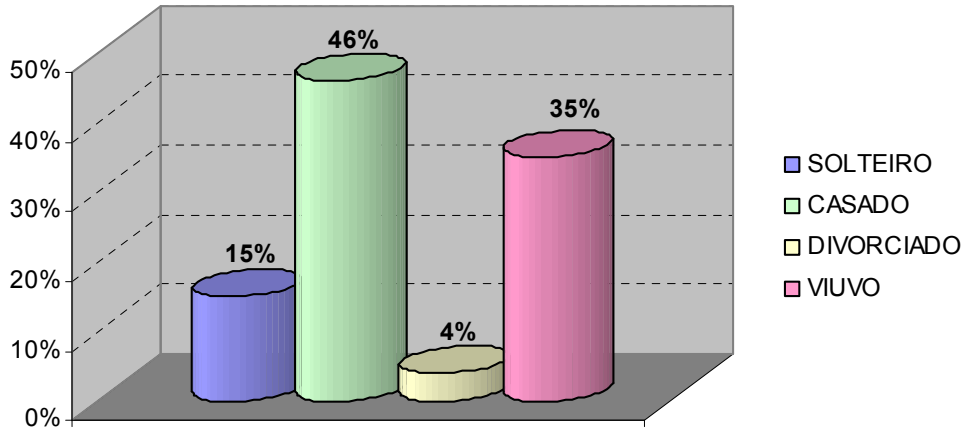
FONTE: UMCCI - GestCare ®

1.2.2. Utentes referenciados por estado civil

Na distribuição dos casos referenciados para a RNCCI por estado civil (gráfico n.º 9), observa-se que a maior percentagem é a de pessoas casadas com 46% sobre o total.

Gráfico n.º 5. Distribuição em percentagem dos utentes referenciados para a RNCCI por estado civil (Novembro 2006 - Abril 2007)

Distribuição de Utentes RNCCI – estado civil



População N = 1895 casos referenciados para a RNCCI e com declaração válida

FONTE: UMCCI - GestCare ®

Destaca-se:

- ✓ A percentagem de utentes viúvos: 35%.
- ✓ A percentagem de solteiros: 15%.

1.2.3. Utentes referenciados por tipo de apoio recebido

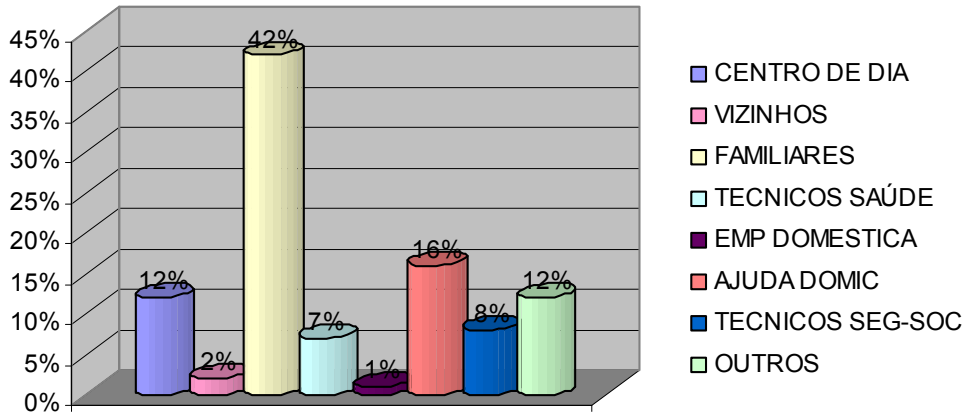
Do total dos utentes referenciados para a Rede entre Novembro de 2006 e Abril de 2007, a sua situação à entrada da Rede foi identificada da seguinte forma: 59% necessitaram de várias formas de apoio sendo que, entre estes, o 'apoio dos familiares' liderou (representa 42% entre os utentes que recebem apoio) logo seguido de cuidados domiciliários (16% dos utentes que recebem apoio).

O Centro de Dia representa a entidade prestadora de apoio para um 12% dos utentes referenciados que recebem apoio. Também é fornecido apoio por técnicos da Segurança Social para 12% dos utentes que recebem apoio.

De registar que 41% dos utentes referenciados não necessitaram de qualquer tipo de apoio. Assim, conclui-se que a rede social (centros de dia e cuidados domiciliários) e os familiares constituem os principais suportes dos utentes referenciados para a RNCCI.

Gráfico n.º 6. Distribuição em percentagem dos utentes referenciados para a RNCCI com e sem apoio (Novembro 2006- Abril 2007)

Distribuição de Utentes RNCCI – de quem recebe apoio



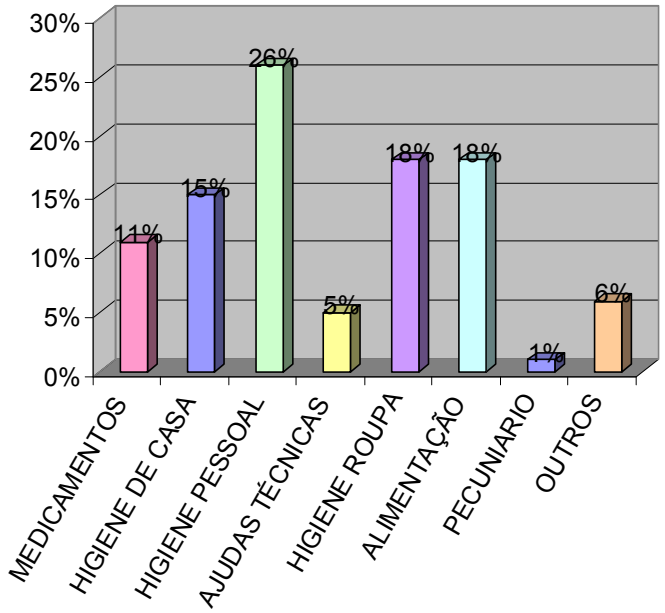
População N = 1895 casos referenciados para a RNCCI e com declaração válida

FONTE: UMCCI - GestCare ®

Entre o tipo de apoio que recebem os utentes referenciados para a RNCCI destacam-se a higiene pessoal (26%), a alimentação (18%) e a higiene de roupa (18%) (gráfico n.º 11).

Gráfico n.º 7 Distribuição em percentagem dos utentes referenciados para a RNCCI por tipo de apoio que recebem (Novembro 2006- Abril 2007)

Distribuição de Utentes RNCCI – tipo de apoio que recebe



População N = 1895 casos referenciados para a RNCCI e com declaração válida

FONTE: UMCCI - GestCare ®

1.3 - Caracterização do acesso à RNCCI

Neste capítulo apresentam-se os tempos médios utilizados entre o momento da recepção pelas equipas de Coordenação Local (ECL) da proposta de admissão na RNCCI enviadas pelas equipas de Gestão de Altas (EGA) dos hospitais e os tempos médios entre a resolução de admissão de um utente na RNCCI por parte da ECL e o momento de entrada numa unidade da RNCCI.

No primeiro caso o tempo médio do processo de trabalho da ECL entre a proposta por parte de uma EGA e a resolução situa-se em 3 dias.

A demora média, em dias, entre a resolução da ECL e o momento do internamento numa unidade da RNCCI também reportado pelos dados das próprias ECL é de 3 dias.

O tempo actual para a gestão da admissão na RNCCI foi identificado como um constrangimento e sugeriu-se (*focus group)* a necessidade de agilizar o processo entre o pedido de entrada para a RNCCI, a decisão e a data efectiva da entrada. Os contributos realizados pelas ECR indicam que os profissionais consideram que os circuitos burocráticos demasiado pesados. Aponta-se ainda como constrangimento a dificuldade dos profissionais que integram as ECL em trabalhar a tempo inteiro na RNCCI.

Por parte das informações qualitativas resumidas para a elaboração deste estudo identifica-se a dificuldade na articulação das ECL com as instituições pelo facto de se restringir à sua área geográfica, circunscrita actualmente ao âmbito abrangido pelos centros de saúde.

Finalmente, foram reportados problemas de referenciação dos utentes nos distritos em que não existe Rede ou que carecem de algumas tipologias de internamento da RNCCI.

1.4 - Resumo

Na caracterização dos utentes referenciados para a RNCCI destaca-se, pelo volume de pedidos de admissão na RNCCI, a grande actividade desenvolvida pelas ECL.

Os dados obtidos a partir das declarações de propostas de admissão na Rede realizadas pelas ECL (identificadas como utentes propostos) permitem as seguintes observações:

A percentagem de utentes que vive só, situada em 16%, segundo as declarações de propostas de admissão na RNCCI realizadas pelas equipas de Coordenação Local (ECL). No entanto, a maioria dos utentes propostos para a RNCCI são casados (46%);

59% dos utentes propostos para ingressar na RNCCI recebiam, segundo as ECL, algum tipo de apoio no momento da referenciação. São os familiares que na maioria dos casos (42%) fornecem o suporte para a maioria das pessoas. Entre os tipos de apoio que recebem os utentes destacam-se: a higiene pessoal, a alimentação e a higiene de roupa (26%, 18% e 18% respectivamente).

Entre os motivos de pedido da admissão na RNCCI **destacam-se os casos relativos à saúde, seja por agudização de uma doença crónica ou por motivo de vigilância e aplicação de tratamento.**

A **grande procura da tipologia de internamento de Convalescença**, que acumula 40% do total de propostas de admissão.

Por seu turno, as principais entidades referenciadoras para a RNCCI são os hospitais (50% das propostas) e os centros de saúde (29%).

Os tempos empregues na gestão dos pedidos de admissão e a entrada efectiva na RNCCI situa-se num total de 6 dias de média. A demora média entre os níveis de referenciação merece uma monitorização mais próxima no futuro.

2. Características dos utentes das unidades de internamento da RNCCI

Neste capítulo são apresentados e analisados os resultados de actividade das unidades de internamento da RNCCI obtidos a partir das declarações provenientes das declarações mensais de cada uma das unidades das diferentes tipologias de internamento, através do Relatório de Informação Mensal, nomeadamente *RIM*, o qual abrange os dados de actividade, despesas e pessoal incluídos nos anexos 4 e 5 dos contratos celebrados com as entidades prestadoras da RNCCI.

As informações obtidas derivam das declarações *RIM* efectuadas pelas unidades para os meses em funcionamento no período compreendido entre Novembro de 2006 até Abril de 2007.

Para evitar um possível efeito de distorção na obtenção de resultados, especialmente os relativos a actividade, foram excluídos da amostra os primeiros meses de funcionamento de cada unidade com RIM declarado.

Para a realização do estudo, determinou-se o dia 23 de Maio de 2007 como data limite de recepção de *RIM* na UMCCI.

Nessa altura, as unidades que tinham iniciado funcionamento eram um total de 55, as quais acumularam entre o mês de Novembro de 2006 a Abril de 2007 um total de 272 meses de funcionamento. Assim, o número de declarações *RIM* esperadas coincidem com o número total de meses em funcionamento no período: 272 declarações.

Não obstante, até 23 de Maio de 2007 foram somente 48 as unidades que efectuaram alguma declaração mensal de informação relativa ao período de funcionamento compreendido entre Novembro de 2006 e Abril de 2008 (87% das unidades em funcionamento), as quais realizaram um total de 207 declarações (isto é 76% das declarações previstas ou dos meses de funcionamento a declarar) (consultar Quadro n.º 19 e anexo 4).

Quadro n.º 1. Universo total de declarações RIM previstas e recebidas na UMCCI (Novembro 2006 - Abril 2007), por tipologia de internamento

Composição do universo da amostra incluído no período Novembro 2006 – Abril 2007 por tipologia de internamento da RNCCI						
	N.º total de unidades e meses a declarar		**N.º de unidades que efectuaram declaração e número de meses declarados**			
Tipologia de internamento	**N.º unidades em funcionamento[1]**	**N.º meses a declarar[2]**	**N.º unidades em funcionamento com *RIM* [3]**	**N.º meses declarados via *RIM* [4]**	**% unidades em funcionamento com declaração via RIM**	**% meses declarados via RIM**
Unidade de Convalescença	16	77	14	60	88%	78%
Unidade de Média Duração e Reabilitação	16	80	14	61	88%	76%
Unidade de Longa Duração e Manutenção	20	101	18	77	90%	76%
Unidade de Cuidados Paliativos	3	14	2	9	67%	64%
Total	**55**	**272**	**48**	**207**	87%	76%

[1] Número total de unidades em funcionamento entre Novembro de 2006 e Abril de 2007 e, portanto, com obrigação contratual de declaração do Registo de Informação Mensal (RIM), por tipologia de cuidados.

[2] Número total de meses de funcionamento entre Novembro de 2006 e Abril de 2007 das unidades de internamento e, portanto, número total de declarações RIM esperadas, por tipologia de cuidados.

[3] Número de unidades que efectuaram alguma declaração RIM no período compreendido entre Novembro de 2006 e Abril de 2007, por tipologia de cuidados.

[4] Número total de declarações RIM, por tipologia de cuidados, isto é, número total de meses em que foram declaradas informações mensais via RIM, por tipologia de cuidados.

Fonte: RIM Novembro 2006 – Abril 2007

DADOS INCLUÍDOS NO ESTUDO

Para o tratamento da informação, foi realizada uma análise e validação das declarações recebidas.

Assim, a amostra tratada com informação consistente compreende o número de unidades em funcionamento entre Novembro de 2006 e Abril de 2007[1] que efectuaram alguma declaração consistente *versus* o número total de meses de funcionamento das unidades com declaração de informação mensal (RIM). Nesta análise foram excluídos os meses correspondentes ao primeiro mês de funcionamento.

A amostra tratada compreende desta forma um total de 46 unidades que realizaram alguma declaração consistente (84% das unidades em funcionamento), num total de 189 declarações mensais recebidas com informação consistente (correspondentes, no total, a 49.904 dias de internamento). A distribuição das declarações incluídas na amostra, por tipologia de unidade de internamento, é a seguinte (ver quadro n.º 20):

- ✓ Convalescença: 14 unidades (88% das unidades em funcionamento), com um total de 58 meses declarados (RIM recebidos), isto é, com declaração de 75% do total de meses em funcionamento;
- ✓ Média Duração e Reabilitação: 14 unidades (88% do esperado) e um total de 58 meses declarados (73% do esperado);
- ✓ Longa Duração e Manutenção: 16 unidades (80% do esperado) e um total de 64 meses declarados (63% do esperado);
- ✓ Cuidados paliativos: 2 unidades (67% do esperado), neste caso abrangendo o período Janeiro – Abril 2007 pois anteriormente não existia nenhuma unidade em funcionamento, com um total de 9 meses declarados (64% do esperado).

[1] Cada unidade da RNCCI em funcionamento deverá efectuar declaração mensal dos anexos 4 e 5 dos contratos a partir do Registo de Informação Mensal. Assim, o número de meses declarados corresponde ao número de RIM recebidos pela UMCCI.

Quadro n.º 2. Número e percentagem de unidades e meses da amostra incluídas na análise de: utentes atendidos, utentes entrados e utentes saídos, no período compreendido entre Novembro 2006 – Abril 2007, por tipologia de internamento

Composição do universo da amostra na análise de utentes atendidos, utentes entrados, utentes saídos no período compreendido entre Novembro 2006 – Abril 2007, por tipologia de internamento						
Tipologia de internamento	**N.º unidades com informação**	**N.º meses com informação**	**N.º unidades a declarar**	**N.º meses totais a declarar**	**Percentagem de unidades com informação**	**Percentagem de meses com informação**
Unidade de Convalescença	14	58	16	77	88%	75%
Unidade de Média Duração e Reabilitação	14	58	16	80	88%	73%
Unidade de Longa Duração e Manutenção	16	64	20	101	80%	63%
Unidade de Cuidados Paliativos	2	9	3	14	67%	64%
Total	**46**	**189**	**55**	**272**	84%	69%

Fonte: UMCCI RIM recebidos até 23 de Maio de 2007 (período: Novembro 2006 a Abril 2007)

É importante **distinguir entre o conceito de utentes atendidos**, ou seja declarados como tratados por cada unidade, e o **conceito de utente entrado**, correspondente a um ingresso na unidade.

Para conhecer o número de utentes totais do período, a cada unidade foi acrescentado o número correspondente de utentes declarados no mês anterior como utentes internados no último dia do mês.

LIMITAÇÕES DA ANÁLISE

Dado o curto período de funcionamento das unidades, os resultados nesta etapa inicial devem ser entendidos como tendências. No entanto, permitem nesta fase a identificação de resultados não esperados (alarmes) que deverão aprofundar-se. Estes resultados não esperados têm especial importância já que assinalam pontos críticos nesta etapa inicial e, portanto, poderão ser reconduzidos a curto prazo.

Deve-se ainda destacar a importância de obter já nesta incipiente fase de desenvolvimento da RNCCI, em alguns casos, dados que podem ser contrastados com a opinião sentida, através dos contributos realizados pelos agentes da RNCCI nas visitas realizadas pela UMCCI e no exercício de *focus group.*

METODOLOGIA

Como já foi dito, as declarações *RIM* recebidas incluídas na amostra são aquelas que apresentavam dados consistentes.

Para evitar um possível efeito de distorção na obtenção de resultados foram ainda excluídos da amostra os primeiros meses de funcionamento de cada unidade com RIM apresentado.

Outros casos rejeitados foram os meses em que a unidade declarava a existência no último dia do mês de um número superior de utentes internados ao número de camas declarado para esse mês.

Excluíram-se ainda, no caso do cálculo das taxas de ocupação, os meses em que a unidade declarava um valor superior ao valor máximo possível, segundo o número de camas para o mês declarado.

2.1 - A cobertura populacional das unidades de internamento da RNCCI

A finalidade deste capítulo é visualizar a cobertura populacional atingida nas unidades de internamento da RNCCI nos primeiros seis meses de funcionamento (Novembro de 2006 a Abril de 2007) para o conjunto de utentes atendidos (tratados) segundo os casos declarados pelos prestadores.

Os dados apresentados provêm das declarações dos prestadores através dos diferentes relatórios mensais, nomeadamente *RIM.*

O total de casos declarados com informação consistente nesse período para o conjunto de tipologias é de 1.394 utentes tratados.

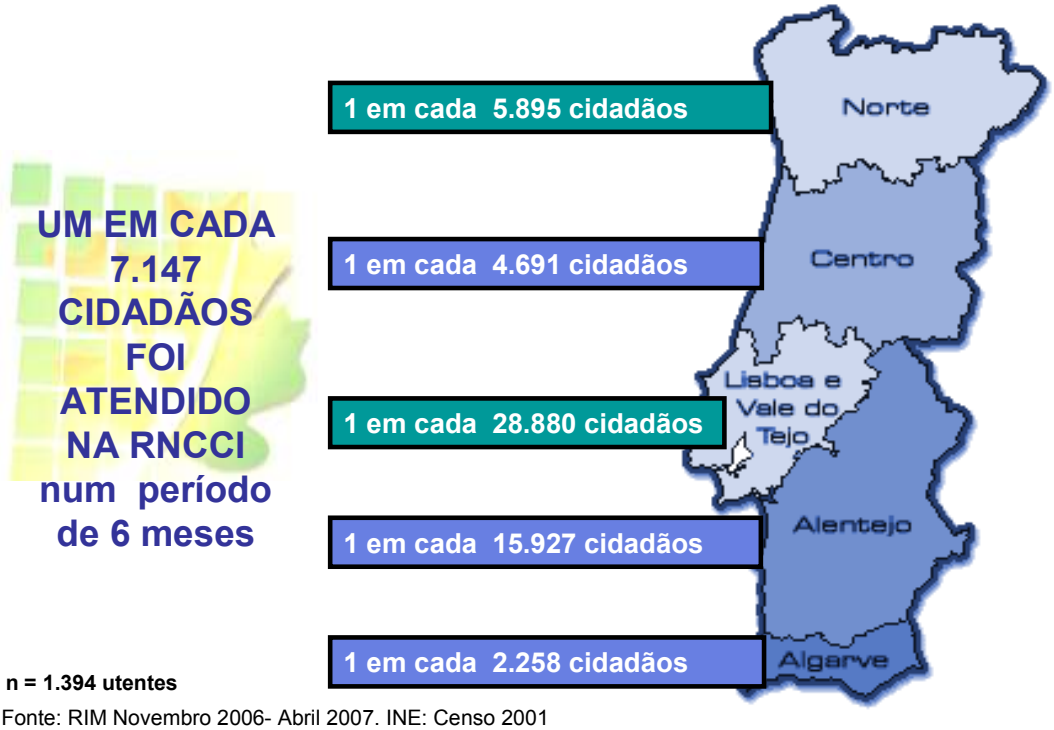
Os utentes atendidos na RNCCI nas unidades de internamento neste período de 6 meses mostram já uma **alta cobertura efectiva para o conjunto da população portuguesa** (ver mapa n.º 10). **Assim, 1 em cada 7.147 habitantes, segundo o Censo de 2001 (INE), foram já atendidos nas unidades de internamento da RNCCI.** Isso supõe que 0,01% do total da população foi atendida nas unidades de internamento da RNCCI.

O rácio efectivo de cobertura tem diferentes expressões por região. Estes resultados podem ser explicados basicamente pela diferente composição territorial da oferta, analisada neste documento em capítulos posteriores, e pelos diferentes graus de actividade declarados.

Observa-se que a região do Algarve atinge a maior cobertura, com 1 habitante atendido em cada 2.258 pessoas e que a menor cobertura ocorre na região de Lisboa e Vale do Tejo, com 1 habitante atendido por cada 28.880 pessoas.

Mapa n.º 1. Número de habitantes atendidos pela RNCCI no conjunto da população portuguesa (Censo 2001) (Novembro 2006- Abril 2007)

Cidadãos atendidos (tratados) pela RNCCI no conjunto da população



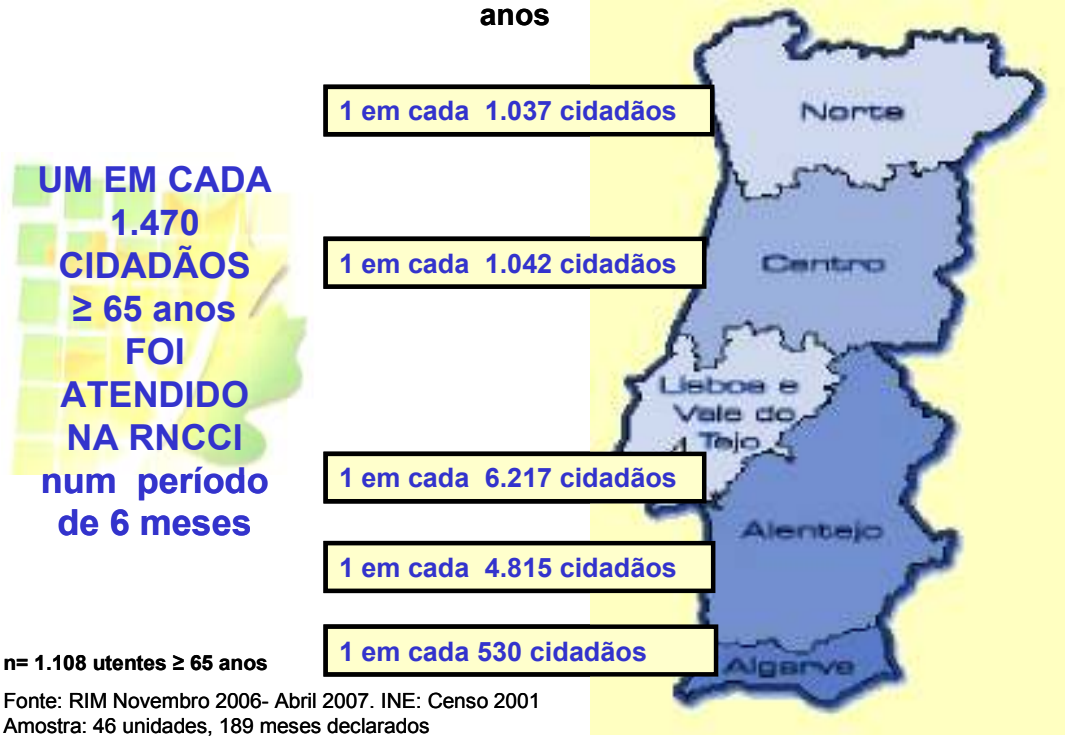
n = 1.394 utentes

Fonte: RIM Novembro 2006- Abril 2007. INE: Censo 2001
Amostra: 46 unidades, 189 meses declarados

Analisando os utentes atendidos na RNCCI com idade igual ou superior aos 65 anos verifica-se que **1 em cada 1.470 cidadãos com idade igual ou superior a 65 anos foi atendido na RNCCI** (mapa n.º 11), o que supõe que 0,07% do total da população igual ou maior de 65 anos foi atendida nas unidades de internamento da RNCCI.

Mapa n.º 2. Número de habitantes atendidos pela RNCCI com idade igual ou superior aos 65 anos no conjunto da população portuguesa (Censo 2001) (Novembro 2006-Abril 2007)

Cidadãos ≥ 65 anos tratados pela RNCCI no conjunto da população ≥ 65 anos



Fonte: RIM Novembro 2006- Abril 2007. INE: Censo 2001
Amostra: 46 unidades, 189 meses declarados

A análise neste caso também mostra diferenças entre regiões; situando-se a região do Algarve com o rácio maior, com 1 habitante com idade igual ou superior a 65 anos atendido por cada 530 pessoas maiores de 65 anos e, a região de Lisboa e Vale do Tejo com o menor rácio, com 1 habitante atendido na RNCCI para cada 6.217 pessoas com idade igual ou superior a 65 anos.

Observa-se a importância dos utentes atendidos nas unidades de internamento da RNCCI com idade igual ou superior aos 65 anos, já que constituem 80,2% do total dos utentes atendidos nestas unidades.

2.2. Utentes atendidos (tratados) nas unidades de internamento da RNCCI

O total de utentes declarados pelos prestadores como **atendidos (tratados)** nas unidades de internamento da RNCCI e com informação válida foi de **1.394 utentes**.

Abaixo, apresenta-se a fórmula de cálculo de utentes atendidos.

Utentes atendidos (tratados)= Número de utentes na unidade no último dia do mês anterior + número de utentes entrados na unidade no mês

O valor de 1.394 utentes atendidos corresponde ao número acumulado de utentes tratados nos meses declarados pelas unidades de internamento (total de 46 unidades e 189 meses declarados) e incluídos na amostra em estudo.

Do conjunto de *RIM* recebidos foram excluídos os meses em que a unidade declarava valores de utentes internados no último dia do mês na unidade, superiores à capacidade em número de camas. Por outro lado, acrescentaram-se os valores de utentes correspondentes aos provenientes do mês anterior para cada primeiro período (mês) declarado por cada unidade.

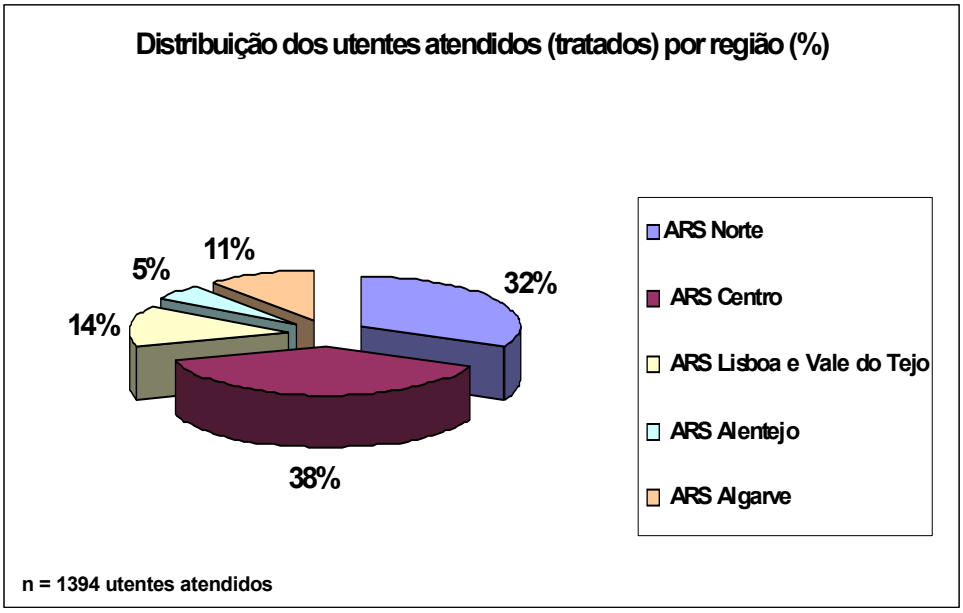
Foram excluídas da análise as unidades que declaravam num mês como valor zero os utentes atendidos e que no mês anterior declaravam utentes no último dia do mês.

2.2.1. Utentes atendidos (tratados), por região

A distribuição regional dos utentes não tem de ser homogénea pois estará sempre relacionada com a capacidade instalada que a RNCCI tenha em cada momento e em cada região. Por sua vez, a capacidade em cada região corresponde à implementação dos rácios segundo as necessidades previstas para a população. Assim, tal como apresenta o gráfico n.º 12, a distribuição dos utentes atendidos obtida para cada região, já nesta primeira etapa de implementação da RNCCI, é variável e está relacionada com o plano de implementação das experiências piloto.

Os dados obtidos, apresentados no gráfico n.º 12, mostram que a maior percentagem de utentes atendidos no semestre compreendido entre Novembro de 2006 até Abril de 2007 se encontra na região Centro, com 38% dos utentes atendidos, seguida da região Norte com 32%.

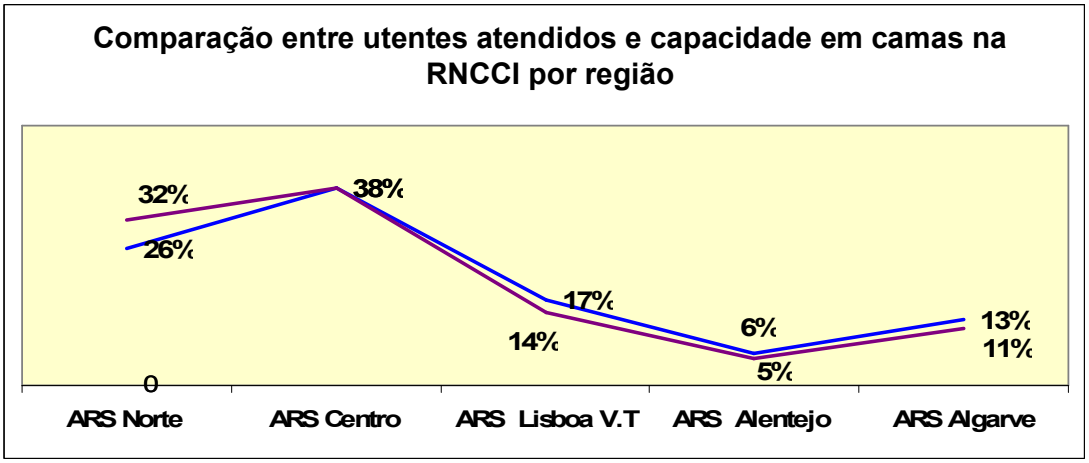
Gráfico n.º 8. Distribuição dos utentes atendidos nas unidades de internamento da RNCCI por região (Novembro 2006- Abril 2007)



Fonte: RIM Novembro 2006- Abril 2007
Amostra: 46 unidades, 189 meses declarados

As percentagens obtidas na distribuição dos utentes atendidos por região mostram uma equilibrada correlação (gráfico n.º 13) entre os utentes atendidos e a oferta em camas nas unidades de internamento. Este aspecto mostra que a utilização da oferta instalada foi equilibrada no conjunto das regiões.

Gráfico n.º 9. Comparação da percentagem de utentes atendidos na RNCCI e capacidade em camas contratadas por região



Fonte: RIM Novembro 2006- Abril 2007.CADCON Março 2007

% Utentes atendidos

% Capacidade em número de camas

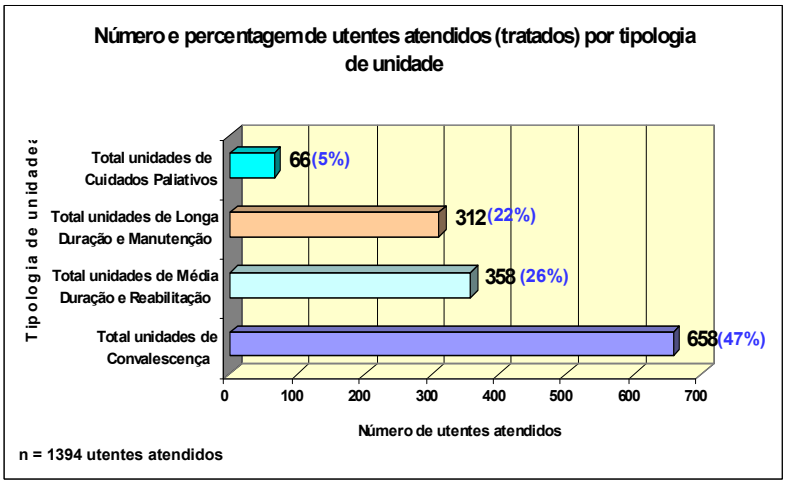
2.2.2. Utentes atendidos (tratados), por tipologia de internamento da RNCCI

No gráfico n.º 14 podem-se observar os resultados da distribuição do total de utentes atendidos (tratados) analisados no estudo, por tipologia de internamento:

- ✓ As unidades de Convalescença abrangem 47% do total de utentes tratados;
- ✓ As unidades de Média Duração e Reabilitação, 26% do total de utentes tratados;
- ✓ As unidades de Longa Duração e Manutenção, 22% do total de utentes tratados;
- ✓ As unidades de Cuidados Paliativos, 5% do total de utentes tratados.

Tal como já comentámos, os resultados devem ser proporcionais à capacidade instalada.

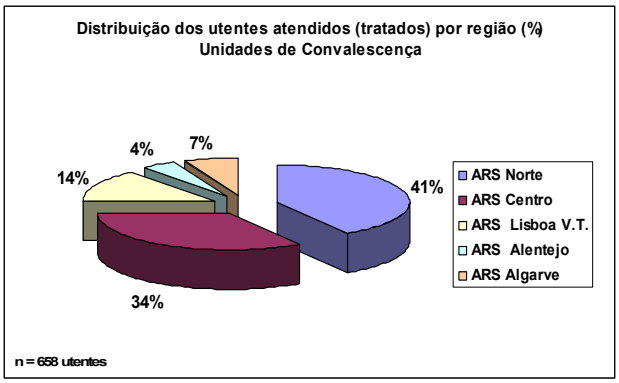
Gráfico n.º 10. Distribuição em número e percentagem dos utentes atendidos nas unidades de internamento da RNCCI por tipologias de unidades (Novembro 2006- Abril 2007)



Fonte: RIM Novembro 2006- Abril 2007
Amostra: 46 unidades, 189 meses declarados

Nos gráficos n.º 15 e 16, apresenta-se a distribuição dos utentes atendidos por região e tipologia de internamento da RNCCI.

Gráfico n.º 11. Distribuição em percentagem dos utentes atendidos por região nas Unidades de Convalescença e Cuidados Paliativos (Novembro 2006- Abril 2007)



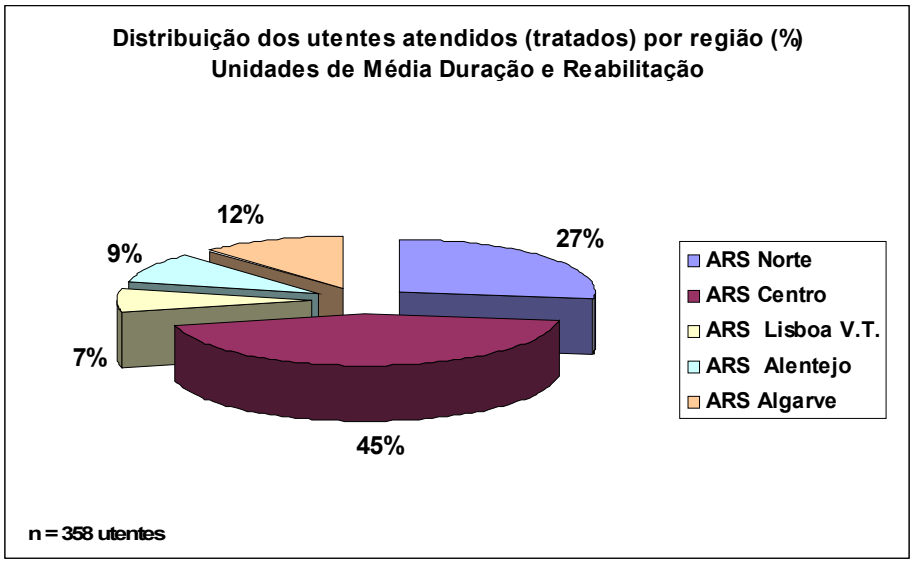
Fonte: RIM Novembro 2006- Abril 2007
Amostra: 14 unidades, 58 meses declarados

Unidades de Cuidados Paliativos na ARS Lisboa e Vale do Tejo

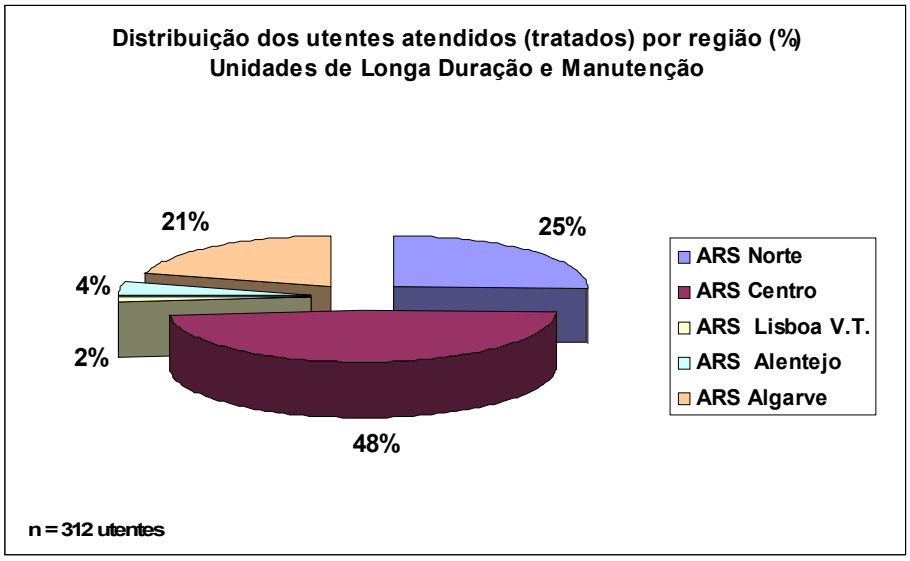
Número de utentes atendidos = 66 utentes

Fonte: RIM Janeiro- Abril 2007
Amostra: 2 unidades, 9 meses declarados

Gráfico n.º 12. Distribuição em percentagem dos utentes atendidos por região nas Unidades de Média Duração e Reabilitação e Longa Duração e Manutenção (Novembro de 2006 - Abril de 2007)



Fonte: RIM Novembro 2006- Abril 2007
Amostra: 14 unidades, 58 meses declarados



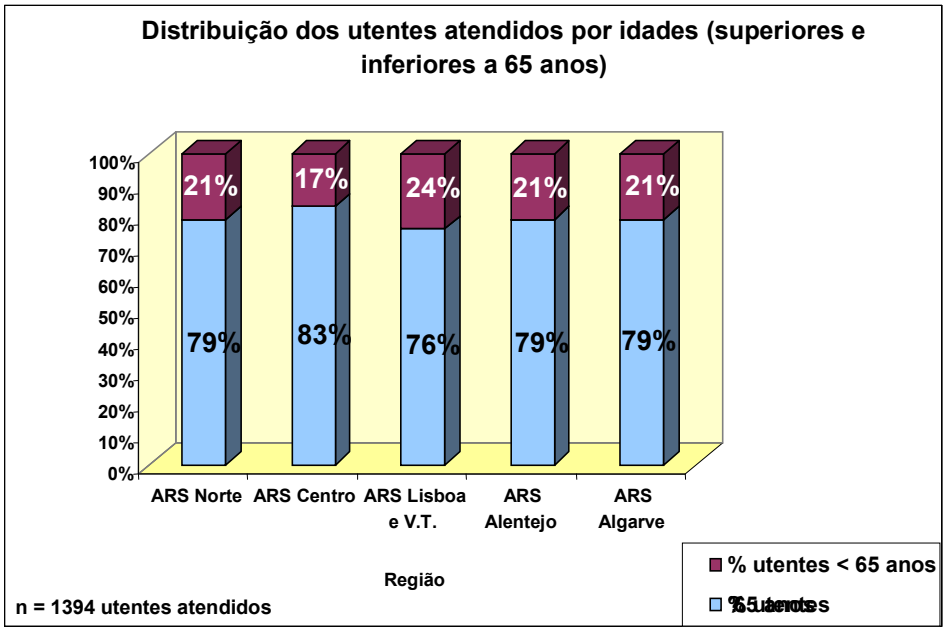
Fonte: RIM Novembro 2006- Abril 2007
Amostra: 16 unidades, 64 meses declarados

2.2.3. Utentes atendidos (tratados), por idade

Analisando a distribuição dos utentes atendidos (tratados) nas unidades de internamento da RNCCI incluídas no estudo constata-se, na distribuição dos utentes por idade inferior ou superior a 65 anos (gráfico n.º 17), um comportamento homogéneo entre as regiões.

As pessoas mais novas, com idade inferior a 65 anos, representam 20% do total dos utentes atendidos nas unidades de internamento da RNCCI.

Gráfico n.º 13. Distribuição em percentagem dos utentes atendidos nas tipologias de internamento da RNCCI, por idade (maior ou inferior a 65 anos) e por região (Novembro 2006 – Abril 2007)



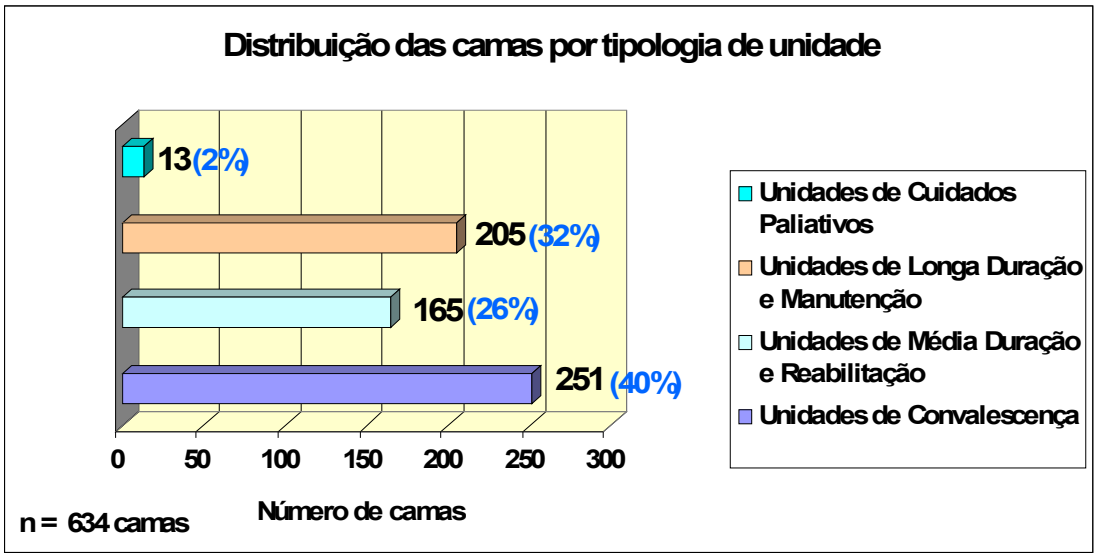
Fonte: RIM Novembro 2006 - Abril 2007
Amostra: 46 unidades, 189 meses declarados

2.3 – Procura versus Oferta

A capacidade total do estudo abrange **um total de 634 camas**, o que supõe que a análise abrange **71% do total da capacidade contratada no período na RNCCI**.

Os resultados apresentados no gráfico n.º 18 mostram que 40% das camas da amostra são da tipologia de Convalescença; seguida das da tipologia de Longa Duração e Reabilitação (32% das camas da amostra), das camas das unidades de Média Duração e Manutenção (26%) e, finalmente, de 2% para as unidades de Cuidados Paliativos.

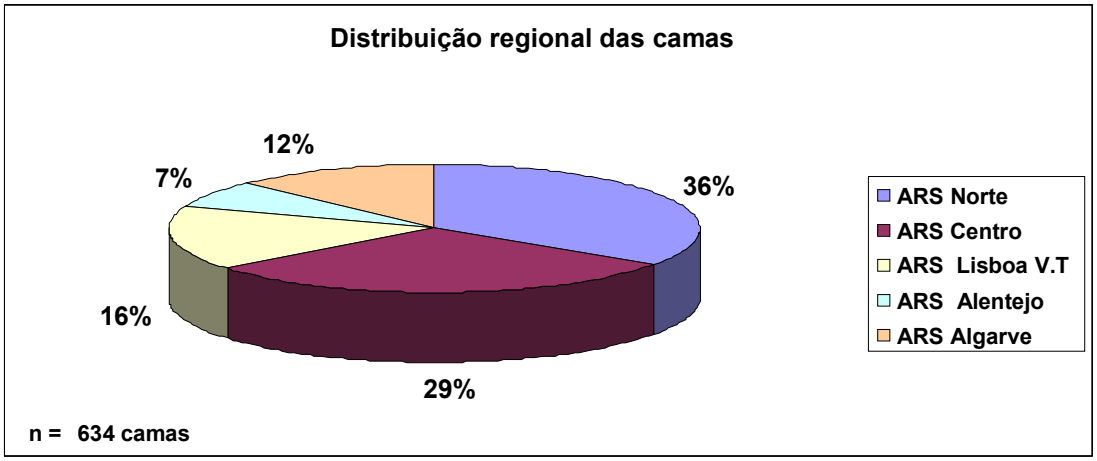
Gráfico n.º 14. Número e percentagem das camas incluídas na amostra, por tipologia de unidade de internamento da RNCCI (Novembro 2006 – Abril 2007)



Fonte: RIM Novembro 2006- Abril 2007
Amostra: 46 unidades, 189 meses declarados

A distribuição regional dessa lotação mostra-se no gráfico n.º 19.

Gráfico n.º 15. Distribuição em percentagem das camas incluídas na amostra por região (Novembro 2006 – Abril 2007)

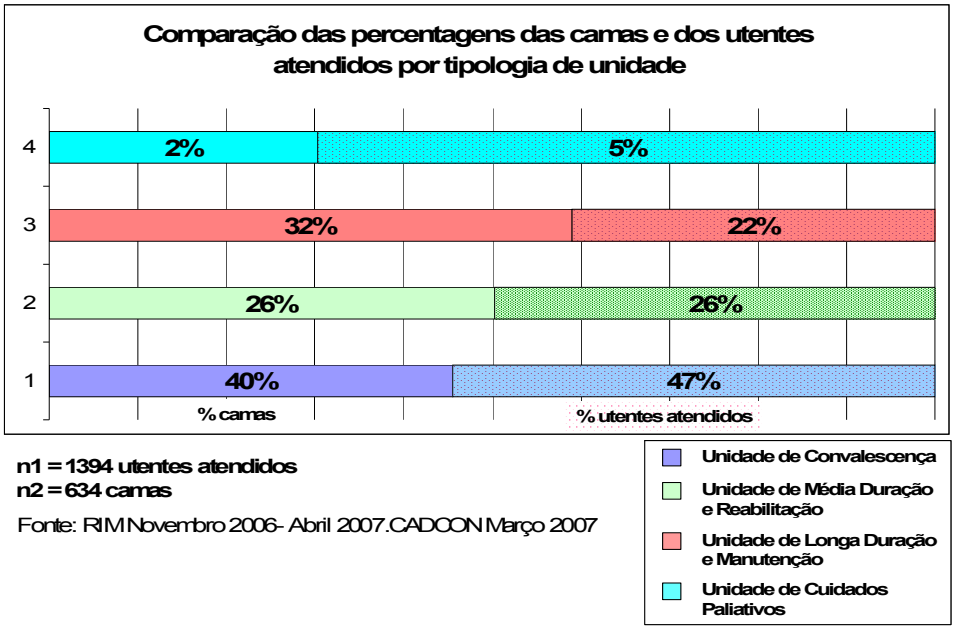


Fonte: RIM Novembro 2006 - Abril 2007
Amostra: 46 unidades, 189 meses declarados

A actual distribuição das unidades de internamento após seis meses de efectivo funcionamento apresenta uma clara dispersão geográfica das instituições, o que implica a oferta de internamentos em locais distantes dos domicílios dos utentes. Este aspecto foi reiterado como factor crítico para o trabalho das ECL e as referenciações das EGA. Os contributos realizados pelas ERC para a elaboração deste estudo indicam que as instituições preferem receber utentes da sua área de influência.

Analisando o número de utentes atendidos (entendido como valor de procura desta análise) e o número de camas (entendidas como valor da oferta da capacidade da RNCCI), os dados declarados pelos prestadores mostram que existe uma maior procura comparada com a capacidade instalada nas unidades de Média Duração e Reabilitação (gráfico n.º 20) ao contrário do que ocorre no caso das unidades de Convalescença.

Gráfico n.º 16 Comparação entre a distribuição das percentagens de utentes atendidos e de número de camas por tipologia de unidade de internamento da RNCCI



n1 = 1394 utentes atendidos
n2 = 634 camas

Fonte: RIM Novembro 2006- Abril 2007.CADCON Março 2007

Observa-se que **a capacidade instalada não é utilizada de forma homogénea em todas as tipologias.** Assim, a utilização relativa das unidades de Média Duração e Reabilitação e Cuidados Paliativos aparece como maior.

Estes dados indicam que as unidades de Média Duração e Reabilitação poderiam ter uma necessidade relativamente maior de camas que o resto das tipologias.

No entanto, estas observações têm de modular-se com os resultados obtidos da análise dos reinternamentos de utentes numa mesma tipologia (capítulo 2.7) sobre mobilidade na RNCCI e reinternamentos) onde, em média, cada utente com Bilhete de Identidade diferente apresenta 1,4 internamentos. Por sua vez, é na tipologia de Média Duração e Reabilitação onde se observa maior volume de reinternamentos.

2.4. Utentes entrados nas unidades de internamento da RNCCI

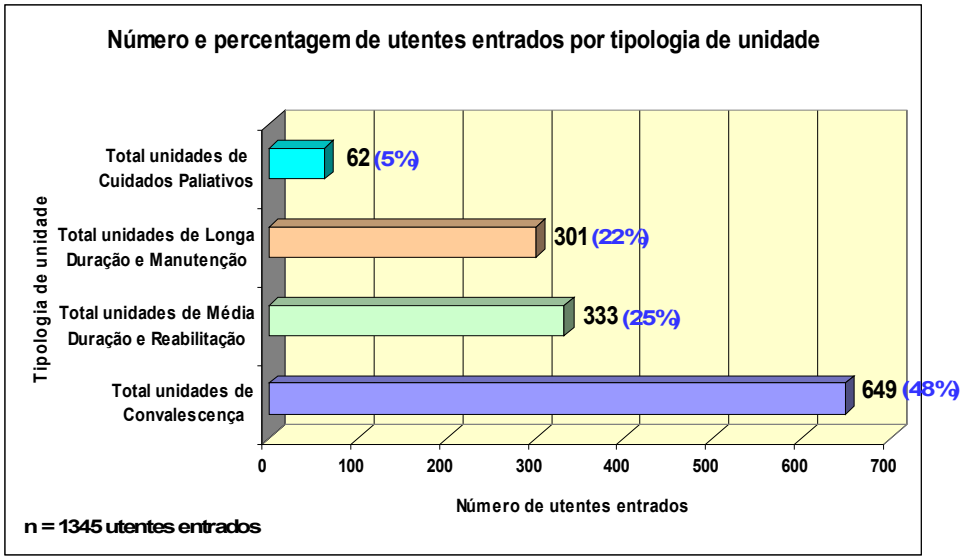
2.4.1 – Utentes entrados

O número de **novos utentes internados** nas unidades no período estudado vem definido pelo número de **utentes declarados como admitidos (entrados)**.

O total de utentes entrados com informação considerada válida é de 1.345.

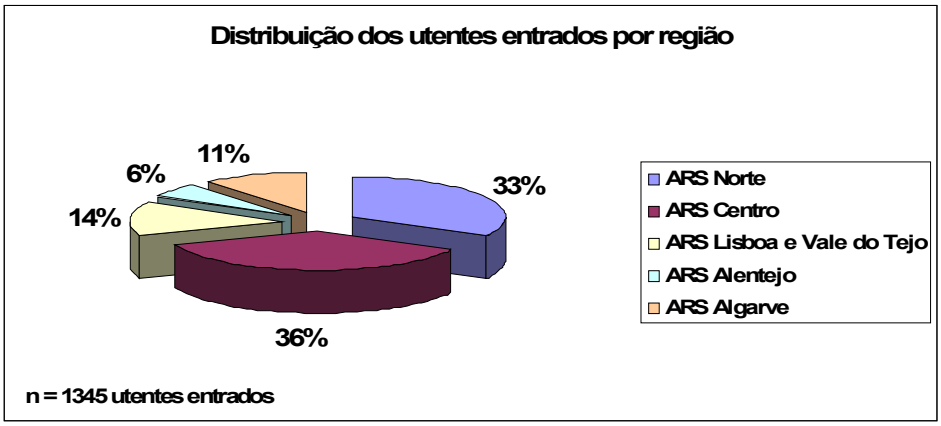
A distribuição dos mesmos segue o mesmo padrão que no caso dos utentes atendidos (ver gráfico n.º 21).

Gráfico n.º 17. Número e percentagem dos utentes entrados por tipologia de unidade de internamento da RNCCI (Novembro 2006 – Abril 2007)



Fonte: RIM Novembro 2006- Abril 2007
Amostra: 46 unidades, 189 meses declarados

Gráfico n.º 18. Percentagem dos utentes entrados nas unidades de internamento da RNCCI por região (Novembro 2006 – Abril 2007)

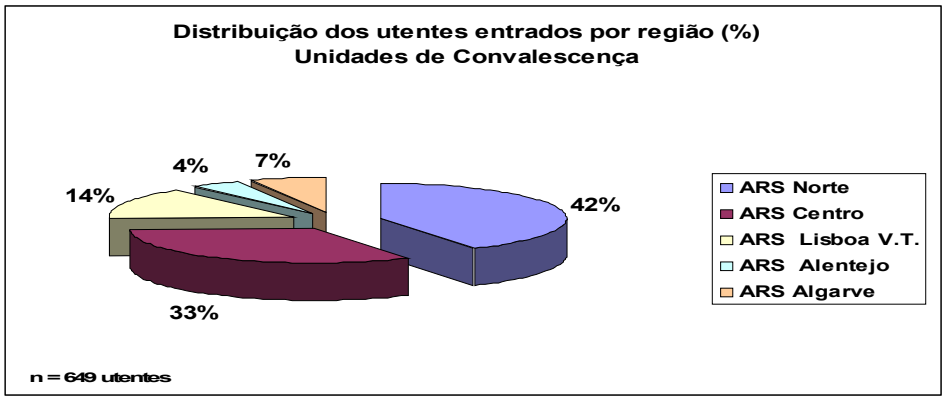


Fonte: RIM Novembro 2006- Abril 2007
Amostra: 46 unidades, 189 meses declarados

No caso da distribuição por região os resultados mostram também padrões similares aos obtidos na distribuição dos utentes atendidos.

A seguir, apresenta-se nos gráficos n.º 23 e n.º 24, a distribuição dos utentes entrados por região e tipologia de unidade.

Gráfico n.º 19 Distribuição em percentagem dos utentes entrados por região nas Unidades de Convalescença e Cuidados Paliativos da RNCCI (Novembro de 2006 e Abril de 2007)



Fonte: RIM Novembro 2006- Abril 2007
Amostra: 14 unidades, 58 meses declarados

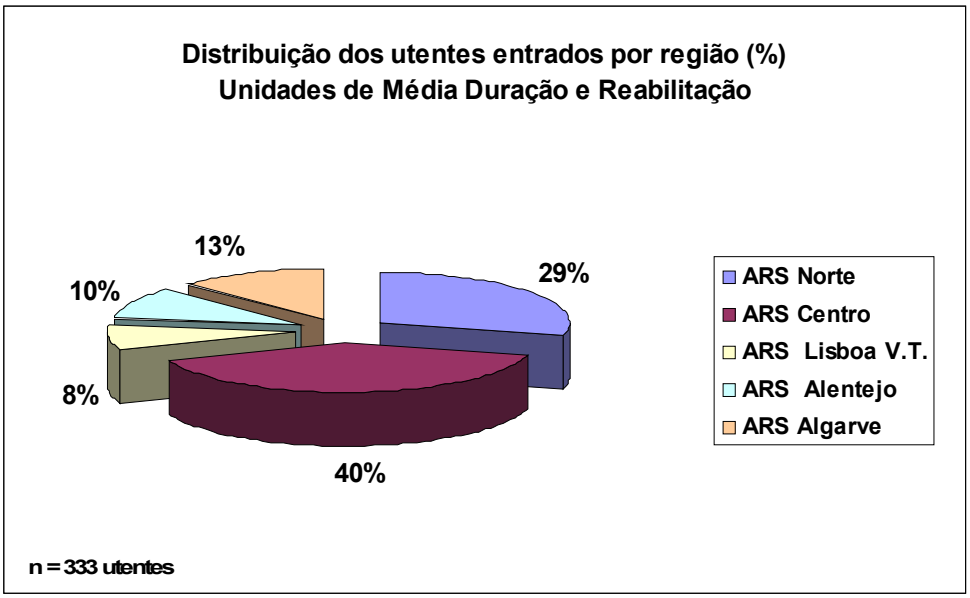
Unidades de Cuidados Paliativos na ARS Lisboa e Vale do Tejo

Número de utentes entrados = 62 utentes

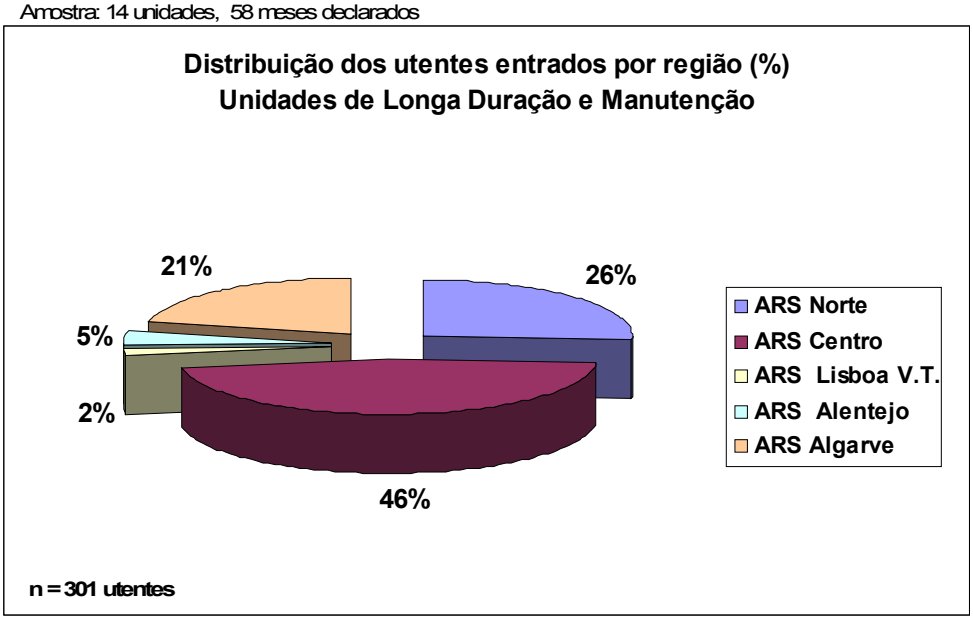
Fonte: RIM Janeiro- Abril 2007
Amostra: 2 unidades, 9 meses declarados

A distribuição dos novos utentes entrados por tipologia de unidade segue o mesmo padrão que no caso dos utentes atendidos.

Gráfico n.º 20. Distribuição em percentagem dos utentes entrados por região nas Unidades de Média Duração e Reabilitação e Longa Duração e Manutenção (Novembro de 2006 - Abril de 2007)



Fonte: RIM Novembro 2006- Abril 2007
Amostra: 14 unidades, 58 meses declarados



Fonte: RIM Novembro 2006- Abril 2007
Amostra: 16 unidades, 64 meses declarados

2.4.2 – Idade dos utentes entrados

As datas de nascimento são preenchidas pelos prestadores no momento do ingresso na unidade, por isso correspondem aos novos ingressos de utentes, nomeadamente *utentes entrados***.**

Foram excluídos da análise os registos dos utentes declarados como utentes entrados sem data de nascimento ou inconsistentes.

Uma vez que não estava disponível informação relativa à data de entrada de cada utente na unidade, o cálculo da idade dos utentes da amostra foi efectuado em referência ao dia 15 de Março de 2007.

A distribuição por faixas etárias apresentada no gráfico n.º 25 mostra a preponderância de utentes com idades superiores aos 70 anos; sendo as faixas entre 75-79 anos e 80-84 anos as mais importantes.

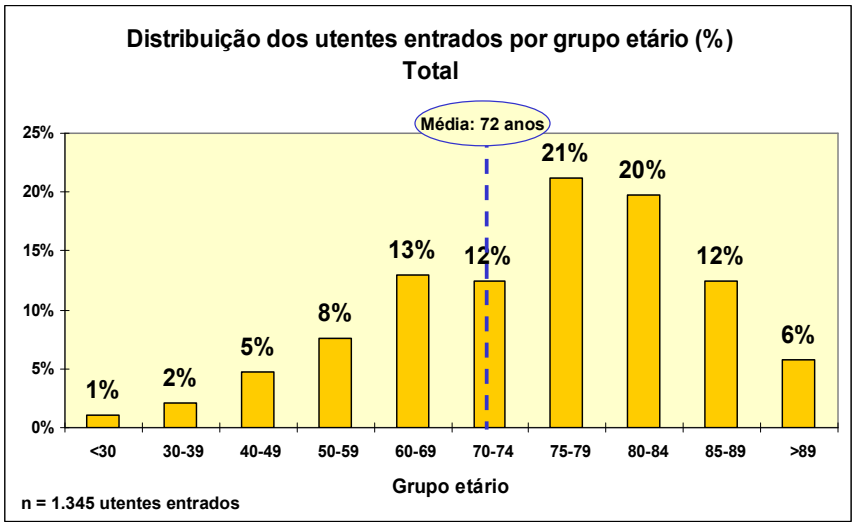
O volume de utentes com mais de 70 anos e menos de 80 supõe 34% do total. Os utentes com idade superior a 80 anos e inferior a 90 anos supõem 32% do total.

Assim, **a faixa de utentes com idade compreendida entre os 70 e 89 anos representa 66% total dos utentes**.

A idade média obtida situa-se nos 72 anos.

A destacar que os **utentes com idades inferiores aos 60 anos representam 16% do total.**

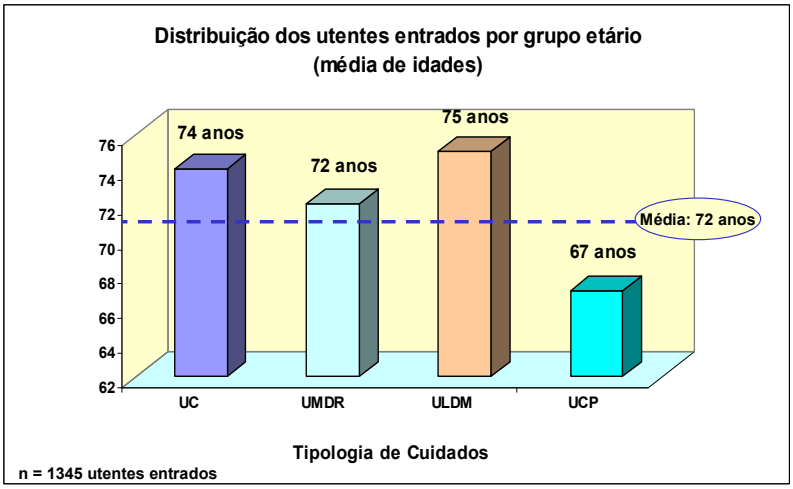
Gráfico n.º 21. Distribuição em percentagem dos utentes entrados nas unidades de internamento da RNCCI por faixa etária e idade média (Novembro 2006- Abril 2007)



Fonte: RIM Novembro 2006- Abril 2007
Amostra: 46 unidades, 189 meses declarados

No gráfico n.º 26 observa-se de forma clara a diferença na média de idades dos utentes das unidades de Cuidados Paliativos (67 anos), claramente mais baixa que nas demais unidades da RNCCI.

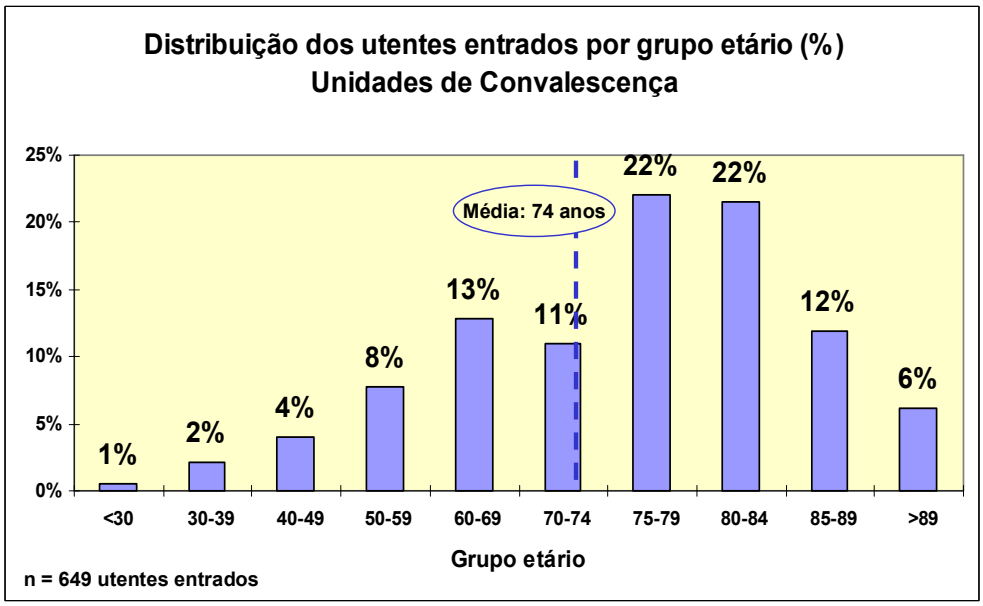
Gráfico n.º 22. Idades médias dos utentes entrados na RNCCI por tipologia de unidade de internamento (Novembro 2006- Abril 2007)



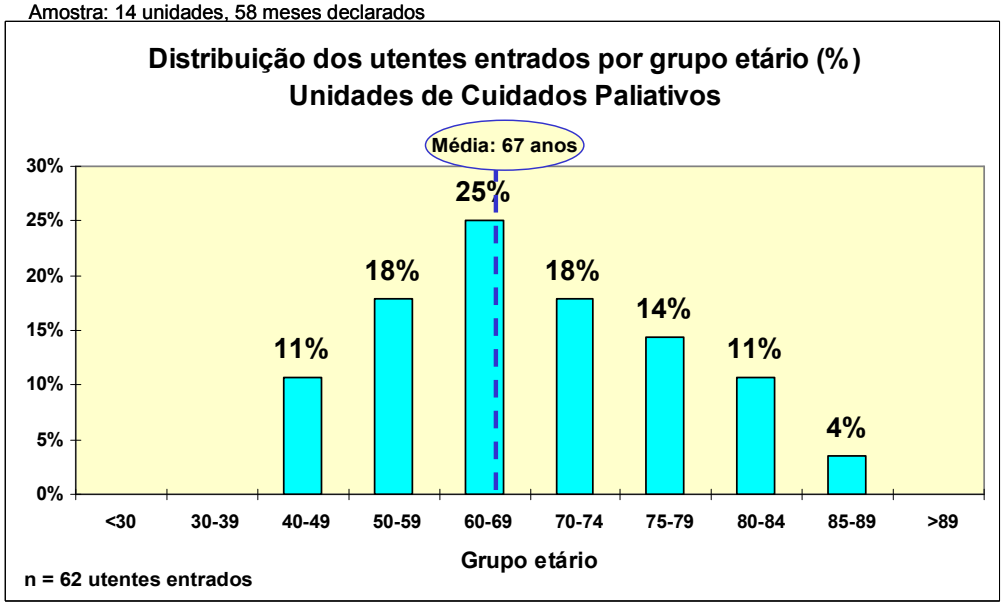
Fonte: RIM Novembro 2006- Abril 2007
Amostra: 46 unidades, 189 meses declarados

Legenda:
UC: Unidade de Convalescença
UMDR: Unidade de Média Duração e Reabilitação
ULDM: Unidade de Longa Duração e Manutenção
UCP: Unidade de Cuidados Paliativos

Gráfico n.º 23 Distribuição em percentagem dos utentes entrados nas unidades de Convalescença e Cuidados Paliativos por faixa etária e idade média (Novembro 2006-Abril 2007)

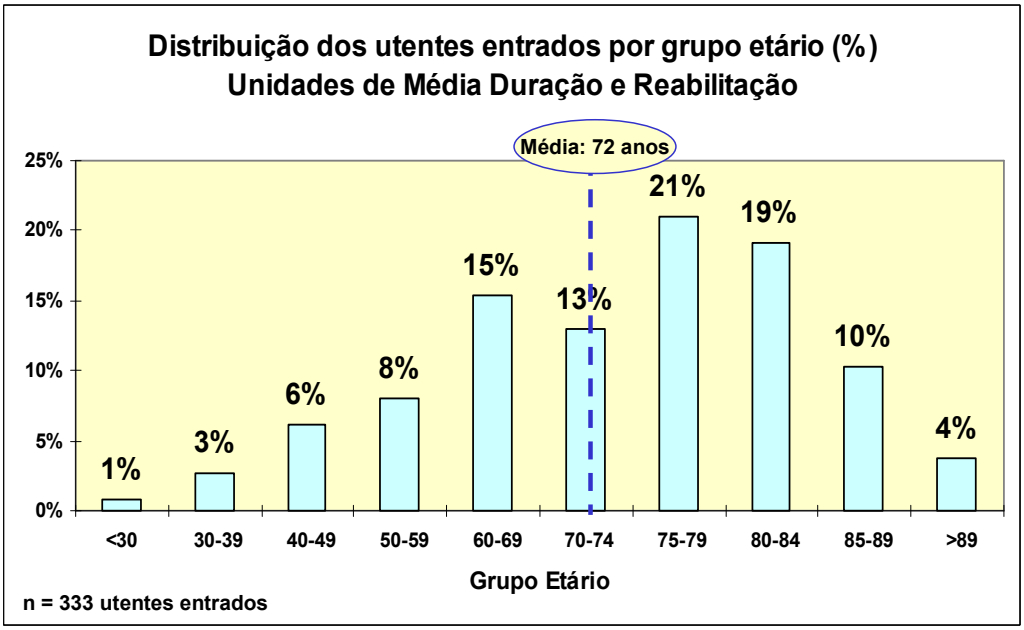


Fonte: RIM Novembro 2006- Abril 2007
Amostra: 14 unidades, 58 meses declarados

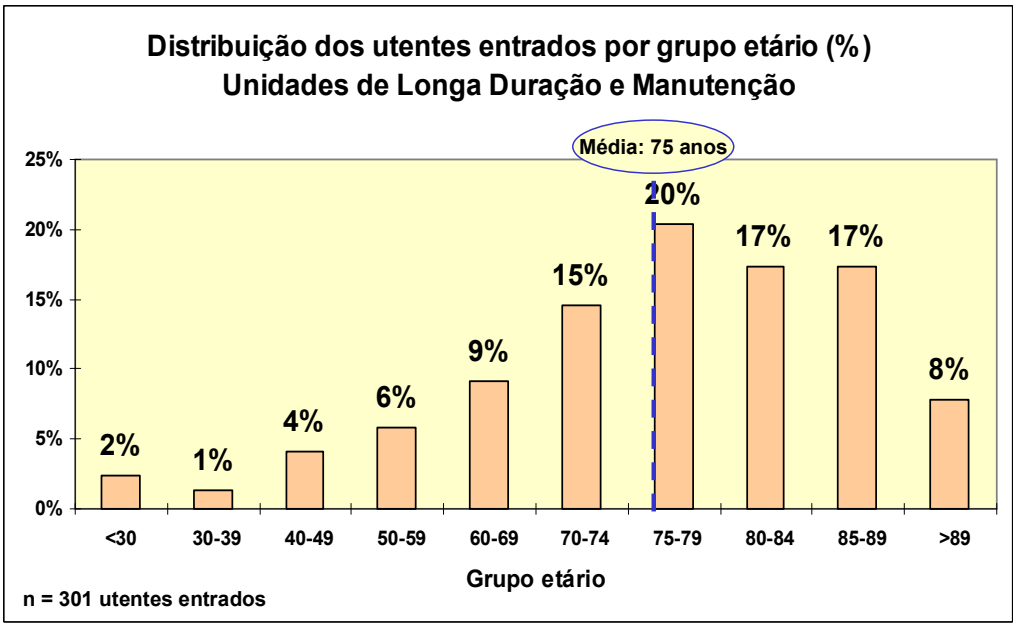


Fonte: RIM Novembro 2006- Abril 2007
Amostra: 2 unidades, 9 meses declarados

Gráfico n.º 24. Distribuição em percentagem dos utentes entrados nas unidades de Média Duração e Reabilitação e Longa Duração e Manutenção por faixa etária e idade média (Novembro 2006- Abril 2007)



Fonte: RIM Novembro 2006- Abril 2007
Amostra: 14 unidades, 58 meses declarados



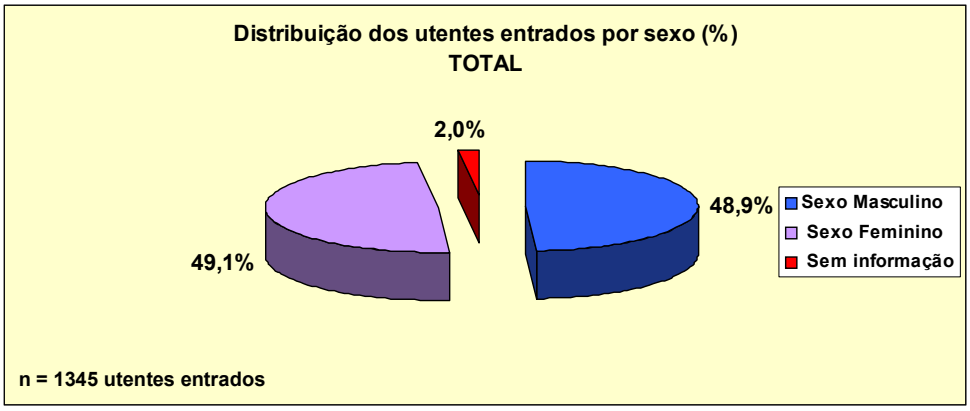
Fonte: RIM Novembro 2006- Abril 2007
Amostra: 16 unidades, 64 meses declarados

2.4.3 - Sexo dos utentes entrados

Para a análise do sexo foram excluídos os registos inconsistentes (dos utentes sem declaração, utentes com declaração para ambas tipologias de sexos).

A percentagem total de utentes entrados com informação de sexo supõe 98% de registos considerados como válidos.

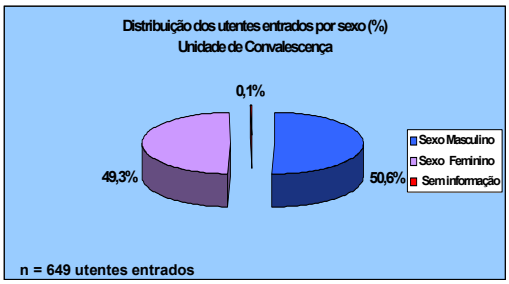
Gráfico n.º 25. Distribuição em percentagem dos utentes entrados nas unidades de internamento da RNCCI por sexo (Novembro 2006- Abril 2007)



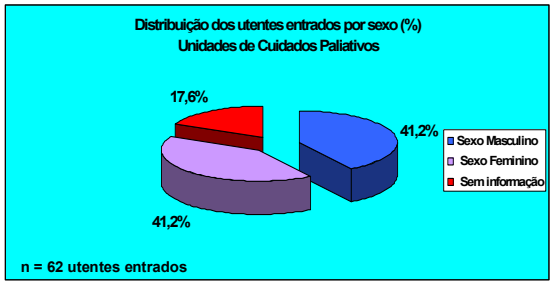
Fonte: RIM Novembro 2006- Abril 2007
Amostra: 46 unidades, 189 meses declarados

Os resultados apresentam uma distribuição similar entre sexos para o total das tipologias de internamento da RNCCI.

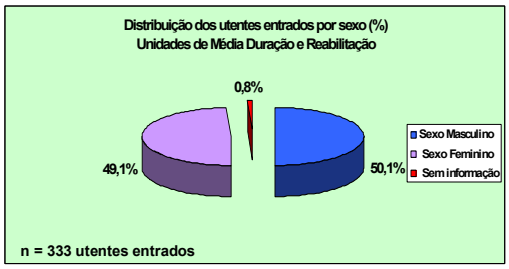
Gráfico n.º 26. Distribuição em percentagem dos utentes entrados por sexo e tipologia de unidade de internamento da RNCCI (Novembro 2006 - Abril 2007)



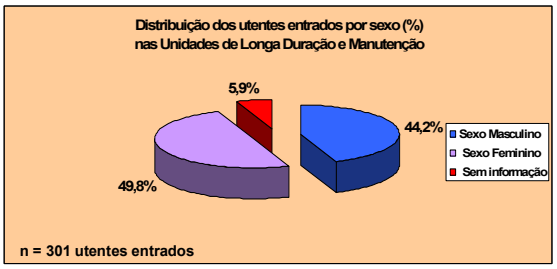
Fonte: RIM Novembro 2006- Abril 2007
Amostra: 14 unidades, 58 meses declarados



Fonte: RIM Janeiro 2006- Abril 2007
Amostra: 2 unidades, 9 meses declarados



Fonte: RIM Novembro 2006- Abril 2007
Amostra: 14 unidades, 58 meses declarados



Fonte: RIM Novembro 2006- Abril 2007
Amostra: 16 unidades, 64 meses declarados

2.4.4. - Subsistema de saúde dos utentes entrados

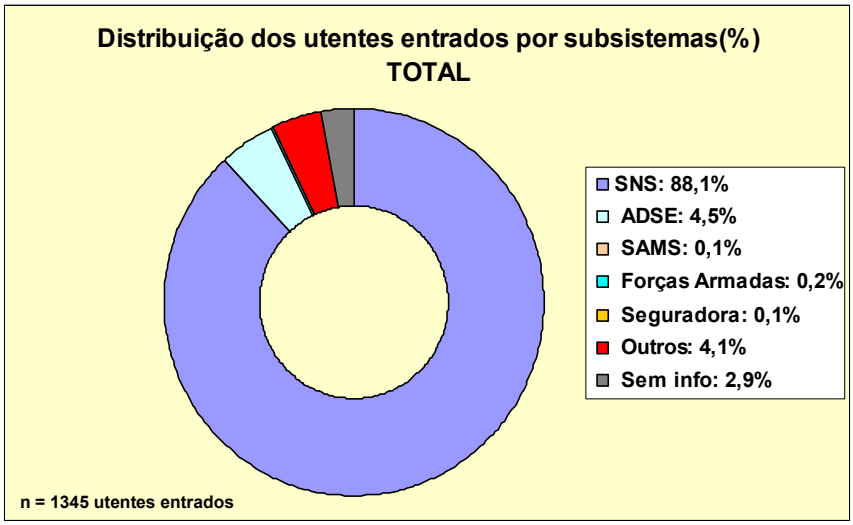
Para a análise do tipo de subsistema que oferece cobertura dentro do SNS aos utentes entrados, foram excluídos os registos inconsistentes, isto é, sem informação ou com declaração em mais de uma tipologia.

A percentagem total de utentes entrados com informação para tipo de subsistema supõe 97% de registos considerados como válidos.

Os dados mostram a relevância da cobertura por parte do SNS em todas as tipologias em relação com os subsistemas existentes, **atingindo 88% dos utentes entrados.**

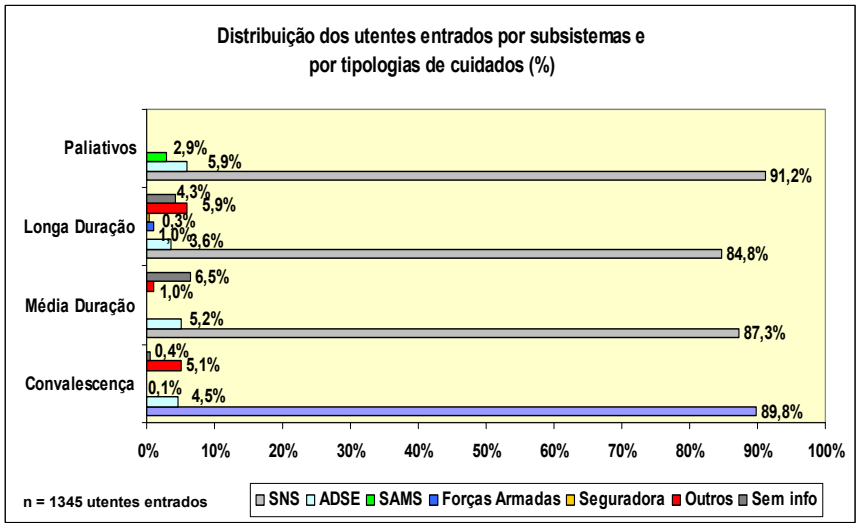
A assistência aos funcionários e agentes da Administração Pública do Estado (ADSE) situa-se em 4,5%. Destacam-se na análise a percentagem de registos com a categoria "outros" (4%).

Gráfico n.º 27. Distribuição por tipo de subsistema de saúde dos utentes entrados nas unidades de internamento da RNCCI (Novembro 2006 - Abril 2007)



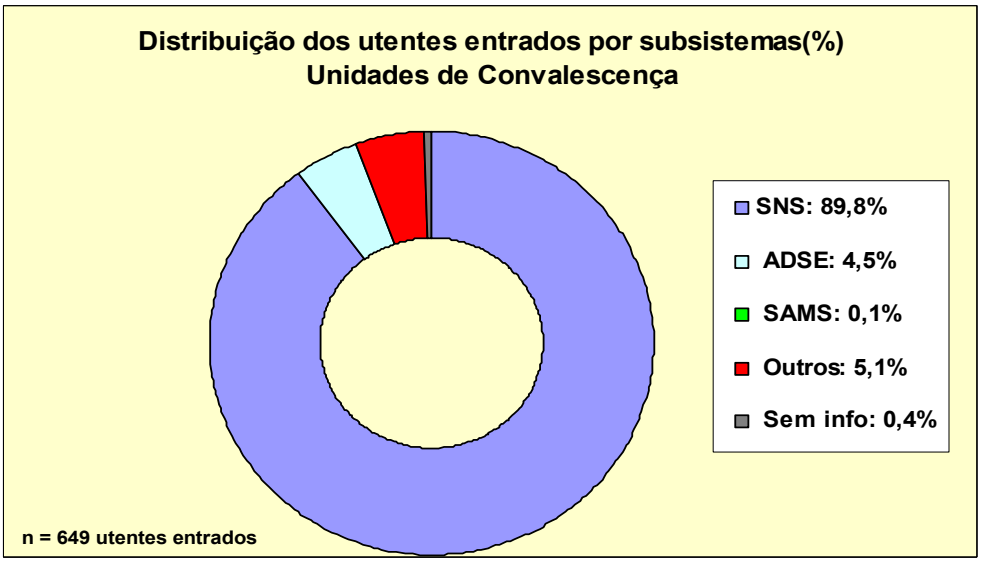
Fonte: RIM Novembro 2006- Abril 2007
Amostra: 46 unidades, 189 meses declarados

Gráfico n.º 28. Distribuição em percentagem dos utentes entrados por tipo de subsistema de saúde e por tipologia de unidade de internamento da RNCCI (Novembro 2006- Abril 2007)

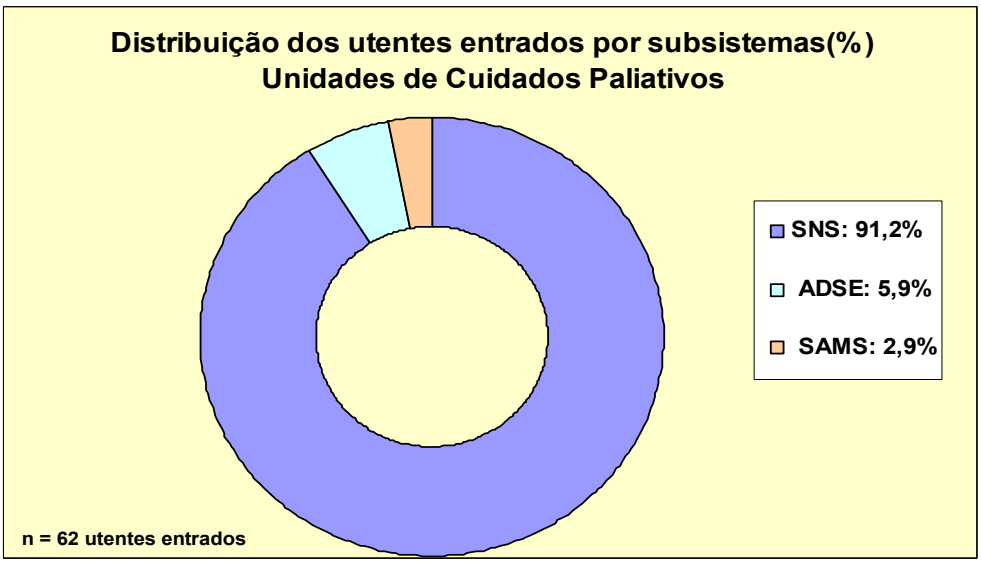


Fonte: RIM Novembro 2006- Abril 2007
Amostra: 46 unidades, 189 meses declarados

Gráfico n.º 29. Distribuição em percentagem dos utentes entrados nas unidades de Convalescença e Cuidados Paliativos por tipo de subsistema de saúde (Novembro 2006- Abril 2007)

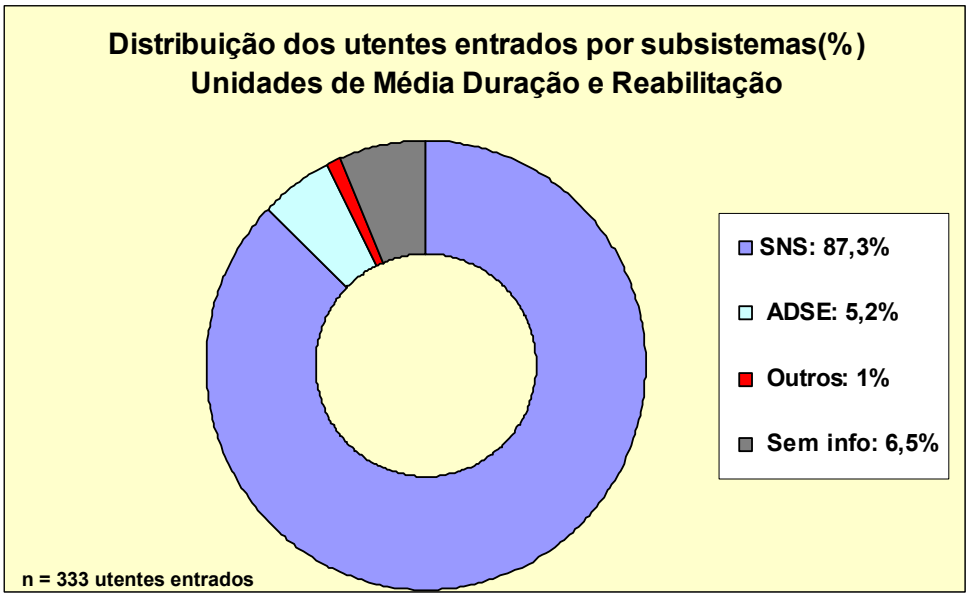


Fonte: RIM Novembro 2006- Abril 2007
Amostra: 14 unidades, 58 meses declarados

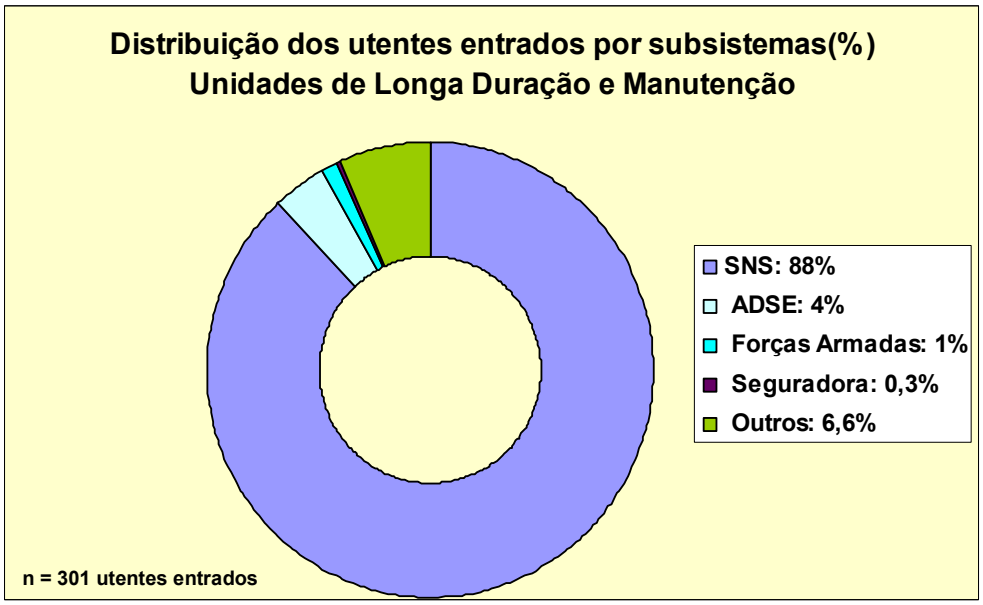


Fonte: RIM Novembro 2006- Abril 2007
Amostra: 2 unidades, 9 meses declarados

Gráfico n.º 30. Distribuição em percentagem de utentes entrados nas unidades de Média Duração e Reabilitação e Longa Duração e Manutenção, por tipo de subsistema de saúde (Novembro 2006- Abril 2007)



Fonte: RIM Novembro 2006- Abril 2007
Amostra: 14 unidades, 58 meses declarados



Fonte: RIM Novembro 2006- Abril 2007
Amostra: 16 unidades, 64 meses declarados

2.4.5 - Proveniência dos utentes entrados

A proveniência dos utentes entrados é obtida a partir das declarações dos prestadores, que registam a proveniência dos novos utentes ingressados através do RIM. São 7 as categorias possíveis de origem:

- ✓ Domicílio do utente;
- ✓ Lar de idosos ou residência;
- ✓ Hospital;
- ✓ Unidade de Convalescença;
- ✓ Unidade de Média Duração e Reabilitação;
- ✓ Unidade de Longa Duração e Manutenção;
- ✓ Centro de Saúde ou Unidade de Saúde Familiar localizada num centro de saúde com internamento.

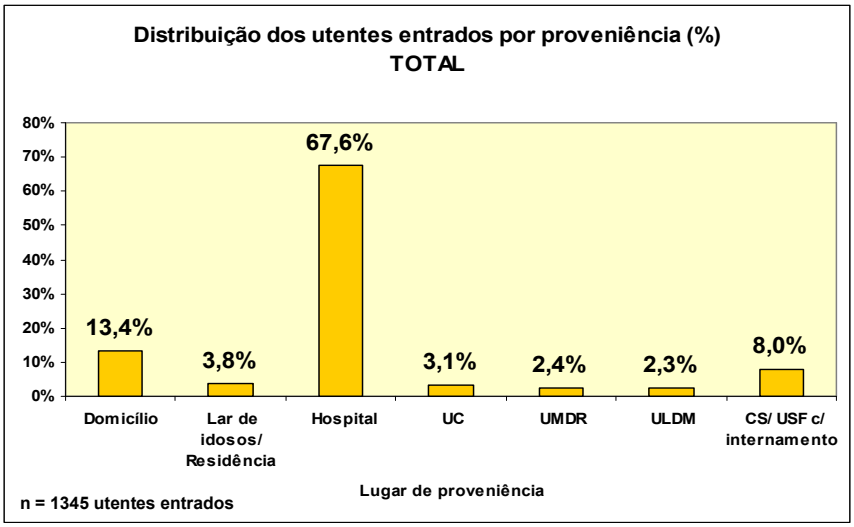
Para a análise da proveniência foram abrangidos os registos declarados para utentes entrados e excluídos os registos sem declaração ou inconsistentes, isto é, com mais de uma declaração por utente entrado.

A percentagem de utentes entrados com informação supõe 99% de registos considerados como válidos.

Os dados mostram que **a maior parte dos utentes entrados tem como origem o hospital (aproximadamente 68% dos casos), sendo o domicílio do utente o segundo local de proveniência mais declarado, com 13%** (ver gráfico n.º 35)**.**

A destacar as percentagens obtidas pelas próprias unidades da RNCCI como lugar de origem, aspecto que fica reforçado com os dados obtidos no capítulo 2.7 sobre mobilidade e reinternamento numa mesma tipologia de unidade no período estudado.

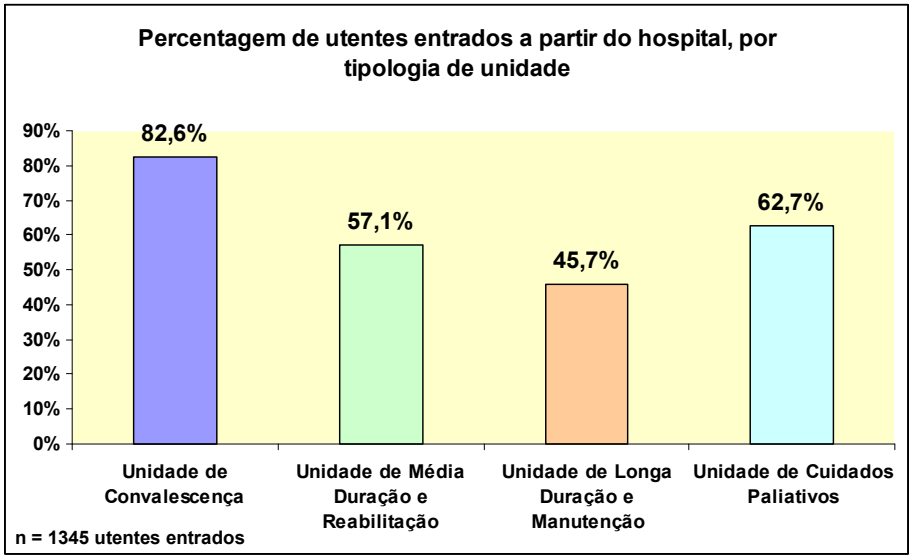
Gráfico n.º 31. Distribuição em percentagem da proveniência de utentes entrados nas unidades de internamento da RNCCI (Novembro 2006- Abril 2007)



Fonte: RIM Novembro 2006- Abril 2007
Amostra: 46 unidades, 189 meses declarados

Analisados os dados por tipologia de internamento verifica-se que a origem hospitalar dos utentes é a primeira em todas as tipologias de unidade de internamento da RNCCI. Destaca-se a percentagem nas unidades de Convalescença, de 83% do total de utentes entrados, e de 63% nas de Cuidados Paliativos (gráfico n.º 36).

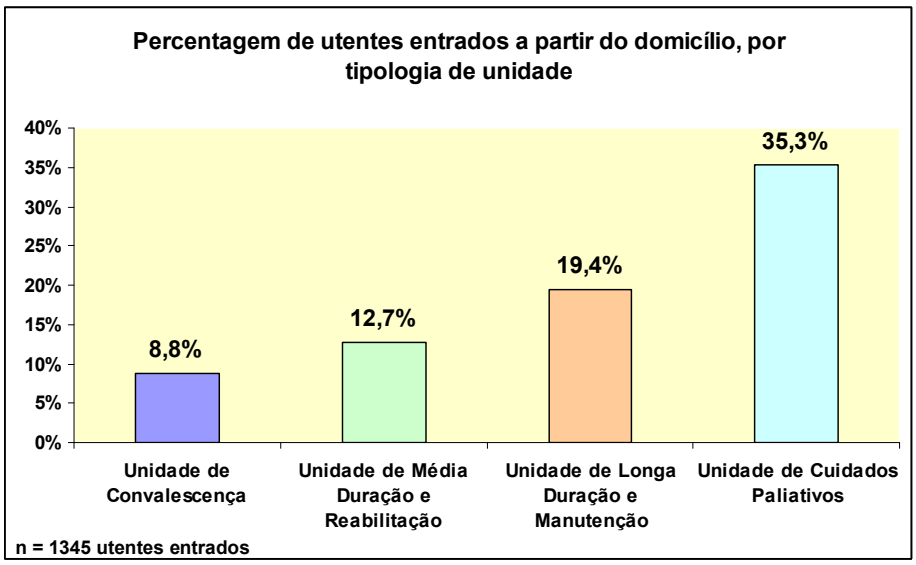
Gráfico n.º 32. Percentagem de utentes entrados desde o hospital, por tipologia de unidade de internamento da RNCCI (Novembro 2006- Abril 2007)



Fonte: RIM Novembro 2006- Abril 2007
Amostra: 46 unidades, 189 meses declarados

A proveniência desde o domicílio situa-se em segundo lugar para todas as tipologias. Destaca-se a percentagem declarada para as unidades de Cuidados Paliativos, de 35% no total dos utentes internados (gráfico n.º 37).

Gráfico n.º 33. Percentagem de utentes entrados desde o domicílio do utente por tipologia de unidade no período Novembro 2006- Abril 2007



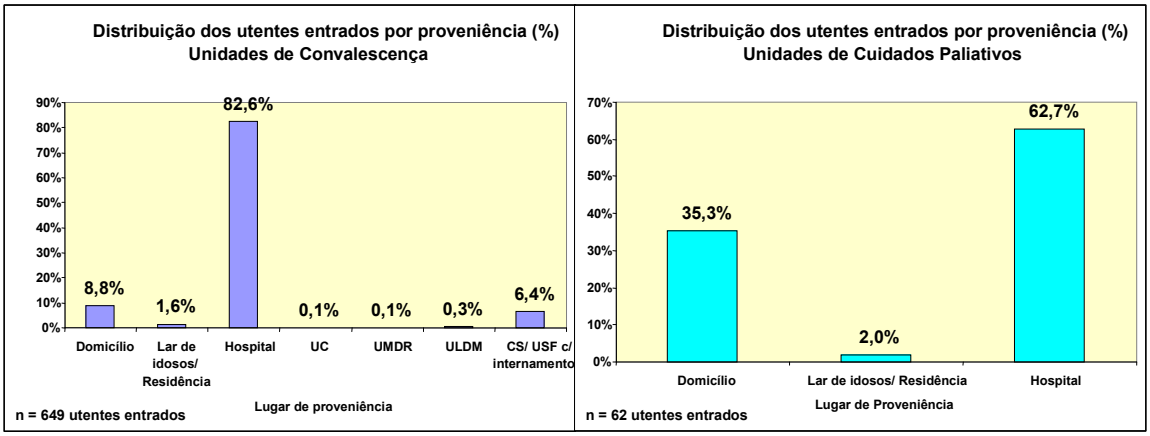
Fonte: RIM Novembro 2006- Abril 2007
Amostra: 46 unidades, 189 meses declarados

A destacar a existência nas unidades de Média Duração e Reabilitação, de 9,3% de utentes entrados com proveniência das unidades de Convalescença (ver gráfico n.º 39). Também nas unidades de Longa Duração e Manutenção um 6,9% dos utentes entrados provém de unidades de Média Duração e Reabilitação (ver gráfico n.º 39). Estes dados são corroborados com os dados obtidos e apresentados no capítulo 2.7.1 sobre mobilidade dos utentes dentro da RNCCI.

Os dados apresentam uma baixa percentagem de utentes provenientes dos centros de saúde (9,2%) nas unidades de Longa Duração e Manutenção. Esta informação é pouco mensurável nesta altura do desenvolvimento da RNCCI mas deverá ser acompanhada nas fases ulteriores.

A seguir é apresentada a distribuição dos utentes entrados nas diferentes unidades de internamento da RNCCI segundo a sua proveniência (consultar gráficos n.º 38 e 39).

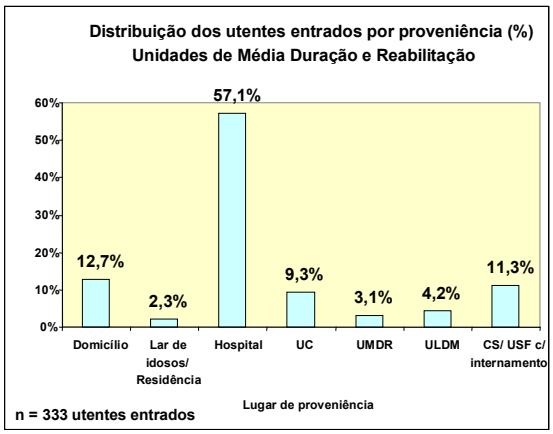
Gráfico n.º 34 Distribuição em percentagem dos utentes entrados nas unidades de Convalescença e Cuidados Paliativos por proveniência (Novembro 2006- Abril 2007)



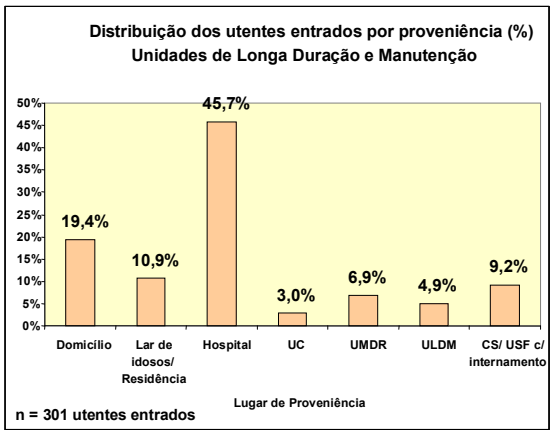
Fonte: RIM Novembro 2006- Abril 2007
Amostra: 14 unidades, 58 meses declarados

Fonte: RIM Novembro 2006- Abril 2007
Amostra: 2 unidades, 9 meses declarados

Gráfico n.º 35. Distribuição em percentagem dos utentes entrados nas unidades de Média Duração e Reabilitação e Longa Duração e Manutenção por proveniência (Novembro 2006- Abril 2007)



Fonte: RIM Novembro 2006-Abril 2007
Amostra: 14 unidades, 58 meses declarados



Fonte: RIM Novembro 2006-Abril 2007
Amostra: 16 unidades, 64 meses declarados

2.4.6 - Diagnósticos médicos dos utentes entrados

Neste capítulo são apresentados os resultados obtidos no tratamento de dados relativos aos diagnósticos médicos no momento da entrada (ingresso) nas unidades de internamento da RNCCI, declarados pelos prestadores através do *RIM* como diagnóstico principal. As declarações são baseadas nos códigos e classificação *CID-9*.

O total de casos declarados com diagnóstico principal é de 1.645. Assim, a proporção dos diagnósticos declarados sobre o número total de utentes declarados como entrados (1.345 utentes entrados) no mesmo período situa-se em **1,2 diagnósticos por utente entrado.**

A distribuição das frequências do conjunto dos diagnósticos por grandes grupos diagnósticos, apresentada no quadro n.º 21, mostra a preponderância das doenças do sistema circulatório, seguidas dos casos incluídos no grupo 17 (traumatismos).

Quadro n.º3. Distribuição do número e percentagem dos diagnósticos no momento da entrada dos utentes nas unidades por grandes grupos diagnósticos

Número e percentagem de diagnósticos por grandes grupos diagnósticos		
Grupos diagnósticos	**Número de casos**	**Percentagem**
Grupo 7: Sistema Circulatório	**565**	**34,3%**
Grupo 17:Traumatismos, Envenenamento	**297**	**18,1%**
Grupo 2: Neoplasias	**151**	**9,2%**
Grupo 8: Sistema Respiratório	**141**	**8,6%**
Grupo 6: SNC e Órgãos dos Sentidos	**117**	**7,1%**
Grupo 12: Doenças de Pele e Tecidos	**81**	**4,9%**
Grupo 3: Endócrinas, Nutricionais e Imunitárias	**65**	**4,0%**
Grupo 5: Mentais	**52**	**3,2%**
Grupo 16: Sintomas, Sinais, Out. Sint. Mal Definidas	**44**	**2,7%**
Grupo 10:Genitourinário	**37**	**2,2%**
Grupo 9: Aparelho Digestivo	**33**	**2,0%**
Grupo 13: Músculo, Esquelético, Conjuntivo	**28**	**1,7%**
Grupo 1: Infecciosas e Parasitárias	**23**	**1,4%**
Grupo 11: Comp. Gravidez, Parto E puerpério	**4**	**0,2%**
Grupo 14: Anomalias Congénitas	**4**	**0,2%**
Grupo 4: Sangue e Órgãos Hematopoiéticos	**3**	**0,2%**
TOTAL	***1645***	***100%***

Fonte: RIM Novembro 2006- Abril 2007

A distribuição das frequências do conjunto dos diagnósticos principais declarados é apresentada no quadro n.º 22 para os diagnósticos com mais de 9 casos declarados. Estes abrangem um total de 1.123 casos, ou seja 68% do total. O número de registos com menos de 10 casos por diagnóstico é de 522.

Quadro n.º4. Distribuição do número e percentagem de casos por código diagnóstico para valores superiores a 9 casos

Número e percentagem de casos por código diagnóstico			
Icd	**Descrição do diagnóstico**	**Número de casos**	**Percentagem**
436	DOENÇA VASCULAR CEREBRAL AGUDA, MAS MAL DEFINIDA ("AVC")	199	12,1%
434	OCLUSÃO DE ARTÉRIAS CEREBRAIS	134	8,1%
820	FRACTURA DO COLO DO FÉMUR	108	6,6%
438	EFEITOS TARDIOS DE DOENÇAS VASCULARES CEREBRAIS	79	4,8%
707	ÚLCERA CRÓNICA DA PELE	61	3,7%
250	DIABETES MELLITUS	40	2,4%
431	HEMORRAGIA INTRACEREBRAL	37	2,2%
331	DEGENERAÇÕES CEREBRAIS NCOP	34	2,1%
437	DOENÇA VASCULAR CEREBRAL NCOP OU MAL DEFINIDA	25	1,5%
897	AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DE MEMBROS INFERIORES (COMPLETA) (PARCIAL)	20	1,2%
486	PNEUMONIA DEVIDA A MICRORGANISMO NÃO ESPECIFICADO	19	1,2%
482	PNEUMONIAS BACTERIANAS NCOP	19	1,2%
428	INSUFICIÊNCIA CARDÍACA	17	1,0%
153	NEOPLASIA MALIGNA DO CÓLON	16	1,0%
496	OBSTRUÇÃO CRÓNICA DE VIAS RESPIRATÓRIAS NCOP	16	1,0%
907	EFEITOS TARDIOS DE LESÕES DO SISTEMA NERVOSO	15	0,9%
465	INFECÇÕES AGUDAS DAS VIAS RESPIRATÓRIAS SUPERIORES DE LOCALIZAÇÃO MÚLTIPLA OU SÓ	15	0,9%
854	TRAUMATISMO INTRACRANIANO, DE NATUREZA NCOP OU NÃO ESPECIFICADA	15	0,9%
595	CISTITE	14	0,9%
162	NEOPLASIA MALIGNA DA TRAQUEIA, BRÔNQUIOS E PULMÃO	14	0,9%
344	SINDROMAS PARALÍTICOS, NCOP	14	0,9%
332	DOENÇA DE PARKINSON	13	0,8%
342	HEMIPLEGIA E HEMIPARESIA	13	0,8%
290	QUADROS PSICÓTICOS ORGÂNICOS SENIS E PRÉ-SENIS	13	0,8%
781	SINTOMAS RELATIVOS AOS SISTEMAS NERVOSO E OSTEOMUSCULAR	13	0,8%
348	AFECÇÕES DO CÉREBRO NCOP	12	0,7%
491	BRONQUITE CRÓNICA	12	0,7%
263	DESNUTRIÇÃO PROTEICA-CALÓRICA NCOP OU NÃO ESPECIFICADA	12	0,7%
571	DOENÇA CRÓNICA DO FÍGADO E CIRROSE	12	0,7%
806	FRACTURA DA COLUNA VERTEBRAL COM LESÃO MEDULAR	12	0,7%
821	FRACTURA DE PARTES NCOP, OU DE PARTES NÃO ESPECIFICADAS DO FÉMUR	12	0,7%
585	INSUFICIÊNCIA RENAL CRÓNICA	12	0,7%
835	LUXAÇÃO DA ANCA	12	0,7%
185	NEOPLASIA MALIGNA DA PROSTATA	12	0,7%
799	CAUSA MAL DEFINIDA E DESCONHECIDA DE MORBILIDADE E MORTALIDADE	11	0,7%
357	NEUROPATIA INFLAMATÓRIA E TÓXICA	11	0,7%
514	CONGESTÃO E HIPOSTASE PULMONARES	10	0,6%
478	DOENÇAS DO TRACTO RESPIRATÓRIO SUPERIOR, NCOP	10	0,6%
797	SENILIDADE SEM MENÇÃO DE PSICOSE	10	0,6%
	Número de registos com pelo menos 10 casos por diagnóstico	**1.123**	**68%**
	Número de registos com menos de 10 casos por diagnóstico	522	32%
	TOTAL	***1.645***	***100%***

Fonte: RIM Novembro 2006 - Abril 2007

Observa-se o destacado peso das **doenças vasculares cerebrais agudas** (acidentes vasculares cerebrais, nomeadamente AVC) que, no conjunto, abrangem 12% do total dos casos; seguidos das doenças por **oclusão de artérias cerebrais** (8%); das **fracturas do colo do fémur** (7%); dos casos relativos a **efeitos tardios de doenças vasculares cerebrais** (5%) e, finalmente, de **úlcera crónica da pele** (4%). Estes constituem os cinco principais diagnósticos observados.

A seguir, nos quadros n.º 23, 24 e 25, apresenta-se para cada uma das tipologias de unidade os resultados obtidos. Observa-se a repetida presença dos mesmos códigos nas diferentes tipologias excepto nas unidades de Cuidados Paliativos, que abrangem as doenças relacionadas com neoplasias.

Quadro n.º 5. Distribuição do número e percentagem de casos por código diagnóstico nas unidades de Convalescença para valores superiores a 7 casos

Número e percentagem de casos por código diagnóstico para valores superiores a 7 casos: Unidades de Convalescença			
icd	**Descrição do diagnóstico**	**Número de casos**	**Percentagem**
436	DOENÇA VASCULAR CEREBRAL AGUDA, MAS MAL DEFINIDA ("AVC")	95	12,2%
434	OCLUSÃO DE ARTÉRIAS CEREBRAIS	83	10,7%
820	FRACTURA DO COLO DO FÉMUR	72	9,3%
707	ULCERA CRÓNICA DA PELE	38	4,9%
431	HEMORRAGIA INTRACEREBRAL	21	2,7%
250	DIABETES MELLITUS	17	2,2%
438	EFEITOS TARDIOS DE DOENÇAS VASCULARES CEREBRAIS	14	1,8%
482	PNEUMONIAS BACTERIANAS NCOP	14	1,8%
496	OBSTRUÇÃO CRÓNICA DE VIAS RESPIRATÓRIAS NCOP	13	1,7%
465	INFECÇÕES AGUDAS DAS VIAS RESPIRATÓRIAS SUPERIORES DE LOCALIZAÇÃO MÚLTIPLA OU SÓ	11	1,4%
428	INSUFICIÊNCIA CARDÍACA	11	1,4%
595	CISTITE	10	1,3%
478	DOENÇAS DO TRACTO RESPIRATÓRIO SUPERIOR, NCOP	10	1,3%
491	BRONQUITE CRÓNICA	9	1,2%
571	DOENÇA CRÓNICA DO FÍGADO E CIRROSE	9	1,2%
486	PNEUMONIA DEVIDA A MICRORGANISMO NÃO ESPECIFICADO	9	1,2%
781	SINTOMAS RELATIVOS AOS SISTEMAS NERVOSO E OSTEOMUSCULAR	9	1,2%
897	AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DE MEMBROS INFERIORES (COMPLETA) (PARCIAL)	8	1,0%
821	FRACTURA DE PARTES NCOP, OU DE PARTES NÃO ESPECIFICADAS DO FÉMUR	8	1,0%
854	TRAUMATISMO INTRACRANIANO, DE NATUREZA NCOP OU NÃO ESPECIFICADA	8	1,0%
	Número de registos com pelo menos 8 casos por diagnóstico	**469**	**60%**
	Número de registos com menos de 8 casos por diagnóstico	308	40%
	TOTAL	***777***	***100%***

Fonte: RIM Novembro 2006 - Abril 2007

Quadro n.º 6. Distribuição do número e percentagem de casos por código diagnóstico nas unidades de Média Duração e Reabilitação para valores superiores a 4 casos

Número e percentagem de casos por código diagnóstico para valores superiores a 4 casos: Unidades de Média Duração e Reabilitação			
icd	**Descrição do diagnóstico**	**Número de casos**	**Percentagem**
436	DOENÇA VASCULAR CEREBRAL AGUDA, MAS MAL DEFINIDA ("AVC")	61	12,8%
434	OCLUSÃO DE ARTÉRIAS CEREBRAIS	37	7,8%
820	FRACTURA DO COLO DO FÉMUR	34	7,2%
438	EFEITOS TARDIOS DE DOENÇAS VASCULARES CEREBRAIS	25	5,3%
707	ULCERA CRÓNICA DA PELE	22	4,6%
250	DIABETES MELLITUS	15	3,2%
431	HEMORRAGIA INTRACEREBRAL	12	2,5%
897	AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DE MEMBROS INFERIORES (COMPLETA) (PARCIAL)	10	2,1%
263	DESNUTRIÇÃO PROTEICA-CALÓRICA NCOP OU NÃO ESPECIFICADA	10	2,1%
907	EFEITOS TARDIOS DE LESÕES DO SISTEMA NERVOSO	10	2,1%
835	LUXAÇÃO DA ANCA	10	2,1%
331	DEGENERAÇÕES CEREBRAIS NCOP	8	1,7%
486	PNEUMONIA DEVIDA A MICRORGANISMO NÃO ESPECIFICADO	8	1,7%
799	CAUSA MAL DEFINIDA E DESCONHECIDA DE MORBILIDADE E MORTALIDADE	7	1,5%
514	CONGESTÃO E HIPOSTASE PULMONARES	6	1,3%
437	DOENÇA VASCULAR CEREBRAL NCOP OU MAL DEFINIDA	6	1,3%
344	SINDROMAS PARALÍTICOS, NCOP	6	1,3%
854	TRAUMATISMO INTRACRANEANO, DE NATUREZA NCOP OU NÃO ESPECIFICADA	6	1,3%
430	HEMORRAGIA SUBARACNOIDEIA	5	1,1%
174	NEOPLASIA MALIGNA DA MAMA FEMININA	5	1,1%
357	NEUROPATIA INFLAMATÓRIA E TÓXICA	5	1,1%
	Número de registos com pelo menos 5 casos por diagnóstico	**308**	**65%**
	Número de registos com menos de 5 casos por diagnóstico	167	35%
	TOTAL	***475***	***100%***

Fonte: RIM Novembro 2006 - Abril 2007

Quadro n.º 7. Distribuição do número e percentagem de casos por código diagnóstico nas unidades de Longa Duração e Manutenção para valores superiores a 3 casos

Número e percentagem de casos por código diagnóstico para valores superiores a 3 casos: Unidades de Longa Duração e Manutenção			
icd	**Descrição do diagnóstico**	**Número de casos**	**Percentagem**
436	DOENÇA VASCULAR CEREBRAL AGUDA, MAS MAL DEFINIDA ("AVC")	43	12,6%
438	EFEITOS TARDIOS DE DOENÇAS VASCULARES CEREBRAIS	40	11,7%
331	DEGENERAÇÕES CEREBRAIS NCOP	21	6,1%
434	OCLUSÃO DE ARTÉRIAS CEREBRAIS	14	4,1%
437	DOENÇA VASCULAR CEREBRAL NCOP OU MAL DEFINIDA	12	3,5%
290	QUADROS PSICÓTICOS ORGÂNICOS SENIS E PRÉ-SENIS	10	2,9%
348	AFECÇÕES DO CÉREBRO NCOP	9	2,6%
332	DOENÇA DE PARKINSON	9	2,6%
250	DIABETES MELLITUS	8	2,3%
797	SENILIDADE SEM MENÇÃO DE PSICOSE	8	2,3%
907	EFEITOS TARDIOS DE LESÕES DO SISTEMA NERVOSO	5	1,5%
342	HEMIPLEGIA E HEMIPARESIA	5	1,5%
185	NEOPLASIA MALIGNA DA PROSTATA	5	1,5%
311	TRANSTORNOS DEPRESSIVOS NCOP	5	1,5%
397	DOENÇAS DE OUTRAS ESTRUTURAS DO ENDOCÁRDIO	4	1,2%
316	FACTORES PSÍQUICOS ASSOCIADOS A DOENÇAS CLASSIFICADAS NOUTRA PARTE	4	1,2%
806	FRACTURA DA COLUNA VERTEBRAL COM LESÃO MEDULAR	4	1,2%
431	HEMORRAGIA INTRACEREBRAL	4	1,2%
585	INSUFICIÊNCIA RENAL CRÓNICA	4	1,2%
516	PNEUMOPATIA ALVEOLAR E PARIETO-ALVEOLAR NCOP	4	1,2%
294	QUADRO PSICÓTICO ORGÂNICO (CRÓNICO) NCOP	4	1,2%
301	TRANSTORNOS DA PERSONALIDADE	4	1,2%
	Número de registos com pelo menos 4 casos por diagnóstico	226	66%
	Número de registos com menos de 4 casos por diagnóstico	116	34%
	TOTAL	***342***	***100%***

Fonte: RIM Novembro 2006 - Abril 2007

Quadro n.º 8. Distribuição do número e percentagem de casos por código diagnóstico nas unidades de Cuidados Paliativos

Número e percentagem de casos por código diagnóstico: Unidades de Cuidados Paliativos			
icd	**Descrição do diagnóstico**	**Número de casos**	**Percentagem**
162	NEOPLASIA MALIGNA DA TRAQUEIA, BRÔNQUIOS E PULMÃO	6	11,8%
153	NEOPLASIA MALIGNA DO CÓLON	6	11,8%
151	NEOPLASIA MALIGNA DO ESTÔMAGO	4	7,8%
150	NEOPLASIA MALIGNA DO ESÓFAGO	3	5,9%
145	NEOPLASIA MALIGNA DA BOCA, LOCAL NCOP OU NÃO ESPECIFICADO	2	3,9%
161	NEOPLASIA MALIGNA DA LARINGE	2	3,9%
174	NEOPLASIA MALIGNA DA MAMA FEMININA	2	3,9%
180	NEOPLASIA MALIGNA DO COLO DO ÚTERO	2	3,9%
144	NEOPLASIA MALIGNA DO PAVIMENTO DA BOCA	2	3,9%
179	NEOPLASIA MALIGNA DO ÚTERO	2	3,9%
195	NEOPLASIA MALIGNA, LOCAL NCOP OU MAL DEFINIDO	2	3,9%
176	SARCOMA DE KAPOSI	2	3,9%
191	TUMOR MALIGNO DO ENCÉFALO	2	3,9%
136	DOENÇAS INFECCIOSAS E PARASITARIAS, NCOP OU NÃO ESPECIFICADAS	1	2,0%
127	HELMINTÍASES INTESTINAIS NCOP	1	2,0%
134	INFESTAÇÕES NCOP	1	2,0%
141	NEOPLASIA MALIGNA DA LÍNGUA	1	2,0%
173	NEOPLASIA MALIGNA DA PELE, NCOP	1	2,0%
194	NEOPLASIA MALIGNA DE GLÂNDULAS ENDÓCRINAS NCOP E ESTRUTURAS AFINS	1	2,0%
155	NEOPLASIA MALIGNA DO FÍGADO E VIAS BILIARES INTRA-HEPÁTICAS	1	2,0%
149	NEOPLASIA MALIGNA DO LÁBIO, CAVIDADE ORAL, OU FARINGE, LOCAL NCOP	1	2,0%
157	NEOPLASIA MALIGNA DO PÂNCREAS	1	2,0%
154	NEOPLASIA MALIGNA DO RECTO, JUNÇÃO RECTO-SIGMOIDEIA E ÂNUS	1	2,0%
184	NEOPLASIA MALIGNA DOS ÓRGÃOS GENITAIS FEMININOS NCOP E SOE	1	2,0%
505	PNEUMOCONIOSE SOE	1	2,0%
292	PSICOSES POR DROGAS	1	2,0%
192	TUMOR MALIGNO DO SISTEMA NERVOSO E DE PARTES DO SISTEMA NERVOSO NCOP OU SOE	1	2,0%
	TOTAL	***51***	***100%***

Fonte: RIM Novembro 2006 - Abril 2007

2.5 – Utentes saídos das unidades de internamento da RNCCI

As altas do período são analisadas a partir do número de utentes saídos declarado pelos prestadores no período considerado (Novembro 2006 - Abril 2007).

Além deste indicador, neste capítulo caracterizam-se ainda as saídas dos utentes das unidades de internamento da RNCCI ao nível do seu destino no momento da saída e do motivo declarado como justificante da alta.

2.5.1 - Utentes saídos

O total de utentes saídos declarados entre Novembro de 2006 e Abril de 2007 é de 860 utentes. Este valor abrange um total de 46 unidades (84% das unidades em funcionamento) e a análise de 189 meses (69% dos totais previstos).

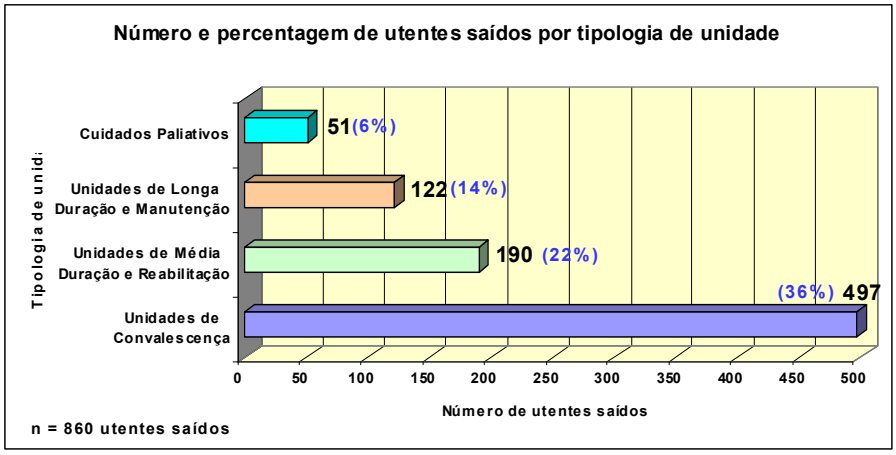
A percentagem total das altas sobre total de utentes atendidos (tratados) situa-se em 62%, distribuindo-se da seguinte forma por tipologia de unidade de internamento da RNCCI:

- ✓ **76% nas unidades de Convalescença**, com um total de 497 utentes saídos;
- ✓ **53% nas unidades de Média Duração e Reabilitação**, com um total de 190 utentes saídos;
- ✓ **39% nas unidades de Longa Duração e Manutenção**, com um total de 122 utentes saídos;
- ✓ **77% nas unidades de Cuidados Paliativos**, com um total de 51 utentes saídos.

Tal como era de esperar, segundo o perfil dos utentes e tipologia de cuidados, as tipologias de Convalescença e de Cuidados Paliativos atingem as percentagens mais elevadas de utentes saídos sobre o total de utentes atendidos.

No gráfico n.º 40 é apresentada a distribuição dos utentes saídos por tipologia de unidade. Observa-se que as unidades de Convalescença abrangem 36% do total de utentes saídos declarados pelos prestadores.

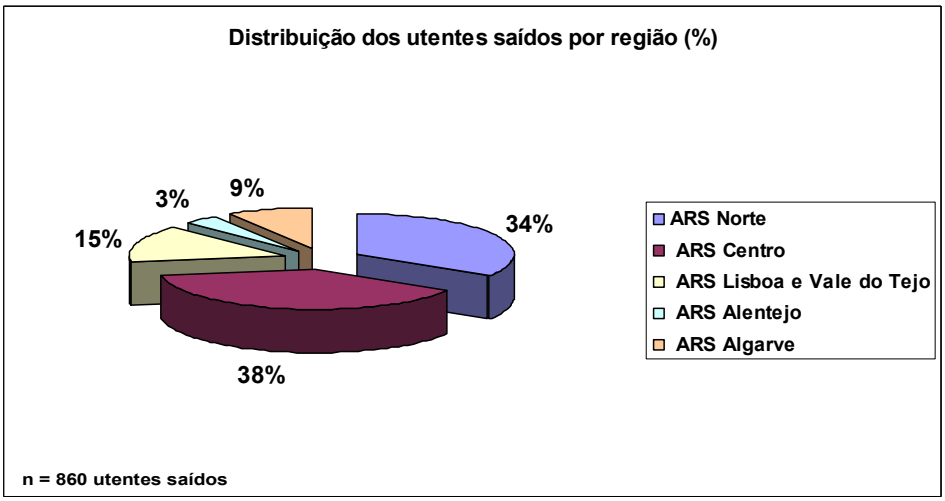
Gráfico n.º 36. Distribuição em número e percentagem dos utentes saídos por tipologia de unidade de internamento da RNCCI (Novembro 2006- Abril 2007)



Fonte: RIM Novembro 2006- Abril 2007
Amostra: 46 unidades, 189 meses declarados

A distribuição dos utentes saídos por tipologias e por região (gráfico n.º 41) segue o mesmo padrão que a dos utentes atendidos.

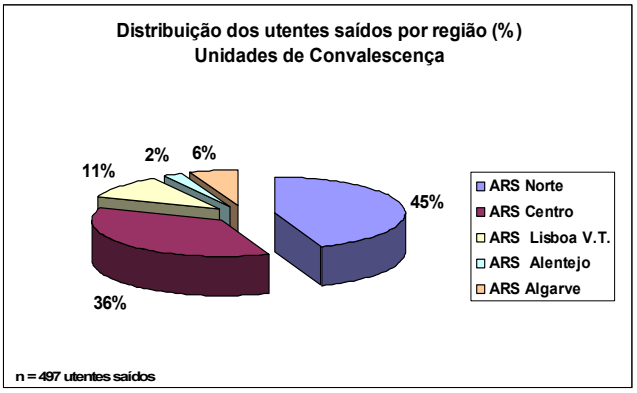
Gráfico n.º 37. Distribuição em percentagem da amostra de utentes saídos por região (Novembro 2006- Abril 2007)



Fonte: RIM Novembro 2006- Abril 2007
Amostra: 46 unidades, 189 meses declarados

Nos gráficos n.º 42 e n.º 43 apresentam-se os resultados de utentes saídos por tipologia de unidade e por região.

Gráfico n.º 38. Distribuição em percentagem dos utentes saídos nas unidades de Convalescença e Cuidados Paliativos por região (Novembro 2006- Abril 2007)



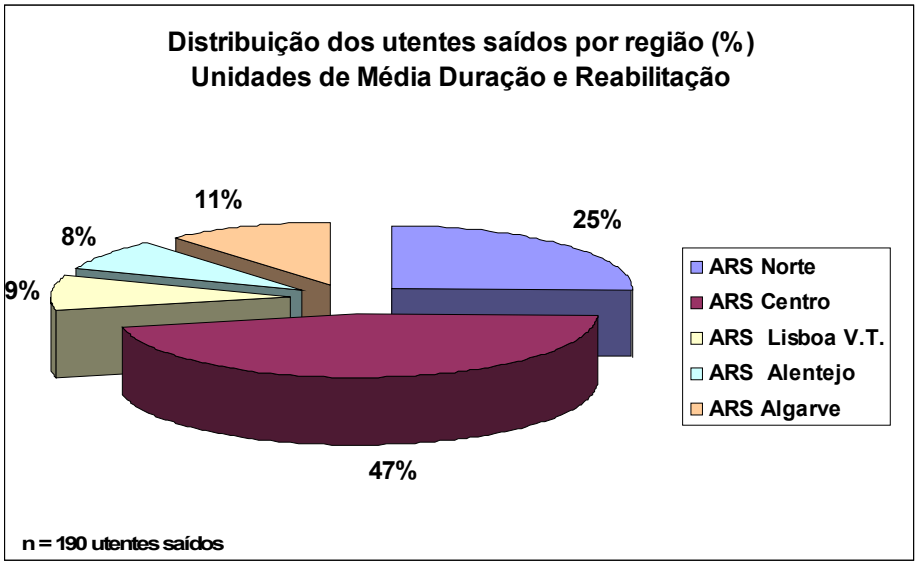
Fonte: RIM Novembro 2006- Abril 2007
Amostra: 14 unidades, 58 meses declarados

Unidades de Cuidados Paliativos na ARS Lisboa e Vale do Tejo

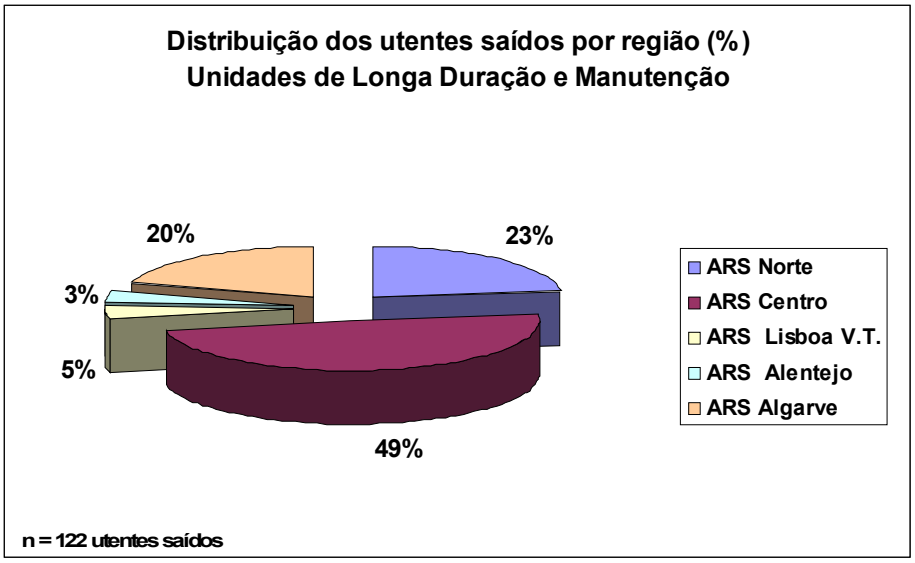
Número de utentes saídos = 51 utentes

Fonte: RIM Janeiro - Abril 2007
Amostra: 2 unidades, 9 meses declarados

Gráfico n.º 39. Distribuição em percentagem dos utentes saídos nas unidades de Média Duração e Reabilitação e Longa Duração e Manutenção por região (Novembro 2006- Abril 2007)



Fonte: RIM Novembro 2006- Abril 2007
Amostra: 14 unidades, 58 meses declarados



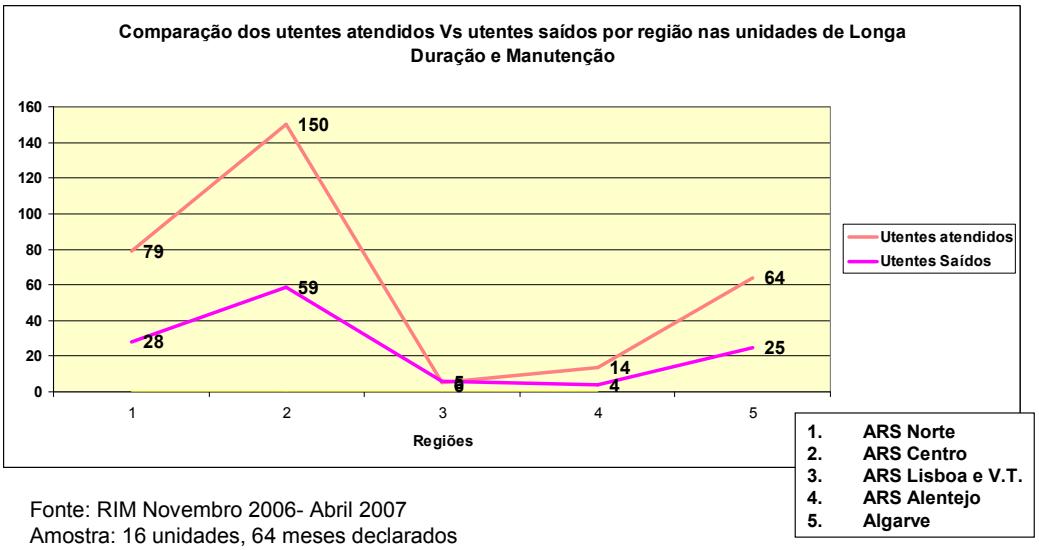
Fonte: RIM Novembro 2006- Abril 2007
Amostra: 16 unidades, 64 meses declarados

2.5.2 - Dinamismo das unidades

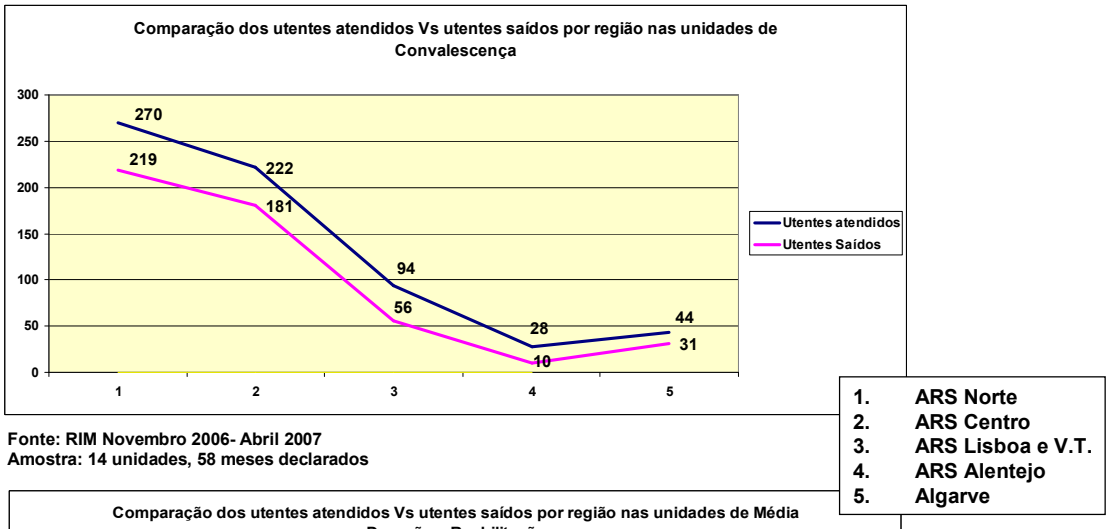
O número total de utentes saídos está relacionado com o número de utentes atendidos, pelo que é esperada a obtenção de resultados com magnitudes correlacionadas.

No seguinte gráfico (n.º 44) apresentam-se os utentes saídos e os utentes atendidos para cada uma das tipologias de internamento da RNCCI e regiões. Neste pode-se constatar a esperada correlação entre ambas as magnitudes. O número de utentes atendidos é claramente superior ao número de utentes com alta para todas as tipologias de internamento e regiões, isto é, as entradas de utentes são nitidamente superiores às saídas. Estes perfis mostram uma clara tendência para o incremento da actividade nas unidades. Assim, podemos afirmar que o número de utentes nas unidades está a aumentar.

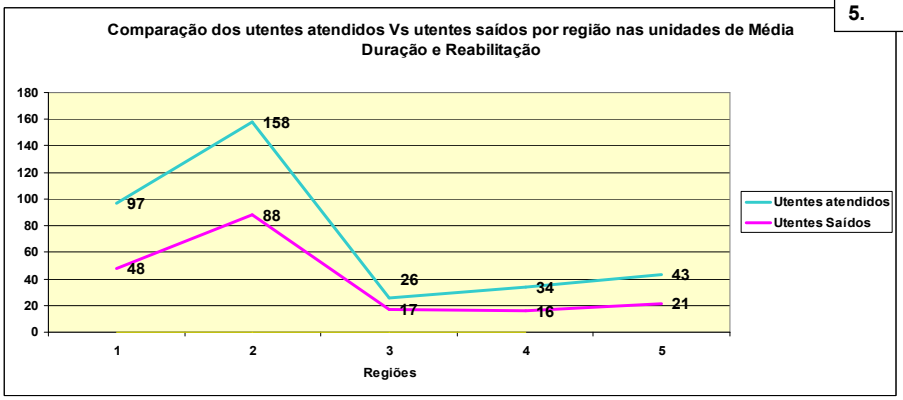
Gráfico n.º 40. Comparação do número de utentes entrados e de utentes saídos por regiões e por tipologia de internamento (Novembro 2006- Abril 2007)



Fonte: RIM Novembro 2006- Abril 2007
Amostra: 16 unidades, 64 meses declarados



Fonte: RIM Novembro 2006- Abril 2007
Amostra: 14 unidades, 58 meses declarados

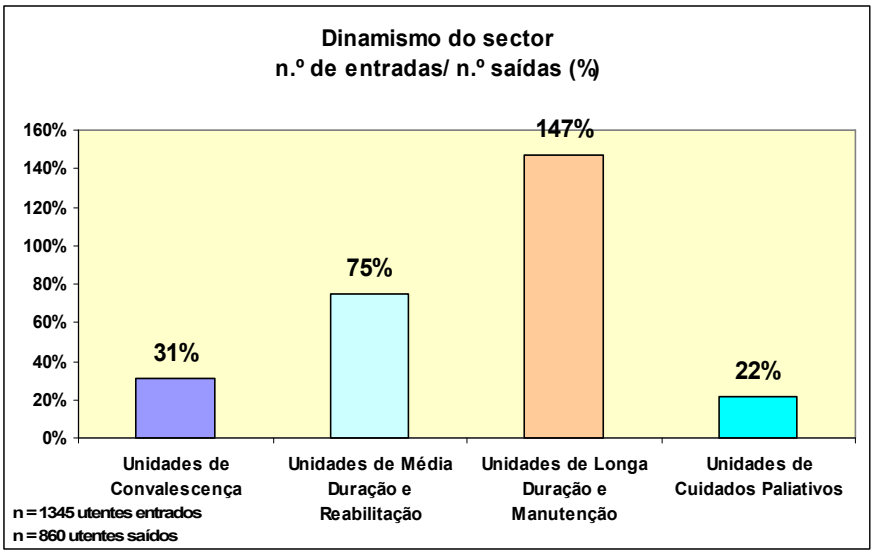


Fonte: RIM Novembro 2006- Abril 2007
Amostra: 14 unidades, 58 meses declarados

Quanto mais separados estão os valores entre as saídas e as entradas, maior será a tendência de crescimento de actividade em número de utentes atendidos. Esta tendência é explicável numa rede em início de funcionamento. No entanto, desde outro ponto de vista, quando a distância entre os dois valores é grande deve-se considerar um sinal de alerta quanto à possível saturação da capacidade. Este último aspecto é claramente visível nas unidades de Média Duração e Reabilitação e Longa Duração e Manutenção da região Centro.

A proporção das saídas entre as diferentes tipologias tem de seguir perfis diferentes. Assim, para as unidades de Convalescença e Cuidados Paliativos a rotatividade esperada deveria situar-se num valor muito superior à das unidades de Média Duração e Reabilitação e Longa Duração e Manutenção.

Gráfico n.º 41. Relação, em percentagem, entre utentes entrados e utentes saídos, por tipologia de internamento da RNCCI (Novembro 2006- Abril 2007)



Fonte: RIM Novembro 2006- Abril 2007
Amostra: 46 unidades, 189 meses declarados

No gráfico n.º 45 observa-se o dinamismo de cada sector. No eixo vertical a percentagem das entradas supera a das saídas. O gráfico mostra o resultado do diferente dinamismo em cada uma das tipologias de internamento da RNCCI, confirmando os perfis esperados. Quando a percentagem é maior existirá um peso superior das entradas e, portanto, uma maior captação de utentes. Assim, as unidades

de Longa Duração e Manutenção são as que apresentam maior dinamismo no que se refere à percentagem de captação de novos utentes.

O dinamismo observado deve ser considerado como um elemento positivo num período de início de funcionamento onde paulatinamente, e de forma progressiva, as unidades estão a receber atendendo mais à procura.

2.5.3 - Destino das altas

Os destinos das altas são considerados a partir das declarações dos prestadores para utentes saídos das unidades de internamento da RNCCI no período compreendido entre Novembro de 2006 e Abril de 2007.

Os possíveis destinos abrangem 9 categorias:

- ✓ Domicílio sem indicação de cuidados domiciliários;
- ✓ Domicílio com indicação de cuidados domiciliários;
- ✓ Domicílio com indicação de Centro de Dia/Unidade de dia;
- ✓ Lar de idosos ou residência;
- ✓ Hospital;
- ✓ Unidade de Convalescença;
- ✓ Unidade de Média Duração e Reabilitação;
- ✓ Unidade de Longa Duração e Manutenção;
- ✓ Outros.

Para a análise foram excluídos os registos onde era declarado mais de um destino por utente saído, bem como as unidades que declararam zero saídas no mês em causa.

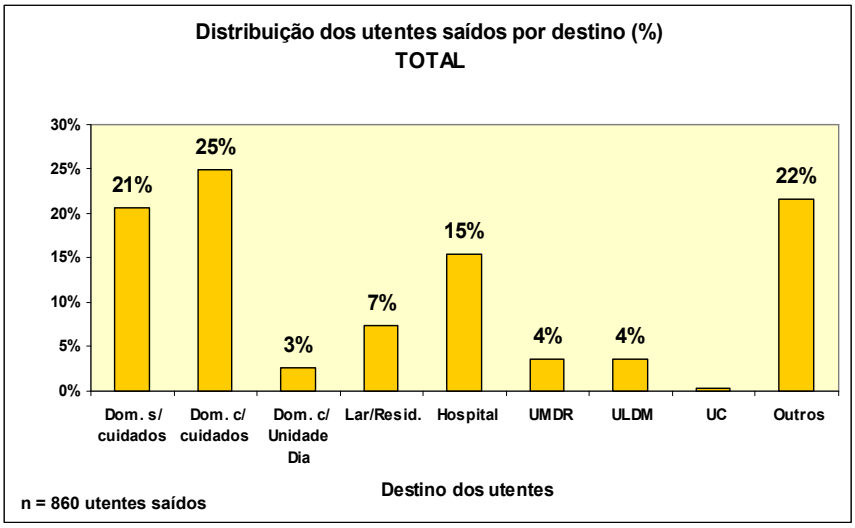
Os dados mostram (gráfico n.º 46) que **56% dos utentes com informação tem como destino o domicílio ou os lares de idosos/ residências**, destes **25% têm ainda indicação de cuidados domiciliários.**

Dever-se-á ainda destacar que:

- ✓ Na categoria “outros destinos” são incluídos os óbitos (22%). No caso das unidades de Cuidados Paliativos significa 100% de casos;
- ✓ 15% dos destinos são para o hospital.

Os resultados apresentam também 8% de saídas para outras unidades da própria RNCCI, percentagem superior à encontrada (ver capítulo 2.7) para os utentes declarados com internamentos em mais de uma tipologia diferente.

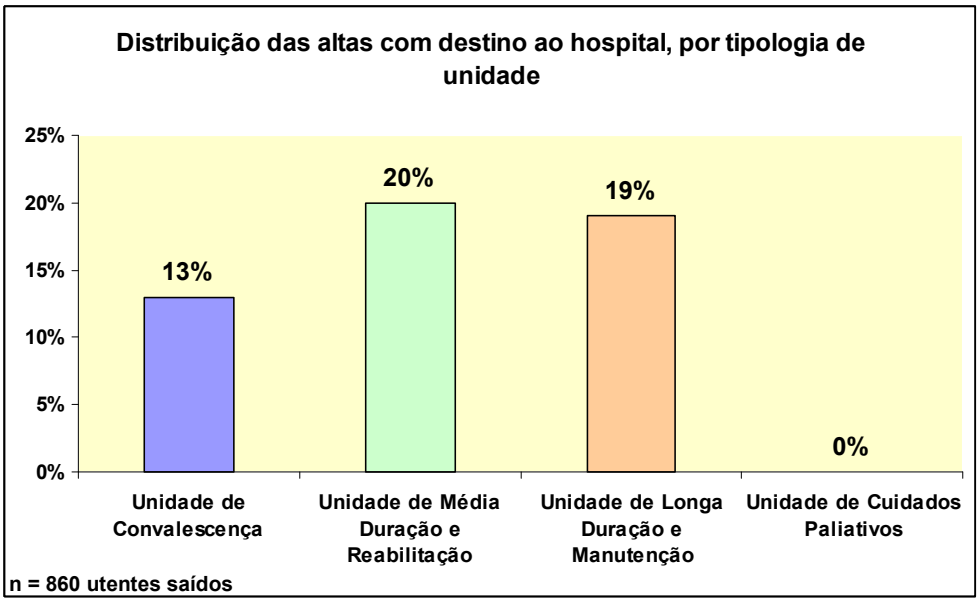
Gráfico n.º 42. Distribuição em percentagem dos utentes saídos por destino na alta (Novembro 2006- Abril 2007)



Fonte: RIM Novembro 2006- Abril 2007
Amostra: 46 unidades, 189 meses declarados

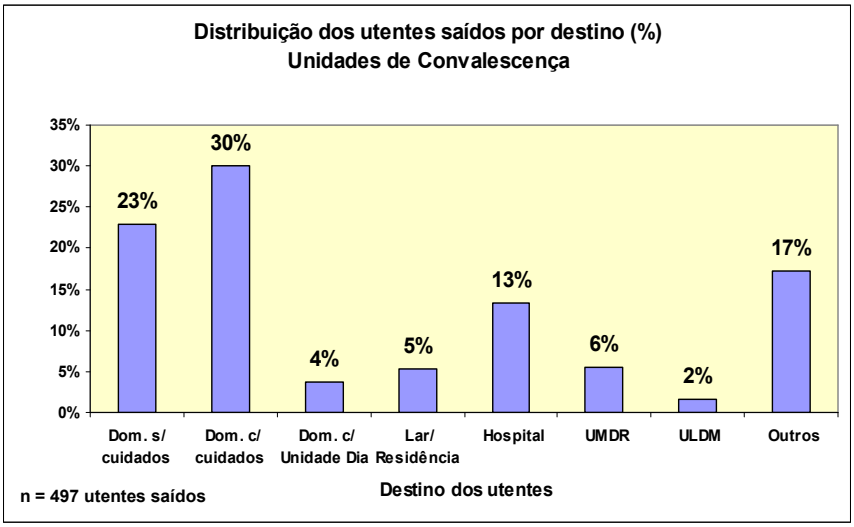
Analisando a distribuição por tipologias de unidades, **observa-se a elevada percentagem de altas com destino ao hospital nas tipologias de Média Duração e Reabilitação e Longa Duração e Manutenção** (gráfico n.º 47). Este é um aspecto que deverá ser monitorizado e aprofundado no futuro.

Gráfico n.º 43. Distribuição em percentagem dos utentes saídos com destino na alta ao hospital, por tipologia de internamento da RNCCI (Novembro 2006- Abril 2007)



Fonte: RIM Novembro 2006- Abril 2007
Amostra: 46 unidades, 189 meses declarados

Gráfico n.º 44. Distribuição dos utentes saídos das unidades de Convalescença por destino na alta (Novembro 2006- Abril 2007)

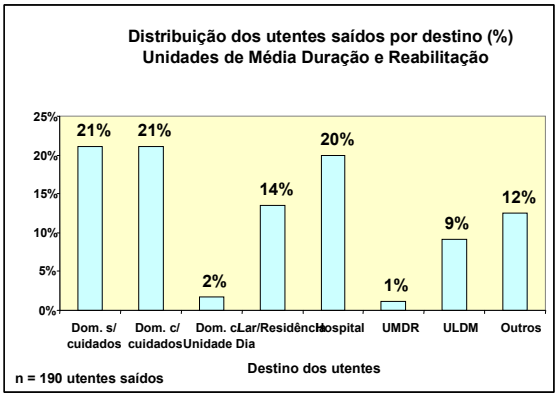


Fonte: RIM Novembro 2006- Abril 2007
Amostra: 14 unidades, 58 meses declarados

Nas unidades de Convalescença (gráfico n.º 48) **existe uma clara maioria de altas, no seu conjunto, para os domicílios dos utentes e lares/ residências (62% do total dos casos).** Este resultado é coerente com os dados obtidos para os motivos de alta dos utentes saídos, onde 59% dos utentes foram dados de alta por obtenção dos objectivos terapêuticos. Somente 13% dos casos são direccionados para os hospitais. Os destinos para outras tipologias de internamento na RNCCI atingem 8% do total de utentes saídos.

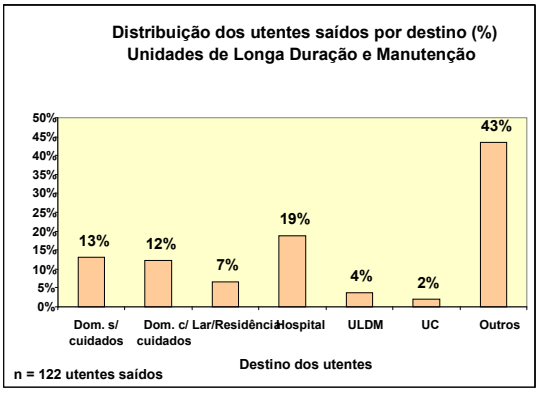
As unidades de Cuidados Paliativos apresentam apenas um tipo de destino "Outros" em **100% dos casos**, percentagem que vai de encontro aos resultados obtidos para os **óbitos como motivos de alta.**

Gráfico n.º 45. Distribuição dos utentes saídos por destino na alta nas unidades de Média Duração e Reabilitação e Longa Duração e Manutenção (Novembro 2006- Abril 2007)



Fonte: RIM Novembro 2006- Abril 2007

Amostra: 14 unidades, 58 meses declarados



Fonte: RIM Novembro 2006- Abril 2007

Amostra: 16 unidades, 64 meses declarados

Nas unidades de Média Duração e Reabilitação (gráfico n.º 49), **a maioria dos utentes saídos (58%) tem como destino o domicilio ou lar de idosos/ residência,** percentagem similar à obtida para os motivos de alta com objectivos terapêuticos atingidos. Por outro lado, **20% dos utentes saídos têm como destino na alta o hospital.**

Na análise das **unidades de Longa Duração e Manutenção** (gráfico n.º 49) o resultado obtido para "outros" tipos de destinos, de **43%, concorda com a percentagem obtida para óbitos como motivo de alta, frente a 32% obtidos com**

altas para o domicílio e lares de idosos /residências. Finalmente, 19% dos utentes saídos são referenciados para os hospitais.

2.5.4 - Motivos das altas

Os motivos das altas são considerados a partir das declarações dos prestadores para os utentes saídos no período compreendido entre Novembro de 2006 e Abril de 2007.

Os motivos das altas são classificados em 6 categorias:

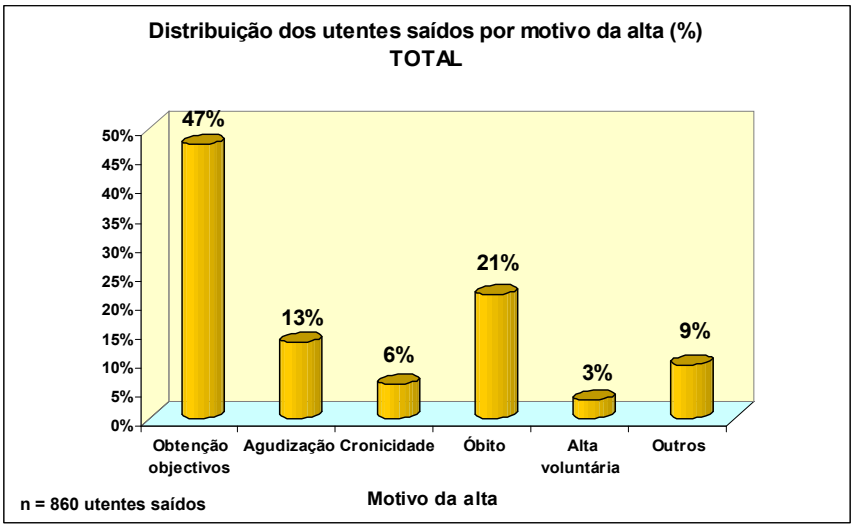
- ✓ Obtenção dos objectivos terapêuticos;
- ✓ Agudização;
- ✓ Cronicidade;
- ✓ Óbito;
- ✓ Alta voluntária;
- ✓ Outros.

Os dados mostram (gráfico n.º 50) que **47% dos utentes com informação têm como motivo da alta o alcance dos objectivos terapêuticos previstos**.

De destacar a percentagem de motivos de alta:

- ✓ **por óbito: 21% de altas;**
- ✓ **por agudização: 13 % de altas.**

Gráfico n.º 46. Distribuição em percentagem dos utentes saídos das unidades de internamento da RNCCI por motivo da alta (Novembro 2006- Abril 2007)



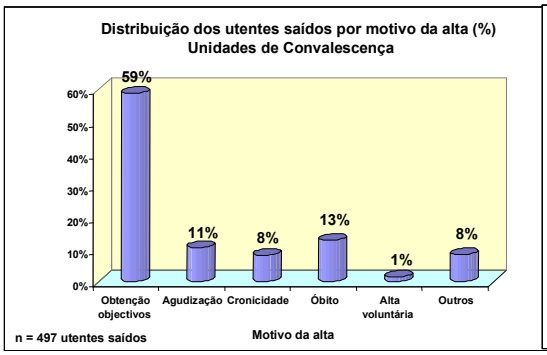
Fonte: RIM Novembro 2006- Abril 2007
Amostra: 46 unidades, 189 meses declarados

No gráfico n.º 51 são apresentados os resultados obtidos para as unidades de Convalescença e Cuidados Paliativos.

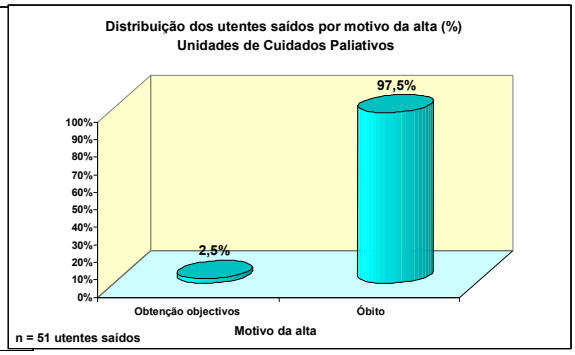
A destacar nas **unidades de Convalescença a percentagem de 59% de altas por obtenção de objectivos terapêuticos; de 13% por óbito, bem como a identificação de somente 11% de casos de agudização.**

Nas **unidades de Cuidados Paliativos o motivo de alta principal é o óbito (97% dos casos)**. Ainda que se deva esperar uma alta percentagem de óbitos nesta tipologia de unidades, no futuro dever-se-ia aprofundar as condições da referenciação e a situação à chegada dos utentes a essas tipologias, para assim assegurar que os cuidados prestados nestas unidades, tal como está previsto no seu desenho, tragam valor à melhoria da qualidade de vida dos utentes com doenças ou problemas incuráveis e às suas famílias/ cuidadores, não se resumindo ao acompanhamento da última etapa da vida dos utentes.

Gráfico n.º 47. Distribuição em percentagem dos utentes saídos das unidades de Convalescença e Cuidados Paliativos por motivo da alta (Novembro 2006- Abril 2007)



Fonte: RIM Novembro 2006 Abril 2007
Amostra: 14 unidades, 58 meses declarados



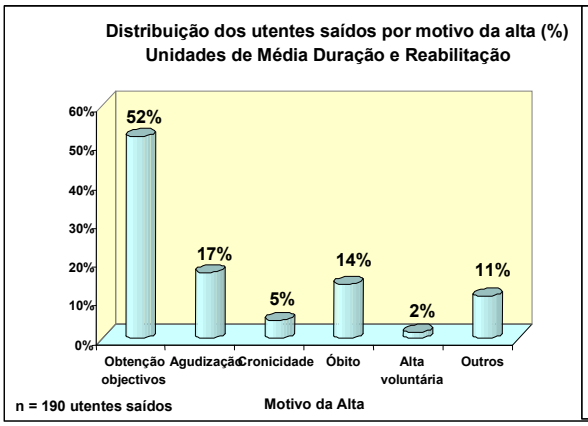
Fonte: RIM Novembro 2006 Abril 2007
Amostra: 2 unidades, 9 meses declarados

No gráfico n.º 52 são apresentados os resultados obtidos para as unidades de Média Duração e Reabilitação e Longa Duração e Manutenção. A destacar, nas **unidades de Média Duração e Reabilitação, a percentagem de altas por obtenção de objectivos terapêuticos (52%) e por óbito (14%), bem como a identificação de 17% de casos de agudização.**

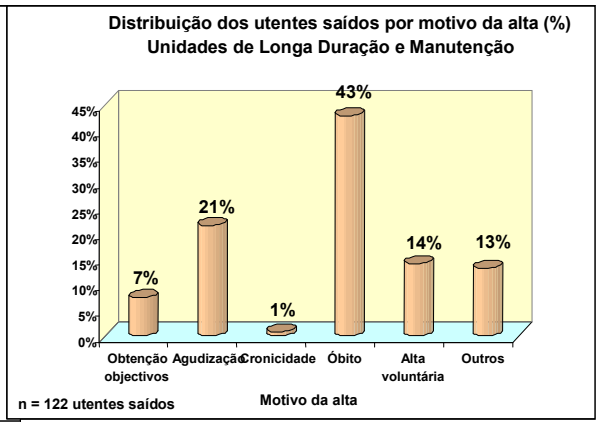
Assim, as unidades de Convalescença e as unidades de Média Duração e Reabilitação apresentam um perfil de motivos de alta semelhante.

O perfil dos motivos das saídas nas unidades de Longa Duração e Manutenção é totalmente diferente das restantes tipologias. Assim, **43% dos motivos de alta correspondem a óbitos** e **21% a agudizações**. De referir ainda a alta percentagem de altas voluntárias (14%) e o baixo valor (7%) da obtenção dos objectivos terapêuticos.

Gráfico n.º 48. Distribuição em percentagem dos utentes saídos das unidades de Média Duração e Reabilitação e Longa Duração e Manutenção por motivo da alta (Novembro 2006- Abril 2007)



Fonte: RIM Novembro 2006 Abril 2007
Amostra: 14 unidades, 58 meses declarados



Fonte: RIM Novembro 2006Abril 2007
Amostra: 16 unidades, 64 meses declarados

2.6. Actividade nas unidades de internamento da RNCCI

2.6.1 - Demora média

A demora média das unidades de internamento é realizada a partir da construção do indicador clássico que mostra a proporção entre os dias de internamento dos utentes atendidos e os utentes saídos.

Para a análise das permanências médias foram excluídos os registos correspondentes às unidades que declaravam dias de internamento superiores aos máximos possíveis segundo a sua capacidade em número de camas e as unidades que declaravam campos não válidos para os valores de utentes saídos. Assim, a análise inclui um total de 46 unidades e 189 meses. Estes dados englobam um total de 860 saídas declaradas para o total de dias de internamento declarados para os 1.394 utentes atendidos.

A demora média situa-se em 57 dias no total das unidades de internamento da RNCCI analisadas.

De seguida, apresentam-se os resultados obtidos para cada tipologia de internamento e região, os quais são apresentados em gráficos.

Desde logo, observa-se um **comportamento muito heterogéneo entre as diferentes regiões**. Não existe no momento a informação necessária para a explicação ou aprofundamento dos motivos destas diferenças regionais. Não obstante, este dado deverá ser tomado em consideração futuramente.

Nas **unidades de Convalescença** cabe destacar que:

- **A média em dias de internamento, de 33 dias;**
- A demora média mais elevada na região de Lisboa e Vale do Tejo, de 52 dias;
- Os valores mais próximos ao esperado encontrados nas regiões do Norte e do Algarve, respectivamente, de 26 e 32 dias.

Nas **unidades de Média Duração e Reabilitação** observou-se que:

- **A média em dias de internamento é de 76 dias;**
- A região de Lisboa e Vale do Tejo apresenta uma demora média elevada (118 dias);
- A região do Centro apresenta uma demora média mais baixa, de 54 dias.

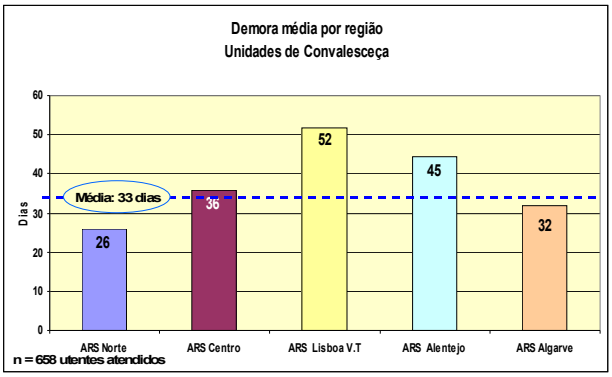
Nas **unidades de Longa Duração e Manutenção** cabe destacar:

- **A média em dias de internamento, de 135 dias;**
- Que a região de Lisboa e Vale do Tejo somente abrange uma unidade desta tipologia de cuidados, portanto, os resultados obtidos não são significativos para o conjunto da região, pelo que se deverão aprofundar os resultados apresentados por esta unidade;
- **A demora média elevada na região Norte, de 202 dias, e a demora média baixa nas unidades da região do Algarve, de 84 dias.**

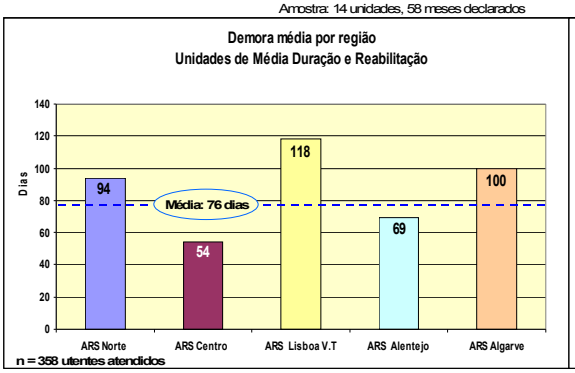
As unidades de Cuidados Paliativos, localizadas neste estudo na região de Lisboa e Vale do Tejo, apresentam uma **demora média de 37 dias** (incluem duas unidades e 9 meses declarados).

Por fim, deve-se colocar a hipótese de que a demora média superior observada nas unidades de Convalescença e Média Duração e Reabilitação na região de Lisboa e Vale do Tejo poderá ser motivada pela insuficiência de unidades, nomeadamente das tipologias de Média Duração e Reabilitação e de Longa Duração e Manutenção.

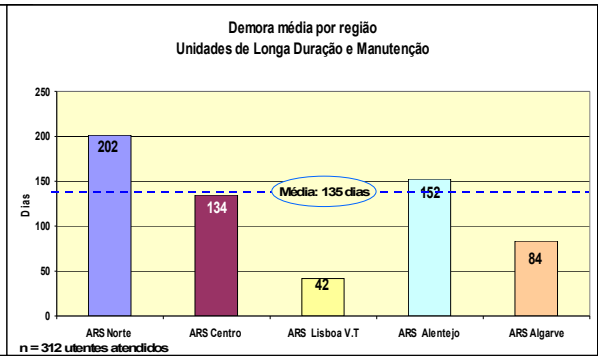
Gráfico n.º 49. Demora média nas unidades de internamento da RNCCI, por região e tipologias de unidades (Novembro 2006- Abril 2007)



Fonte: RIM Novembro 2006- Abril 2007
Amostra: 14 unidades, 58 meses declarados



Fonte: RIM Novembro 2006- Abril 2007
Amostra: 14 unidades, 58 meses declarados



Fonte: RIM Novembro 2006- Abril 2007
Amostra: 16 unidades, 64 meses declarados

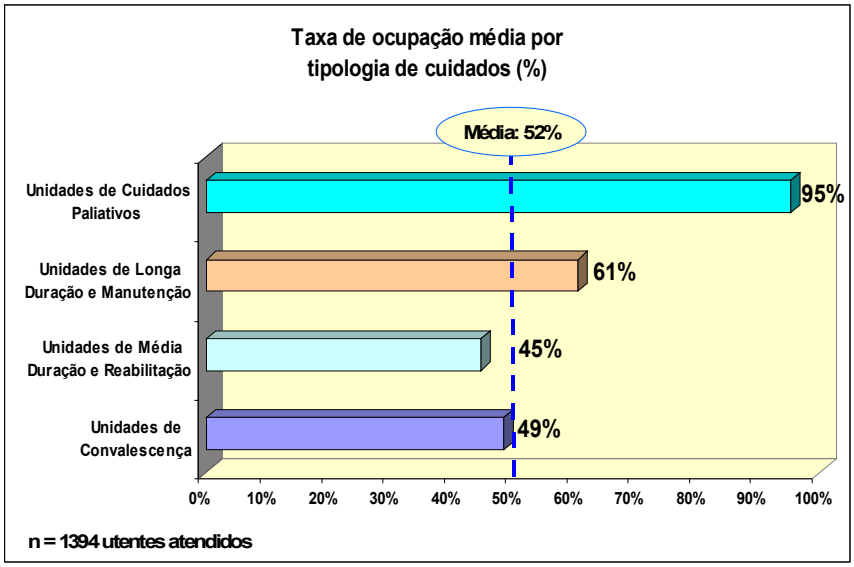
2.6.2 - Taxas de ocupação

A taxa de ocupação é calculada a partir da construção do indicador clássico que mostra a proporção em percentagem entre os dias de internamento dos utentes atendidos e a capacidade em camas das unidades.

Para a análise das taxas de ocupação foram excluídos os registos correspondentes às unidades que declaravam dias de internamento superiores aos máximos possíveis segundo a sua capacidade em número de camas, bem como as unidades que declaravam campos não válidos para os valores de utentes saídos. Assim, a análise inclui um total de 46 unidades e 189 meses, abrangendo os internamentos declarados para um total de 1.394 utentes atendidos num total de 634 camas.

A taxa de ocupação média, para o total das unidades e tipologias situa-se em 52%. Este resultado não se pode comentar sem que se observem os **resultados obtidos para cada uma das tipologias de internamento**, os quais se apresentam no gráfico n.º 54; e **são muito diferentes para cada tipologia de internamento.**

Gráfico n.º 50. Taxa de ocupação nas unidades de internamento por tipologias de unidades de internamento da RNCCI (Novembro 2006- Abril 2007)



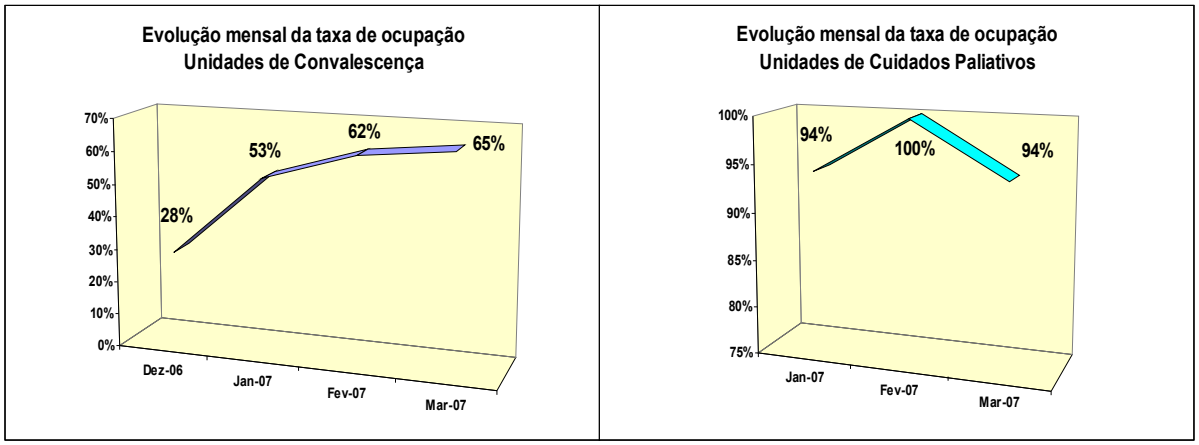
Fonte: RIM Novembro 2006- Abril 2007
Amostra: 46 unidades, 189 meses declarados

Deve-se esclarecer que os dados apresentados correspondem a taxas médias de ocupação no conjunto de meses estudados. Assim, os resultados obtidos nesta análise não poderão ser comparados com outros anteriores, realizados sobre a taxa de ocupação obtida num dia concreto. Por outro lado, estes dados não foram corroborados pelas observações da equipa da UMCCI, nas visitas realizadas às diferentes unidades, através das quais se constatou no dia da visita às unidades uma alta lotação de utentes.

O perfil obtido, considerando que é um conjunto de unidades que está a iniciar o seu funcionamento, não pode ser considerado como negativo. Deve-se esperar que nos períodos futuros sejam obtidas taxas de ocupação superiores.

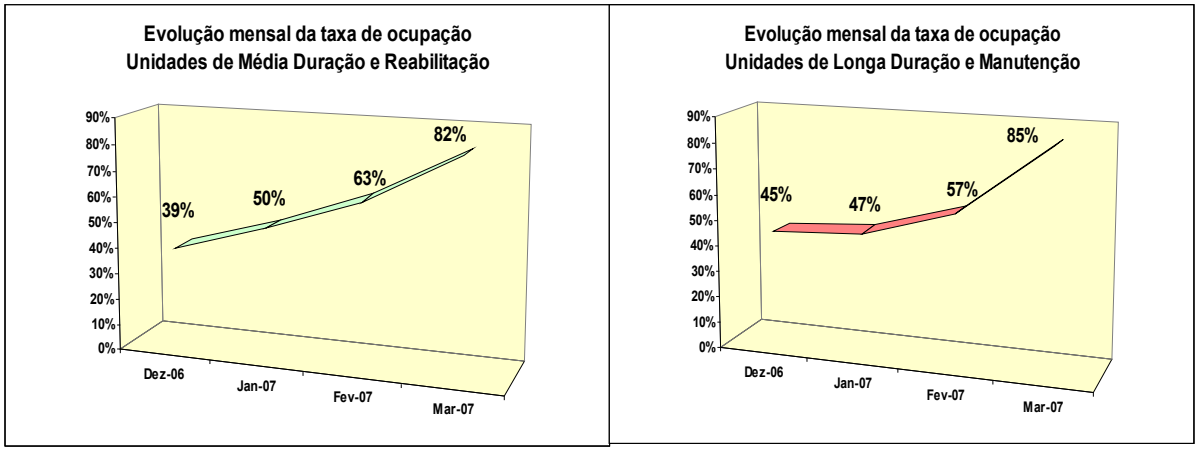
Assim, analisando as taxas por meses, observa-se uma evolução positiva nas diferentes tipologias de unidades. Destacam-se as unidades de Cuidados Paliativos com uma taxa de ocupação no início de funcionamento superior a 95%. Nos gráficos a seguir apresentamos os resultados obtidos da taxa de ocupação para cada tipologia de unidade segundo a evolução mensal.

Gráfico n.º 51. Evolução por meses da taxa de ocupação por tipologia de unidade de internamento da RNCCI (Dezembro 2006- Março 2007)



Fonte: RIM Novembro 2006- Abril 2007
Amostra: 14 unidades, 58 meses declarados

Fonte: RIM Novembro 2006- Abril 2007
Amostra: 2 unidades, 9 meses declarados



Fonte: RIM Novembro 2006- Abril 2007
Amostra: 14 unidades, 58 meses declarados

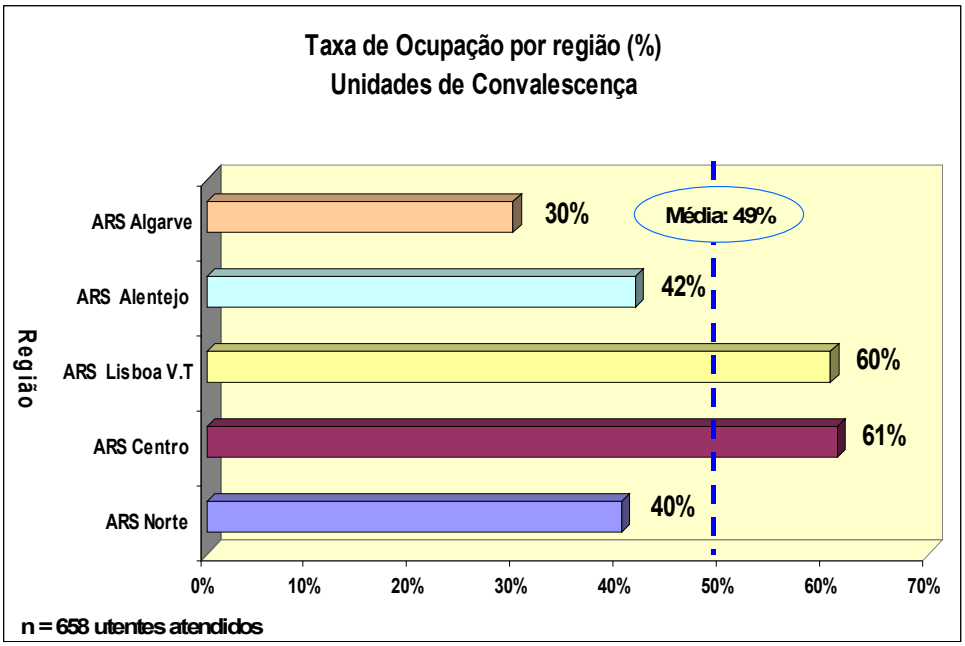
Fonte: RIM Novembro 2006- Abril 2007
Amostra: 16 unidades, 64 meses declarados

Para além do que foi comentado anteriormente, observa-se ainda um **comportamento muito heterogéneo entre as diferentes regiões** nas tipologias de Convalescença e Longa Duração e Manutenção.

Nas **unidades de Convalescença** observam-se claras diferenças inter-regionais e os dados declarados pelos prestadores mostram **taxas de ocupação baixas**, apesar do crescente dinamismo que foi identificado para este tipo de unidades.

Estes resultados podem confirmar as contribuições qualitativas realizadas através das visitas da equipa da UMCCI, das ECR e do *focus group* onde coincidentemente se identificava como constrangimento a existência de certas **resistências por parte dos hospitais no envio de utentes para esta tipologia de unidades.**

Gráfico n.º 52. Taxa de ocupação nas unidades de Convalescença, por região no (Novembro 2006- Abril 2007)



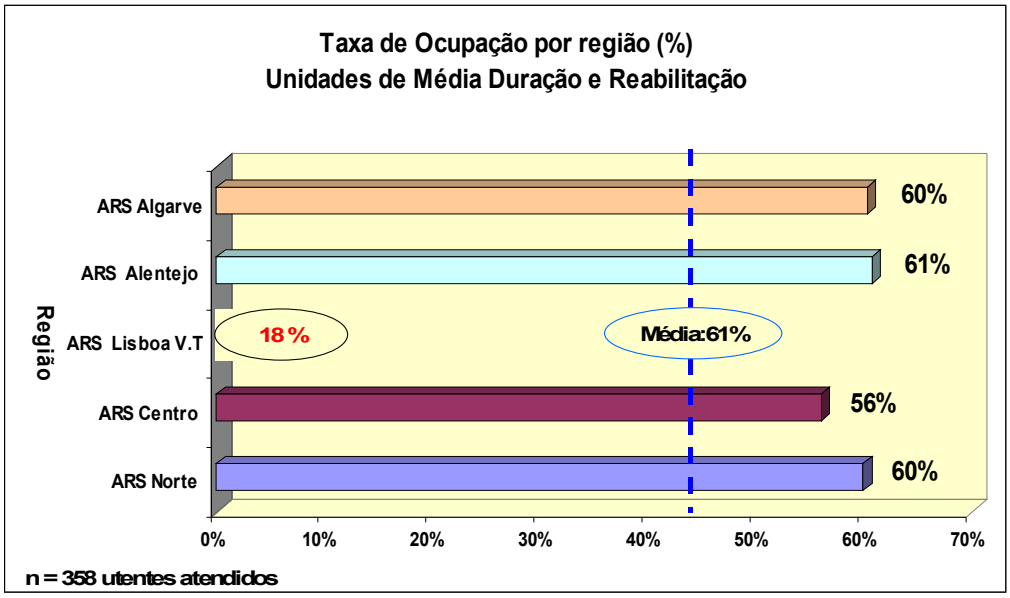
Fonte: RIM Novembro 2006- Abril 2007
Amostra: 14 unidades, 58 meses declarados

Nas **unidades de Média Duração e Reabilitação:**

A região de Lisboa e Vale do Tejo abrange somente uma unidade, portanto os resultados obtidos, de 18%, são significativos mas foram retirados do cálculo para obter a média nesta tipologia. Esta unidade foi transformada no mês de Abril em unidade de Convalescença já que as suas condições eram mais adequadas para esta tipologia de cuidados.

Retirando a unidade de Lisboa, **os resultados mostram neste caso um comportamento homogéneo entre as diferentes regiões situando-se a taxa de ocupação média em 61%.**

Gráfico n.º 53. Taxa de ocupação nas unidades de Média Duração e Reabilitação por região (Novembro 2006- Abril 2007)

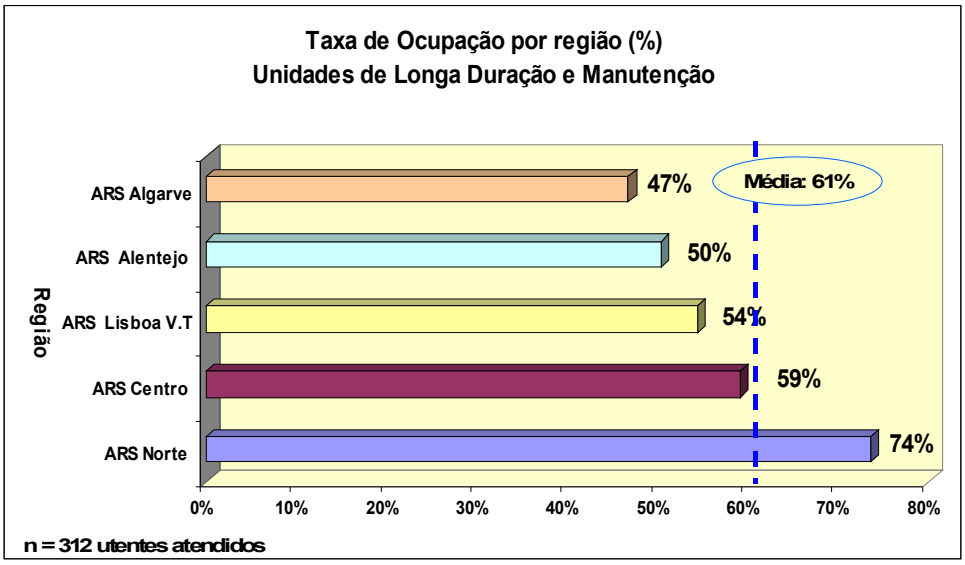


Fonte: RIM Novembro 2006- Abril 2007
Amostra: 14 unidades, 58 meses declarados

O conjunto de **unidades de Longa Duração e Manutenção atinge uma taxa de ocupação de 61%.**

A variabilidade inter-regional também está presente nesta tipologia, observando-se resultados que oscilam entre os 74% na região Norte e 47% na região do Algarve.

Gráfico n.º 54. Taxa de ocupação nas unidades de Longa Duração e Manutenção por região (Novembro 2006- Abril 2007)



Fonte: RIM Novembro 2006- Abril 2007
Amostra: 16 unidades, 64 meses declarados

As **unidades de Cuidados Paliativos** referem-se somente à região de Lisboa e Vale do Tejo. Neste caso a **taxa média de ocupação atinge os 95%.**

2.7 – Mobilidade e reinternamentos na RNCCI

Neste capítulo apresentamos os resultados do tratamento de dados realizado a partir das declarações dos Bilhetes de Identidade (BI) declarados para os utentes entrados, com a finalidade de identificar os possíveis reinternamentos numa mesma tipologia de unidade bem como a mobilidade dos utentes no conjunto de tipologias de internamento da RNCCI.

Do mesmo modo que nos capítulos anteriores, os dados tratados correspondem ao período compreendido entre Novembro de 2006 e Abril de 2007.

- ✓ **O total de internamentos declarados com BI foi de 1.335 casos. Estes casos corresponderam a 952 pessoas diferentes;**

- ✓ **Nenhum dos utentes foi internado em mais de uma região;**

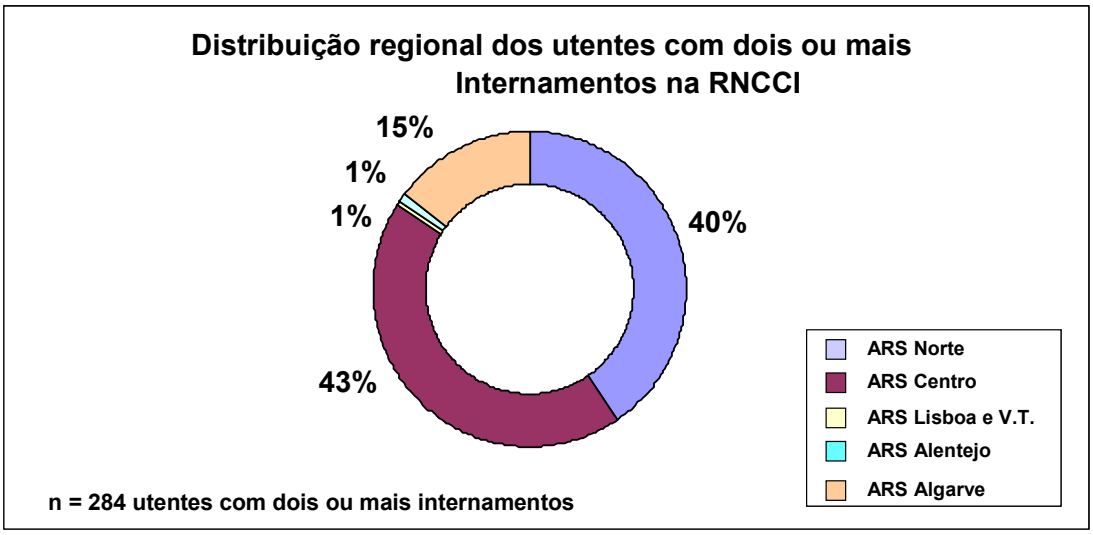
- ✓ **Em média cada utente apresenta 1,4 internamentos;**

- ✓ **Os utentes com somente 1 internamento representam 50% dos internamentos e 70% das pessoas;**

- ✓ **284 pessoas apresentam mais de um internamento; ou seja 30% dos utentes tiveram mais de um internamento na RNCCI no período, nomeadamente:**

  - 2 utentes com 6 internamentos (utentes da região Centro);
  - 5 utentes com 5 internamentos (4 na região Centro e 1 na região Norte);
  - 19 utentes com 4 internamentos (16 utentes da região Centro, 2 da região do Algarve e 1 na região Norte);
  - 38 utentes com 3 internamentos (17 utentes da região Centro, 13 na região Norte e 8 da região do Algarve).

Gráfico n.º 55. Distribuição em percentagem dos utentes com dois ou mais internamentos por região (Novembro 2006- Abril 2007)



Fonte: RIM Novembro 2006- Abril 2007
Amostra: 46 unidades, 189 meses declarados

As pessoas com mais de um internamento acumulam 667 ingressos nas unidades; ou seja, 50% do total de internamentos.

Estes resultados aconselham aprofundar o tratamento dos dados para identificar os casos correspondentes a reinternamentos e os casos que pertencem a utentes com mais de um internamento em distintas tipologias de unidades de internamento da RNCCI.

2.7.1 - Mobilidade entre diferentes tipologias de internamento da RNCCI

Do total de **utentes com dois ou mais internamentos, 44 utentes (3% do total) apresentam entradas em mais de uma tipologia de internamento da RNCCI.** O primeiro internamento de cada utente em diferentes tipologias de unidades não pode ser considerado como reinternamento mas antes como **mobilidade dentro da RNCCI no período estudado.**

Analisando **a mobilidade** desses utentes observamos que:

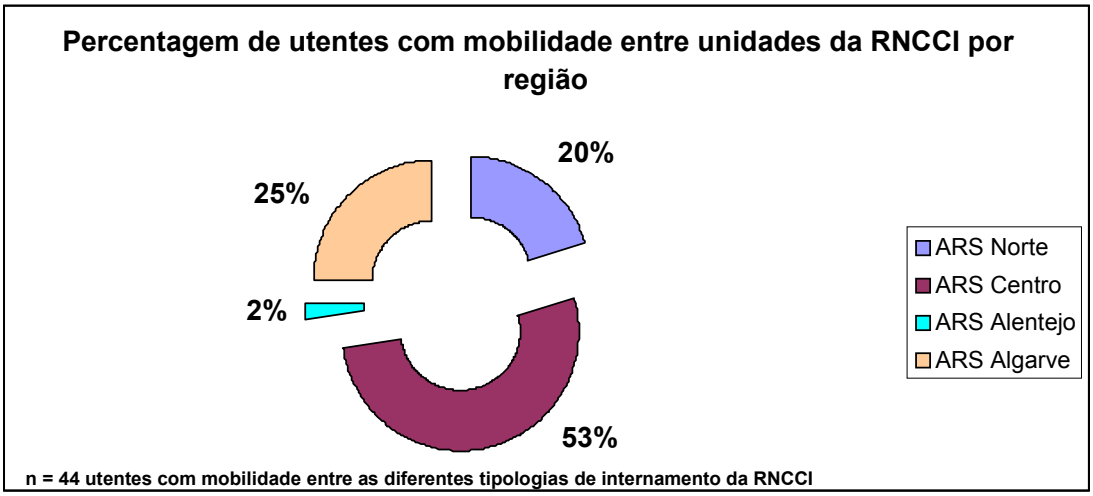
- ✓ **Na maioria dos casos (48%) os utentes combinam internamentos entre uma Unidade de Convalescença e uma Unidade de Média Duração e Reabilitação;**

- ✓ **16% dos utentes combinam internamentos entre unidades de Convalescença e unidades de Longa Duração e Manutenção;**

- ✓ **36% dos utentes combinam internamentos entre uma Unidade de Média Duração e Reabilitação e uma de Longa Duração e Manutenção.**

A distribuição regional destes utentes é apresentada no gráfico n.º 60. Na região de Lisboa e Vale do Tejo não foi declarado nenhum caso.

Gráfico n.º 56. Distribuição em percentagem dos utentes com internamentos em mais de uma tipologia de internamento da RNCCI por região



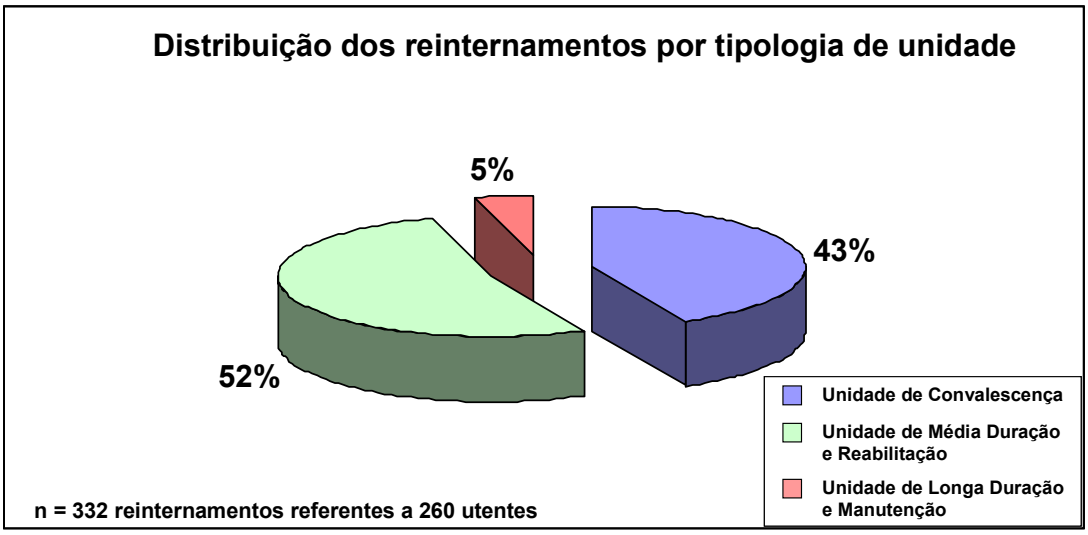
Fonte: RIM Novembro 2006- Abril 2007
Amostra: 46 unidades, 189 meses declarados

2.7.2 - Reinternamentos

Um total de 260 utentes apresenta mais de um internamento na mesma tipologia da unidade de internamento da RNCCI no período estudado; ou seja 27% dos utentes totais declarados. Estes são nomeados no documento como *reinternamentos*.

O número total de reinternamentos é de 332, ou seja, 25% do total de internamentos declarados.

Gráfico n.º 57. Distribuição de reinternamentos por tipologia de unidade de internamento da RNCCI (Novembro 2006 – Abril 2007)



Fonte: RIM Novembro 2006- Abril 2007
Amostra: 46 unidades, 189 meses declarados

Se no futuro se mantém a elevada percentagem de utentes com mais de um internamento numa mesma tipologia de unidade num período curto de tempo, tal como foi obtido, pode comprometer-se a capacidade de cobertura real da RNCCI a um volume de cidadãos menor que o desejado.

Os resultados obtidos para as unidades de Convalescença, atendendo aos dados declarados pelos prestadores no tema de motivos de alta poderiam explicar uma parte destes reinternamentos. Assim, os 11% dos utentes com alta desta tipologia de internamento por agudização podem explicar aproximadamente 38% destes reinternamentos.

Os resultados para as unidades de Média Duração e Reabilitação obtêm efeitos que não são explicáveis através dos dados declarados no capítulo de motivos de alta. Assim, os 17% de utentes declarados com alta por agudização com motivo lato somente explicariam 19% dos reingressos.

No caso das unidades de Longa Duração e Manutenção, o número de reinternamentos obtido pode ser explicado com a percentagem de saídas declaradas como agudizações.

Estes dados põem em causa a fluidez das referenciações, pelo que deverão ser confirmados.

Analisados estes dados e revendo as demoras médias obtidas para as unidades de Convalescença e Média Duração e Reabilitação, as quais eram mantidas dentro do esperado para cada uma desta tipologias, surge uma possível hipótese que deverá ser contrastada por parte das ECL, designadamente:

> *É possível que a elevada percentagem de reinternamentos verificada se deva à vontade de manter cada utente dentro de uma demora média segundo os padrões marcados e, portanto, se esteja a proceder a um certo volume de internamentos fictícios.*

Neste sentido, achamos importante estabelecer **um processo único por utente que permita monitorizar a globalidade dos movimentos de um utente na RNCCI por parte das ECL.** Neste sentido foi já apontada, no exercício do *focus group*, a necessidade da introdução da **figura de *gestor do utente***, que deverá ter um papel fundamental no circuito de referenciação e no planeamento da alta, bem como no acompanhamento continuado dos utentes através do tempo. Considera-se que deveriam ser os profissionais das ECL a desenvolver este papel.

2.8 – Resumo

Da caracterização da actividade das unidades de internamento destaca-se que as declarações dos prestadores, definidas nos contratos, permitem a análise de dados de 71% do total da capacidade das camas contratadas e em funcionamento no período compreendido entre Novembro de 2006 e Abril de 2007. Os dados da amostra tratada a partir das declarações efectuadas à UMCCI até 23 de Maio de 2007 (e relativas ao período compreendido entre Novembro de 2006 e Abril de 2007) abrangem 84% do total das unidades em funcionamento e 69% das declarações esperadas.

> É necessário destacar a importância tanto no rigor das declarações que forem realizadas, como na pontualidade da entrega das mesmas. Neste primeiro exercício, o esforço final realizado em Maio pelos prestadores no envio dos Relatórios de Informação Mensal, nomeadamente *RIM,* permitiu atingir uma amostra suficiente para poder realizar uma caracterização da actividade das unidades de internamento da RNCCI para esta etapa inicial de funcionamento.

Os dados declarados pelos prestadores e incluídos na amostra corresponderam a declarações de 46 unidades em funcionamento que no conjunto realizaram um total de 189 declarações no período compreendido entre Novembro de 2006 e Abril de 2007. Do trabalho dos dados declarados e consistente obteve-se que neste período o total de utentes atendidos (tratados) foi de 1.394; utentes entrados de 1.345 e utentes saídos de 860.

A cobertura populacional atingida para utentes atendidos nas unidades de internamento da RNCCI e declarados pelas entidades prestadoras para o período compreendido entre Novembro de 2006 a Abril de 2007, **é alta.**

Assim, verificou-se que **1 em cada 7.147 habitantes, segundo Censo de 2001 (INE), foi já atendido nas unidades de internamento da RNCCI,** o que supõe que 0,01% do total da população de Portugal Continental tenha já sido atendida nas unidades de internamento da RNCCI.

No caso dos cidadãos com mais de 65 anos, os rácios de cobertura populacional das unidades de internamento da RNCCI elevam-se, situando-se em 1 por cada

1.470 cidadãos; ou seja, 0,07% do total da população com idade igual ou superior a 65 anos.

O rácio de cobertura tem diferentes expressões por região, o que é explicado basicamente pelo diferente volume territorial da oferta em relação à população de cada região. Assim, a região do Algarve atinge a maior cobertura com 1 habitante atendido em cada 2.258 pessoas e, a região de Lisboa e Vale do Tejo a menor, com 1 habitante atendido por cada 28.000 pessoas.

A análise da cobertura por região sugere a **necessidade do alargamento nas regiões de Lisboa e Vale do Tejo e no Alentejo para assim equilibrar a cobertura inter-regional.**

Não obstante, na distribuição percentual do número de utentes atendidos em Portugal Continental por regiões verifica-se que a percentagem de utentes atendidos é superior nas regiões do Norte e Centro, as quais têm simultaneamente a maior capacidade instalada (a região Centro com 38% dos utentes atendidos, seguida da região Norte, com 32%). Assim, as percentagens obtidas mostram uma equilibrada correlação entre os utentes atendidos e a oferta em camas nas unidades de internamento da RNCCI.

A partir dos dados da amostra observa-se que dos 1.394 utentes atendidos (tratados) no período **o maior volume de utentes atendidos concentrou-se na tipologia de Convalescença, que acumulou 47% na tipologia de Média Duração e Reabilitação, com 26%; na tipologia de Longa Duração e Manutenção, com 22%; e, 5% as unidades de Cuidados Paliativos.**

Observa-se que **a capacidade instalada não é utilizada de forma homogénea em todas as tipologias.** Assim, a utilização relativa das unidades de Média Duração e Reabilitação e de Cuidados Paliativos é superior. Estes dados devem ser contrastados conjuntamente com os resultados obtidos dos reinternamentos de utentes nestas tipologias.

A **distribuição por sexo dos utentes entrados** nas unidades de internamento da RNCCI **é similar.**

Os utentes entrados nas tipologias de internamento da RNCCI com idade compreendida entre os 70 e os 89 anos representam 66% do total dos utentes entrados. As pessoas com mais de 70 anos e menos de 80 constituem 34% do total e os utentes com idade compreendida entre os 80 anos e menos de 90 constituem 32%. **Assim, a idade média obtida situou-se em 72 anos. Nas unidades de Cuidados Paliativos a idade média é de 67 anos, sendo maior a percentagem de pessoas mais novas que nas restantes tipologias.**

A destacar que na RNCCI os **utentes entrados com idades inferiores aos 50 anos representam 8% do total de utentes entrados nas tipologias de internamento da RNCCI.**

A cobertura por parte do SNS é maioritária em todas as tipologias, atingindo **88% do total de utentes internados (entrados) no período analisado.**

A proveniência dos utentes internados (entrados) nas unidades da RNCCI é maioritariamente o hospital (**68% dos casos, seguida do domicílio do utente, com 13%.** Destaca-se nas unidades de Convalescença e de Cuidados Paliativos a elevada percentagem de utentes internados provenientes do hospital, respectivamente, de 83% e 63%. De assinalar também a percentagem de utentes entrados nas unidades de Cuidados Paliativos provenientes do domicílio (35% do total dos utentes internados).

> Nas Unidades de Média Duração e Reabilitação, 17% dos utentes entrados provêm das próprias unidades da RNCCI. Nas unidades de Longa Duração e Manutenção esta percentagem situa-se em 15% do total de internamentos.

Da análise dos **diagnósticos médicos no momento da entrada dos utentes** nas unidades de internamento observa-se o destacado peso das **doenças vasculares cerebrais agudas** (acidentes vasculares cerebrais, nomeadamente AVC) no conjunto, os quais abrangem 12% do total dos casos; seguido das **doenças por oclusão de artérias cerebrais** (8%); das **fracturas do colo do fémur** (7%); dos casos relativos a **efeitos tardios de doenças vasculares cerebrais** (5%) e das **úlceras crónicas da pele** (4%). Estes constituem os cinco principais diagnósticos no momento de entrada dos utentes nas unidades de internamento da RNCCI.

Observa-se uma repetida presença dos mesmos diagnósticos nas diferentes tipologias de unidades, à excepção das unidades de Cuidados Paliativos, as quais abrangem fundamentalmente doenças relacionadas com neoplasias (quase 100% de casos).

A percentagem total de utentes saídos (altas) sobre o total de utentes atendidos (tratados) nas unidades de internamento da RNCCI no período analisado situa-se em 62%. Destacam-se as unidades de Convalescença e as de Cuidados Paliativos, com um maior volume de altas. A distribuição dos utentes saídos por tipologias de internamento e por região segue o mesmo padrão que a dos utentes atendidos.

O número de utentes atendidos é claramente superior ao número de utentes com alta em todas as tipologias de internamento da RNCCI e regiões. Estes perfis mostram uma clara tendência ao incremento de actividade nas unidades. Assim podemos afirmar que **o número de utentes nas unidades está a aumentar.**

O dinamismo observado deve ser considerado como um elemento positivo numa fase inicial de funcionamento, onde paulatinamente e de forma progressiva as unidades têm maior procura. As unidades de Longa Duração e Manutenção são as que apresentam maior dinamismo no que se refere à percentagem de captação de novos utentes, seguidas das unidades de Convalescença. O grande distanciamento entre os valores das entradas e saídas a favor das primeiras é sinal de alerta quanto à possível saturação da capacidade; aspecto observado nas unidades de Média Duração e Reabilitação e de Longa Duração e Manutenção da região Centro.

56% dos utentes com alta (utentes saídos) tem como destino o domicílio ou os lares de idosos/ residências. Destes, **25% tem indicação de cuidados domiciliários. Em 47% dos casos, o motivo da alta é a obtenção dos objectivos terapêuticos previstos.**

As unidades de Convalescença mostram uma clara maioria de altas para os domicílios dos utentes, com 62% do total dos casos. Nestas unidades um total de 13% de altas são por óbito.

Nas unidades de Cuidados Paliativos as altas são maioritariamente devidas a óbitos.

Nas unidades de Média Duração e Reabilitação o domicílio ou lar de idosos/residência constitui o principal destino (58% dos casos), percentagem similar à obtida para os motivos de alta com objectivos terapêuticos atingidos. Deve-se ainda comentar que nestas unidades existe uma elevada percentagem de altas para os hospitais por motivo de agudizações (17% dos casos).

Os motivos das altas nas unidades de Longa Duração e Manutenção são totalmente diferentes das restantes tipologias de internamento da RNCCI. Assim, 43% dos casos devem-se a óbitos; 19% a agudizações. Por outro lado, destaca-se a elevada percentagem de altas voluntárias (14%) e o baixo valor (7%) de altas por obtenção dos objectivos terapêuticos.

A demora média segue um padrão heterogéneo entre as diferentes regiões. No conjunto das unidades e tipologias de internamento situa-se em 57 dias.

Nas unidades de Convalescença, a permanência média em dias de internamento é de 33 dias. A região de Lisboa e Vale do Tejo apresenta uma demora média elevada (52 dias) e as regiões do Norte e do Algarve são as que mostram resultados mais próximos do esperado (30 dias).

Nas unidades de Média Duração e Reabilitação, a média em dias de internamento é de 72 dias. A região de Lisboa e Vale do Tejo apresenta uma demora média elevada, de 118 dias. A região do Centro mostra a demora média mais baixa: 54 dias.

Nas unidades de Longa Duração e Manutenção, a média em dias de internamento é de 135 dias. As unidades da região Norte, com 202 dias, obtêm a demora média maior. As unidades da região do Algarve apresentam a demora média mais baixa, de 84 dias.

As duas unidades de Cuidados Paliativos, localizadas na região de Lisboa e Vale do Tejo, apresentam uma demora média de 37 dias.

Analisando as **taxas de ocupação por meses observa-se uma evolução positiva nas diferentes tipologias de unidades. O perfil obtido é coerente para uma fase de início de funcionamento**.

Tanto as unidades de Média Duração e Reabilitação como as unidades de Longa Duração e Manutenção atingiram no mês de Março taxas de ocupação superiores a 85% (82% e 85%, respectivamente). As unidades de Cuidados Paliativos situaram-se acima dos 95%. Para as unidades de Média Duração e Reabilitação encontra-se um comportamento homogéneo entre as diferentes regiões. A variabilidade inter-regional está presente na tipologia de Longa Duração e Manutenção.

Somente as unidades de Convalescença apresentam uma taxa de ocupação inferior (65% para o mês de Março), apesar do crescente dinamismo que foi identificado para este tipo de unidades. Por outro lado, observam-se nesta tipologia de internamento claras diferenças inter-regionais, resultados que poderão confirmar os contributos qualitativos, obtidos através das visitas da equipa da UMCCI, das ECR e do *focus group* onde, coincidentemente **se identificava como constrangimento a existência de certas resistências por parte dos hospitais no envio de utentes para esta tipologia de cuidados.**

Os códigos de identificação do Bilhete de Identidade (BI) dos utentes permitiram identificar as diferentes pessoas internadas nas unidades de internamento no período estudado. **Em média, no conjunto das unidades cada utente apresenta 1,4 internamentos. Nenhum dos utentes foi internado em mais de uma região.** Observou-se que:

- ✓ 30% dos utentes tiveram mais de um internamento na RNCCI no período estudado, no qual acumularam 50% do total de internamentos. Assim, observa-se que somente um em cada dois internamentos é realizado para pessoas diferentes;

- ✓ 3% do total destes *reinternamentos* na RNCCI apresentam mobilidade dentro da RNCCI, ou seja entradas em mais de uma tipologia de cuidados. A maioria dos casos (48%) combina internamentos para uma mesma pessoa entre uma Unidade de Convalescença e uma Unidade de Média Duração e Reabilitação. É na região Centro que se localiza a maior parte desta mobilidade interna de utentes na Rede.

O número total de *reinternamentos* acumula 25% do total de internamentos; abrangendo 27% do total de utentes internados na RNCCI no período compreendido entre Novembro de 2006 e Abril de 2007. O menor número corresponde a pessoas da tipologia de Longa Duração e Manutenção. As unidades de Cuidados Paliativos não apresentam reinternamentos.

Uma percentagem elevada de utentes com mais de um internamento numa mesma tipologia de unidade num período curto de tempo, tal como o obtido, se é mantida no tempo, pode comprometer a capacidade de cobertura real da RNCCI a um volume de cidadãos menor do que o desejado.

A seguir apresentamos de forma resumida os dados mais relevantes obtidos para cada uma das tipologias de unidades de internamento da RNCCI para assim realizar uma caracterização geral de cada uma delas (quadros n.º 27, 28, 29 e 30).

Quadro n.º 9. Perfil das unidades de Convalescença obtido através dos indicadores mais relevantes a partir das declarações dos prestadores no período compreendido entre Novembro de 2006 e Abril de 2007

Caracterização das unidades de Convalescença no período compreendido entre Novembro de 2006 e Abril de 2007			
Cobertura	**Utentes atendidos (tratados)**		Mais de 4 utentes em cada 10 atendidos nas unidades de internamento da RNCCI (47 % do total)
Caracterização dos utentes atendidos	**Idade dos utentes**	**Idade média**	74 anos
		Faixa etária	44% utentes entre 75 e 84 anos 16% com menos de 60 anos
	Sexo		51% homens e 49% mulheres
	Proveniência		Do hospital: 83% Do domicílio:9 %
	Subsistema de cobertura		90% SNS; 4,5% ADSE e 5,5 Outros
	Diagnóstico médico no momento da admissão		12% de casos por doença vascular cerebral aguda, mas mal definida ("AVC") 11% dos casos por oclusão de artérias cerebrais 9% dos casos por fractura do colo do fémur 5% dos casos por úlcera crónica da pele 3% dos casos por hemorragia intracerebral
Actividade das unidades	**Descrição das altas (utentes saídos)**	**Percentagem de altas**	4 em cada 10 altas nas unidades de internamento da RNCCI (36 % do total de saídas) 76% de utentes atendidos
		Motivo das altas	59% por obtenção de objectivos terapêuticos 13% por óbito
		Destino das altas	63% para o domicílio, lar ou residência, dos quais 30% com indicação de cuidados domiciliários 13% para hospitais
	Dinamismo das unidades		Moderada captação de novos utentes: as entradas de utentes superam as saídas em 31%
	Demora média		33 dias de média. Grande variabilidade entre unidades de internamento e regiões
	Taxa de ocupação		Evolução moderada por meses: aumento de 37% entre Dezembro de 2006 e Março de 2007 65% de ocupação média em Março de 2007
Mobilidade e reinternamentos			43% do total de reinternamentos

Quadro n.º 10. Perfil das unidades de Média Duração e Reabilitação obtido através dos indicadores mais relevantes a partir das declarações dos prestadores no período compreendido entre Novembro de 2006 e Abril de 2007

Caracterização das unidades de Média Duração e Reabilitação no período compreendido entre Novembro de 2006 e Abril de 2007			
Cobertura	**Utentes atendidos (tratados)**		Mais de 2 utentes em cada 10 utentes atendidos nas tipologias de internamento da RNCCI (26% do total)
Caracterização dos utentes atendidos	**Idades dos utentes**	**Idade média**	72 anos
		Faixa etária	50% utentes entre 75 e 89 anos 9% de utentes com menos de 50 anos
	Sexo		50% homens e 50% mulheres
	Proveniência		Do hospital: 57% Do domicílio:13% Dos Centros Saúde: 11%
	Subsistema de cobertura		87% SNS; 5% ADSE (7% sem dados)
	Diagnóstico médico no momento da admissão		13% de casos por doença vascular cerebral aguda, mas mal definida ("AVC") 8% dos casos por oclusão de artérias cerebrais 7% dos casos por fractura do colo do fémur 5% dos casos por efeitos tardios de doenças vasculares cerebrais 5 % dos casos por ulcera crónica da pele
Actividade das unidades	**Descrição das altas (utentes saídos)**	**Percentagem das altas**	2 de cada 10 altas na RNCCI (22% do total das saídas) 53% dos utentes atendidos
		Motivo das altas	52% obtenção de objectivos terapêuticos 17% agudizações 14% óbitos
		Destino das altas	58% para domicílio, lar ou residência 21% com indicação de cuidados domiciliários 20% para hospitais
	Dinamismo das unidades		Elevada captação de novos utentes: as entradas de utentes superam as saídas em 75 %
	Demora média		72 dias de média. Grande variabilidade entre unidades e regiões
	Taxa de ocupação		Evolução positiva por meses: aumento de 43% entre Dezembro de 2006 e Março de 2007 82% de ocupação média em Março de 2007
Reinternamentos			52% do total de reinternamentos

Quadro n.º 11. Perfil das unidades de Longa Duração e Manutenção obtido através dos indicadores mais relevantes a partir das declarações dos prestadores no período compreendido entre Novembro de 2006 e Abril de 2007

Caracterização das unidades de Longa Duração e Manutenção no período compreendido entre Novembro de 2006 e Abril de 2007			
Cobertura	**Utentes atendidos (tratados)**		2 em cada 10 utentes atendidos nas tipologias de internamento da RNCCI (22% do total)
Caracterização dos utentes atendidos	**Idades dos utentes**	**Idade média**	75 anos
		Faixa etária	60% com mais de 75 anos 8% com mais de 89 anos 13% com menos de 60 anos
	Sexo		44% homens e 50% mulheres (6% sem dados)
	Proveniência		Do hospital: 46% Do domicílio:19% Dos Centros de Saúde: 9% Do lar/residências: 11%
	Subsistema de cobertura		85% SNS; 4% ADSE;1% Forças Armadas; 10%Outros
	Diagnóstico médico no momento da admissão		13% de casos por doença vascular cerebral aguda, mas mal definida ("AVC") 12% dos casos por efeitos tardios de doenças vasculares cerebrais 6% degenerações cerebrais ncop 4% dos casos por oclusão de artérias cerebrais 3,5% doença vascular cerebral ncop ou mal definida
Actividade das unidades	**Descrição das altas (utentes saídos)**	**Percentagem das altas**	1,4 de cada 10 altas na RNCCI (14% do total das saídas) 39% de utentes atendidos
		Motivo das altas	7% obtenção dos objectivos terapêuticos 21% agudizações 43% óbitos
		Destino das altas	32% para domicílio, lar ou residência, dos quais 12% com indicação de cuidados domiciliários 19% para hospitais
	Dinamismo das unidades		Elevada obtenção de novos utentes: as entradas de utentes superam as saídas em 147%.
	Demora média		135 dias de média. Grande variabilidade entre unidades e regiões
	Taxa de ocupação		Evolução positiva por meses: aumento de 45% entre Dezembro 2006 e Março 2007 85% de ocupação média em Março 07
Reinternamentos			5% dos internamentos

Quadro n.º 12. Perfil das unidades de Cuidados Paliativos obtido através dos indicadores mais relevantes a partir das declarações dos prestadores no período compreendido entre Novembro de 2006 e Abril de 2007

Caracterização das Unidades de Cuidados Paliativos no compreendido entre Novembro de 2006 e Abril de 2007			
Cobertura	**Utentes atendidos (tratados)**		Quase 1 em cada 10 utentes atendidos nas tipologias de internamento da RNCCI (5% do total)
Caracterização dos utentes atendidos	**Idades dos utentes**	**Idade média**	67 anos
		Faixa etária	25% entre 60 e 69 anos 29% menores de 60 anos
	Sexo		41% homens e 41% mulheres (19% sem dados)
	Proveniência		Do hospital: 63% Do domicílio:35% Do lar/residências: 2%
	Subsistema de cobertura		91% SNS, 6% ADSE, 3% SAMS
	Diagnóstico médico no momento da admissão		12% de casos por neoplasia maligna da traqueia, por brônquios e pulmão 12% de casos por neoplasia maligna do cólon 8% de casos por neoplasia maligna do estômago 6% de casos por neoplasia maligna do esófago
Actividade das unidades	**Descrição das altas (utentes saídos)**	**Percentagem das altas**	0,6 de cada 10 altas na RNCCI (6% do total das saídas) 77% de utentes atendidos
		Motivo das altas	97,5% óbitos 2,5% obtenção dos objectivos terapêuticos
		Destino das altas	
	Dinamismo das unidades		Moderada obtenção de novos utentes: As entradas de utentes superam as saídas em 22%.
	Demora média		37 dias de média
	Taxa de ocupação		Estável em 95%
Reinternamentos			Sem reinternamentos

4 - Análise das dotações de pessoal declaradas pelas unidades prestadoras

O capítulo de pessoal representa um verdadeiro ponto-chave para o bom funcionamento dos serviços. Na área da Saúde, tal como na da Educação, a qualidade dos serviços depende da qualidade do trabalho dos recursos humanos. Da mesma forma que, por mais que tenhamos dado uma aula da mais alta tecnologia, ninguém pode esperar por isso uma boa turma, pelo que também não podemos esperar que se faça uma boa prestação de cuidados sem contar com um mínimo de dotação de pessoal que possa configurar uma equipa capaz.

Os profissionais devem ter um volume de trabalho razoável, sentirem-se adequadamente valorizados e serem pagos justamente. Apenas se forem cumpridas as presentes condições se poderá exigir um trabalho de qualidade que cumpra com os objectivos assistenciais delineados.

O objectivo deste trabalho é averiguar se são dadas as condições para ser efectuada uma gestão adequada, ou se pelo contrário, há que reflectir e ponderar a introdução de pequenos ajustes que proporcionem uma gestão de pessoal que obtenha os resultados desejados.

O capítulo de pessoal aqui referido vem marcado necessariamente pela limitação de dados disponibilizados. Sendo que a melhoria de qualidade dos dados deve ser sempre uma constante, neste caso específico, deverá tornar-se numa alta prioridade.

DADOS INCLUÍDOS NO ESTUDO

Para o estudo de pessoal foram tratados para todas as unidades os dados declarados para o mês de Março de 2007. Este mês incluía unidades já com mais de dois meses de funcionamento em todos os casos.

Para facilitar a compreensão dos quadros e agilizar a leitura, procedeu-se à enumeração dos centros de acordo com o esquema do quadro n.º 31.

Quadro n.º 13. Código de leitura da relação das unidades incluídas na análise de pessoal

Relação das unidades incluídas na análise de despesas		
Código	**Entidade**	**Distrito**
Unidades de Convalescença		
1	SCM ÁGUEDA	AVEIRO
2	SCM GUARDA	GUARDA
3	SCM TAROUCA	VISEU
4	SCM IDANHA-A-NOVA	CASTELO BRANCO
5	SCM PORTIMÃO	FARO
6	SCM ENTRONCAMENTO	SANTARÉM
7	SCM RIBA D'AVE	BRAGA
8	SCM PÓVOA DE LANHOSO	BRAGA
9	SCM LOUSADA	PORTO
10	SCM ESPOSENDE	BRAGA
11	SCM FELGUEIRAS	PORTO
Unidades de Média Duração e Reabilitação		
1	SCM MORA	ÉVORA
2	SCM ÁGUEDA	AVEIRO
3	SCM MORTÁGUA	VISEU
4	SCM CASTELO DE PAIVA	AVEIRO
5	SCM FUNDÃO	CASTELO BRANCO
6	SCM PORTIMÃO	FARO
7	INSTITUTO SÃO JOÃO DE DEUS	LISBOA
8	SCM VILA DO CONDE	PORTO
9	SCM RIBA D'AVE	BRAGA
10	SCM MURÇA	VILA REAL
11	SCM ESPOSENDE	BRAGA
Unidades de Longa Duração e Manutenção		
1	SCM MORA	ÉVORA
2	C.A.S.C.I. CENTRO DE APOIO SOCIAL DO CONCELHO DE ÍLHAVO	COIMBRA
3	CARITAS DIOCESANA DE COIMBRA	COIMBRA
4	SCM FUNDÃO	CASTELO BRANCO
5	SCM AROUCA	AVEIRO
6	SCM RESENDE	VISEU
7	SCM CASTELO DE PAIVA	AVEIRO
8	SCM SANTAR	VISEU
9	SCM MORTÁGUA	VISEU
10	SCM SILVES	FARO
11	SCM VILA REAL DE SANTO ANTÓNIO	FARO
12	SCM VILA DO CONDE	PORTO
13	SCM RIBA D'AVE	BRAGA
14	SCM MURÇA	VILA REAL
Unidades de Cuidados Paliativos		
1	INSTITUTO DAS IRMÃS HOSPITALEIRAS DO SAGRADO CORAÇÃO DE JESUS	LISBOA
2	SCM AMADORA	LISBOA

LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Infelizmente comprovámos que não é possível obter rácios com o número de pessoas, já que os dados de que dispomos adicionam, duplicam ou triplicam alguns trabalhadores quando estes estão presentes nas folhas de pagamento de vencimentos, suplementos e ainda trabalhos extras. Pelo que achamos que o modelo de recolha de dados de colaboradores deverá ser revisto de forma a optimizar o seu posterior tratamento e aprofundar o esclarecimento dos conceitos que devem ser colocados em cada campo.

No entanto, com os dados disponíveis relativos a horas de trabalho por semana declaradas pelos prestadores para cada tipo de profissional e unidade, em trabalho nas unidades, é assim possível obter alguns resultados e conclusões.

METODOLOGIA

O estudo realizou-se a partir dos dados disponíveis; ou seja, através das horas semanais realizadas por tipo de profissional declaradas pelas unidades.

Os dados de cada unidade foram comparados com a média do conjunto de unidades e com os procedimentos *standards*, previstos no Anexo 3 dos contratos sobre "*Condições mínimas da prestação dos serviços: 1. Recursos Humanos".*

Para poder comparar os dados entre unidades e os procedimentos *standards* procedeu-se à transformação de dados do Anexo 3 e dos das unidades, em horas mensais por cama.

Como está descrito aprofundadamente no capítulo 5 acerca das despesas declaradas pelos prestadores, os custos com pessoal são considerados um custo fixo. Ou seja, as horas de profissionais necessárias para uma unidade de 20 camas são praticamente as mesmas que para uma unidade de 15. Da mesma forma que um autocarro de 10 lugares precisa do mesmo número de condutores que um de 30, uma unidade de saúde pequena não pode poupar/cortar na contratação de pessoal apenas pela sua dimensão. Assim, existirá uma capacidade mínima a partir da qual a unidade será

necessariamente mais cara, se a sua dimensão for inferior; a uma unidade com capacidade maior, ainda que as duas tenham o mesmo bom perfil na gestão dos recursos.

A análise abrange as seguintes tipologias de pessoal:

> Médicos, fisiatras, enfermeiros, assistentes sociais, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais e terapeutas da fala (sempre apresentados juntos, nutricionistas e dietistas, também apresentados juntos) e auxiliares de acção médica e ajudantes de acção directa.

Analisando em separado cada tipologia de unidade, obtemos os resultados que a seguir apresentamos:

4.1 - Análise de pessoal nas Unidades de Convalescença

No quadro n.º 32 observamos por linhas as horas mensais por cama declaradas pelas unidades para cada uma das tipologias de profissionais. A penúltima linha mostra o total de horas do conjunto de tipologias de profissionais estudadas. E na última linha apresentam-se os desvios obtidos de cada unidade das horas totais de cada uma, face à média aritmética de todas as unidades.

Quadro n.º 14. Resultados da análise das horas por mês e cama do pessoal das Unidades de Convalescença no mês de Março de 2007

Número de horas mensais por cama: declaradas, média das unidades standard dos contratos Unidades de Convalescença														
Unidades / Tipologia de profissional	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	Média	Standard	Diferença entre a média e o standard (%)
Médicos	0,7	1,2	3,2	2,0	4,3	5,0	3,2	3,3	1,4	3,5	2,8	**2,8**	**14,0**	***-80%***
Fisiatras	0,6	0	0	0	0,1	0	0,2	0	0	0	0	**0,1**	**28,0**	***-100%***
Enfermeiros	15,2	59,5	20,4	11,8	10,7	14,4	20,5	14,6	9,9	13,5	1,3	**17,4**	**52,3**	***-67%***
Fisioterapeutas	1,8	0,2	1,3	1,6	1,6	0	1,9	2,5	0,6	0	0	**1,0**	**11,7**	***-91%***
Terapeutas ocupacionais e terapeutas da fala	0	0	0	0	0	0	0,3	0,1	0	0	0	**0,0**	**-**	**-**
Nutricionistas e Dietistas	0	0	0,7	0	0,6	0	0,9	0,9	0	0	1,0	**0,4**	**4,0**	***-91%***
Auxiliares de acção médica e ajudantes de acção directa	8,6	7,4	27,1	0	29,7	5,6	10,7	12,1	20,8	10,3	3,9	**12,4**	**37,7**	***-67%***
Psicólogos	0	0	0	2	0,3	0	1,2	0,6	0	0	0	**0,3**	**-**	**-**
Assistentes sociais	0	0	0	2	0,7	0	0	0,7	0,9	1,4	1,3	**0,6**	**5,1**	***-88%***
Total de horas	**27**	**68**	**53**	**19**	**48**	**25**	**39**	**35**	**34**	**29**	**10**	**35,1**	**153**	***-77%***
Desvio em relação à média (%)	***-23%***	***95%***	***50%***	***-47%***	***37%***	***-29%***	***11%***	***-1%***	***-4%***	***-18%***	***-71%***			

Fonte: RIM Março 2007

Por colunas encontramos todas as unidades numeradas. As últimas colunas referem-se aos valores médios obtidos para o conjunto das unidades, seguido do *standard* definido no Anexo 3 dos contratos e a diferença percentual entre este *standard* e a média do conjunto das unidades.

Na última linha assinala-se a vermelho as unidades em que a diferença entre as horas declaradas difere da média do conjunto de unidades em mais de 20%.

Observa-se neste caso o grande número de unidades com diferenças superiores a este valor. Isso significa que as unidades apresentam dotações de pessoal muito diferentes entre si.

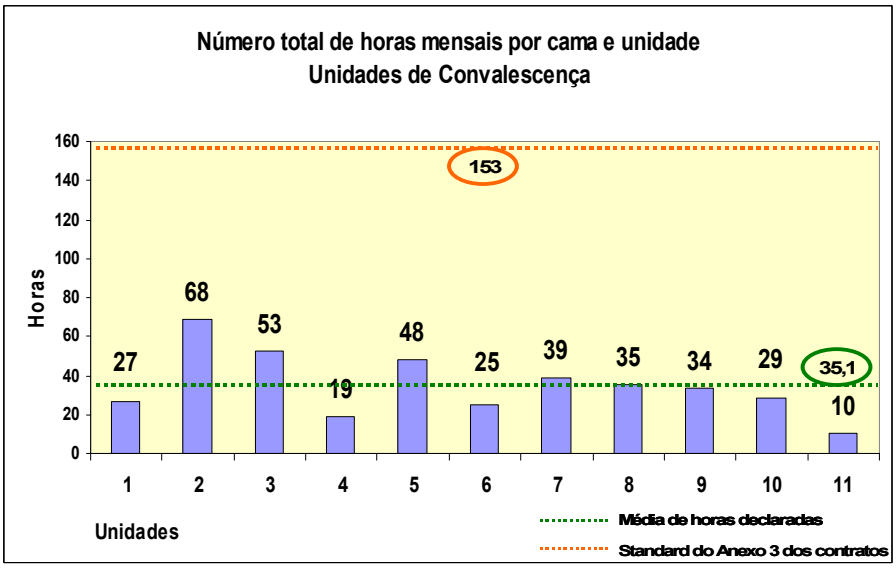
Na última coluna apresentam-se os valores em percentagem sobre a variação da média para cada tipologia de profissional em relação ao *standard* dos contratos. Observa-se que para todas as categorias, os resultados (marcados a vermelho) se situam abaixo dos 20%.

Esses valores a vermelho indicam uma subdotação de pessoal de horas por mês e cama. Para as tipologias de profissionais que não têm fixado o *standard*, o espaço permanece em branco com um hífen. **Assim, podemos declarar que a**

heterogeneidade e subdotação são a tónica geral de toda as unidades de convalescença.

No gráfico n.º 62 apresenta-se parte da mesma análise. Observamos a soma total das horas mensais e por cama declaradas por cada unidade para a soma do conjunto de tipologias de profissionais analisados face à média de todas as unidades, onde obtemos 35 horas mensais por cama, e o valor de 153 horas mensais por cama como *standard* no Anexo 3 dos contratos.

Gráfico n.º 58. Número total de horas mensais por cama e unidade nas Unidades de Convalescença no mês de Março de 2007



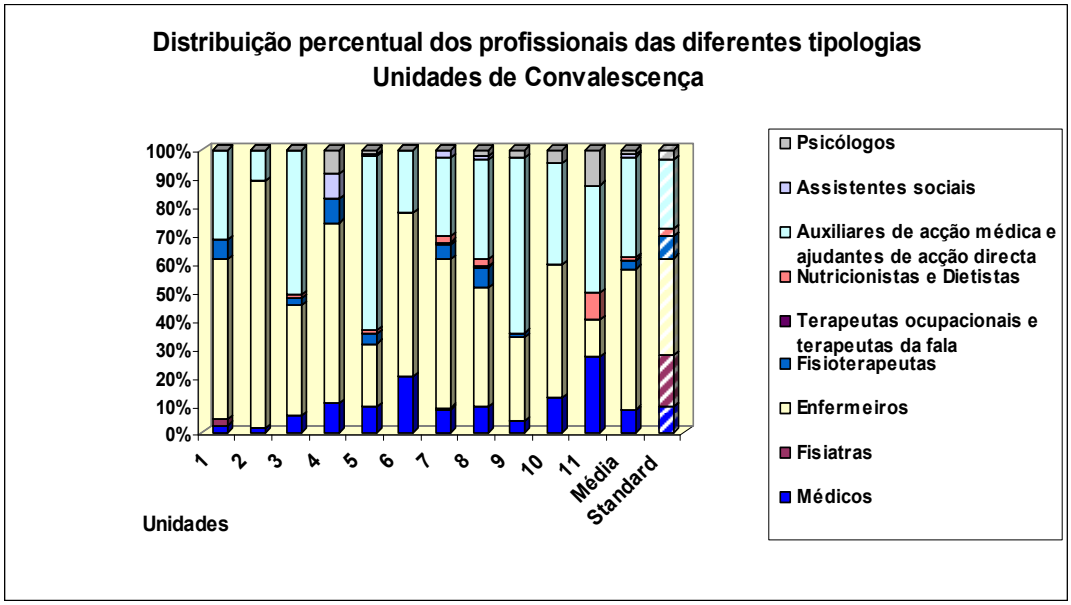
Fonte: RIM Março 2007

A heterogeneidade das dotações e subdotação visualiza-se perfeitamente neste gráfico. Perante este facto há que dizer que: **os resultados obtidos face aos *standards* definidos situam-se abaixo do esperado, mostrando umas dotações de pessoal visivelmente inferiores.**

A seguir analisaremos as dotações declaradas conforme a composição de cada uma das tipologias de profissionais estudadas, obtendo-se assim a estrutura de pessoal de cada unidade.

No gráfico a seguir são apresentados os resultados obtidos para cada unidade, a estrutura média que apresenta o conjunto de unidades e a estrutura definida nos contratos. No gráfico 63 observamos a distribuição em percentagem de todas as categorias de pessoal estudadas para cada unidade. Nas colunas estão todas as unidades, nas duas últimas colunas estão a média e o *standard* estipulado nos contratos. No eixo vertical encontramos as percentagens de cada tipologia de pessoal.

Gráfico n.º 59. Estrutura de pessoal em percentagem nas Unidades de Convalescença no mês de Março de 2007



Fonte: RIM Março 2007

O gráfico mostra de forma visual a variação da composição das dotações entre as unidades e as diferenças com o *standard* formulado no anexo 3 dos contratos.

Assim observa-se que a distribuição percentual das diferentes categorias de profissionais é muito heterogénea. Facilmente pode ver-se que a estrutura em percentagem para as diferentes tipologias de profissional não se assemelha em nada entre unidades. E também não existe nenhuma unidade que corresponda ao *standard*.

É difícil, por isso, acreditar que tais unidades possam oferecer uma carteira de cuidados parecida.

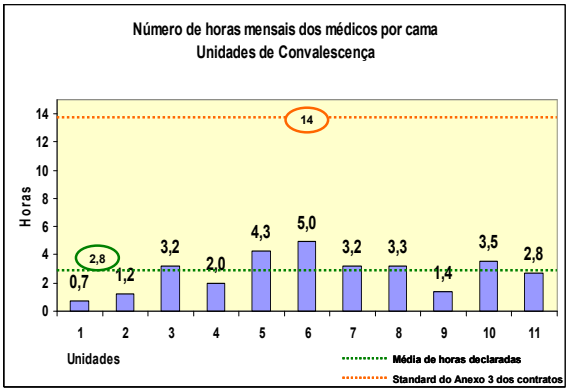
Para completar uma visão mais detalhada, a seguir apresentam-se os resultados para cada tipologia de profissional o que permite ver os perfis para cada tipo de profissional que as unidades apresentam.

Assinalar que para todos os casos se encontra uma **enorme diferença entre unidades**.

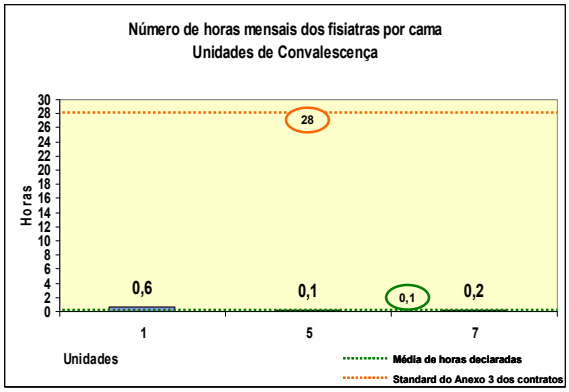
Neste caso, cabe destacar os **baixos e alarmantes resultados para os fisiatras e fisioterapeutas**; e comentar que duas unidades declaram, ainda que não esteja contemplado nas dotações mínimas, pessoal de terapia ocupacional.

Se analisarmos os dados por cada uma das tipologias de pessoal, encontramos os seguintes perfis. Assinalar que foram retirados ao gráfico as unidades com valores zero. Ver gráficos n.º 64 e 65.

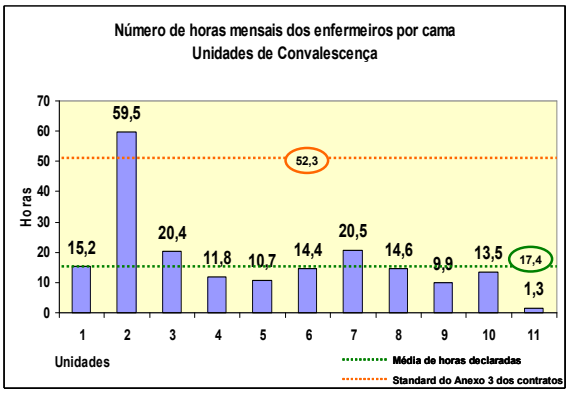
Gráfico n.º 60. Comparação das horas mensais por cama dos médicos, fisiatras, enfermeiros e fisioterapeutas com a média do conjunto de Unidades de Convalescença e o standard definido nos contratos



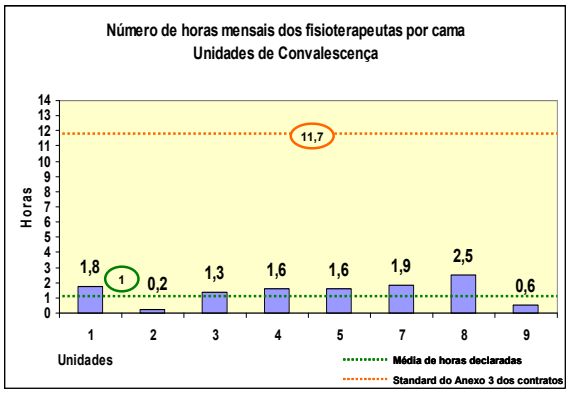
Fonte: RIM Março 2007



Fonte: RIM Março 2007

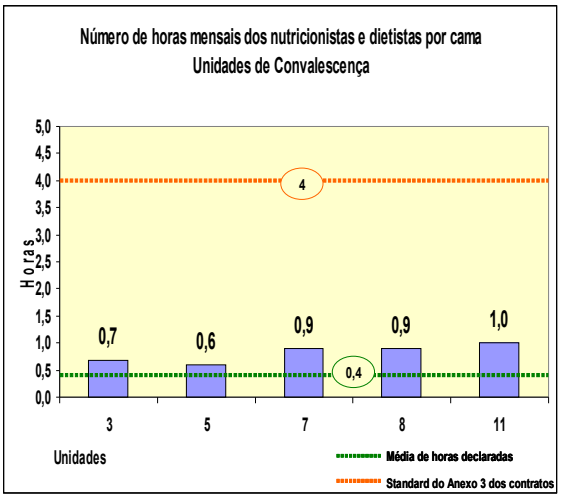


Fonte: RIM Março 2007

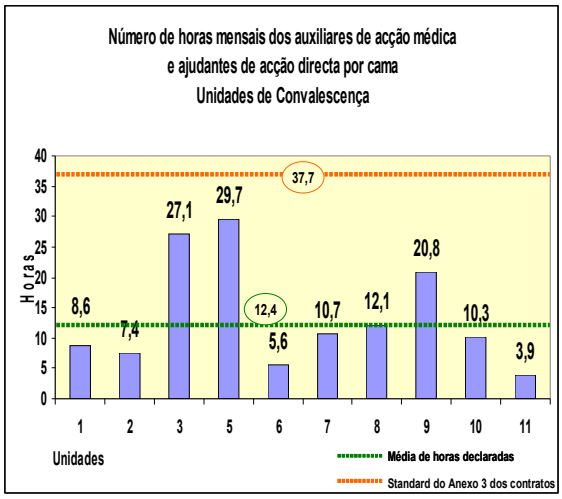


Fonte: RIM Março 2007

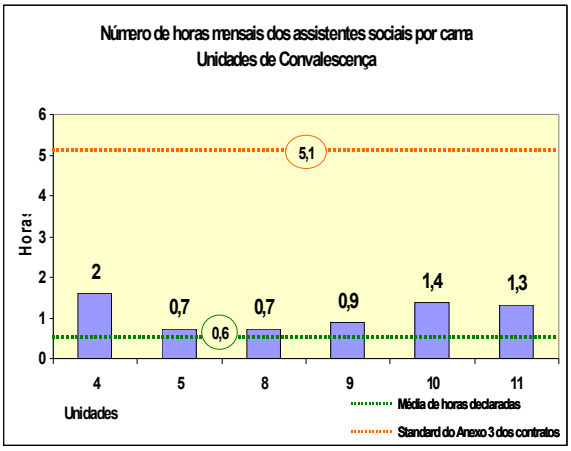
Gráfico n.º 61. Comparação das horas mensais por cama dos nutricionistas e dietistas, auxiliares de acção médica e ajudantes de acção directa, assistentes sociais e psicólogos com a média do conjunto de Unidades de Convalescença e o standard definido nos contratos



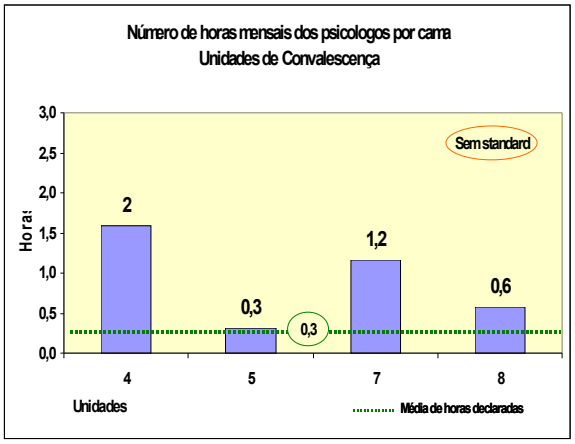
Fonte: RIM Março 2007



Fonte: RIM Março 2007



Fonte: RIM Março 2007



Fonte: RIM Março 2007

Analisando as horas disponíveis por cama em cada uma das tipologias de pessoal, deparamo-nos com perfis muito variados. Em profissões tão importantes como a Medicina, encontramos uma variação que vai desde as 5 horas por mês e cama na unidade 6 até 0,7 na unidade 1. Nos intervalos encontramos todos os valores possíveis.

Mais extraordinário ainda é o caso dos fisiatras, ausentes na maioria das unidades, mas com 0,6 horas por mês e cama na unidade 1 e com 0,1 e 0,2 horas por mês e

cama nas unidades 5 e 7. Tratando-se das únicas excepções na tónica geral de ausência deste importante quadro profissional.

Os enfermeiros, outra profissão muito importante nas unidades, apresentam uma discrepância entre unidades ainda maior; desde as 59,5 horas por mês e cama na unidade 2 até às escassas 1,3 da unidade 11. De facto, a dimensão da discrepância lança dúvidas acerca da qualidade dos dados.

Assim, podemos concluir que **se observa uma subdotação, generalizada na Convalescença, sendo especialmente grave nos Fisiatras.**

4.2 - Análise de pessoal nas Unidades de Média Duração e Reabilitação

Em relação aos resultados das Unidades de Média Duração e Reabilitação podem tirar-se as mesmas conclusões que para as Unidades de Convalescença. Os resultados obtidos estão no quadro n.º 33.

Quadro n.º 15. Resultados da análise das horas por mês e cama do pessoal das Unidades de Média Duração e Reabilitação no mês de Março de 2007

Número de horas mensais por cama: declaradas, média das unidades e standard dos contratos Unidades de Média Duração e Reabilitação														
Unidades: Tipologia de profissional	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	Média das unidades	Standard dos contratos	Diferença entre a média e o standard (%)
Médicos	2,3	0,7	3,0	2,3	2,8	6,0	0,4	2,5	2,5	5,3	3,3	**2,8**	**10,3**	***-73%***
Fisiatras	0,2	0,6	0	1,0	0	0,2	0	0,2	0,2	0	0	**0,2**	**0,9**	***-75%***
Enfermeiros	14,8	16,8	7,5	24,0	9,3	14,7	0	10,0	16,8	15,4	24,5	**14,0**	**37,7**	***-63%***
Fisioterapeutas	1,8	1,8	1,4	0	0	2,4	0	0	2,3	0	0	**0,9**	**0,9**	***-1%***
Terapeutas ocupacionais e terapeutas da fala	0	0	0	0	0	0	0	0,6	0	0	0	**0,1**	**2,5**	***-98%***
Nutricionistas e Dietistas	0,2	0	0,3	0	0	1,0	0	0,2	0,2	0	0	**0,2**	**1,0**	***-82%***
Auxiliares de acção médica e ajudantes de acção directa	35,0	5,6	1,5	0	0	56,0	0	28,9	17,5	21,0	15,5	**16,5**	**85,0**	***-81%***
Psicólogos	0	0	0,2	1,7	0	0,3	0	0,8	0,7	0	0	**0,3**	**-**	
Assistentes sociais	1,4	1,0	1,4	2,9	0,7	0,8	0	1,1	0	3,5	1,3	**1,3**	**2,9**	***-56%***
Total de horas	**56**	**27**	**15**	**32**	**13**	**82**	**0,4**	**44**	**40**	**45**	**45**	**36,2**	**138**	***-74%***
Desvio em relação à média (%)	**54%**	**-27%**	**-58%**	**-12%**	**-65%**	**125%**	**-99%**	**22%**	**11%**	**25%**	**23%**			

Fonte: RIM Março 2007

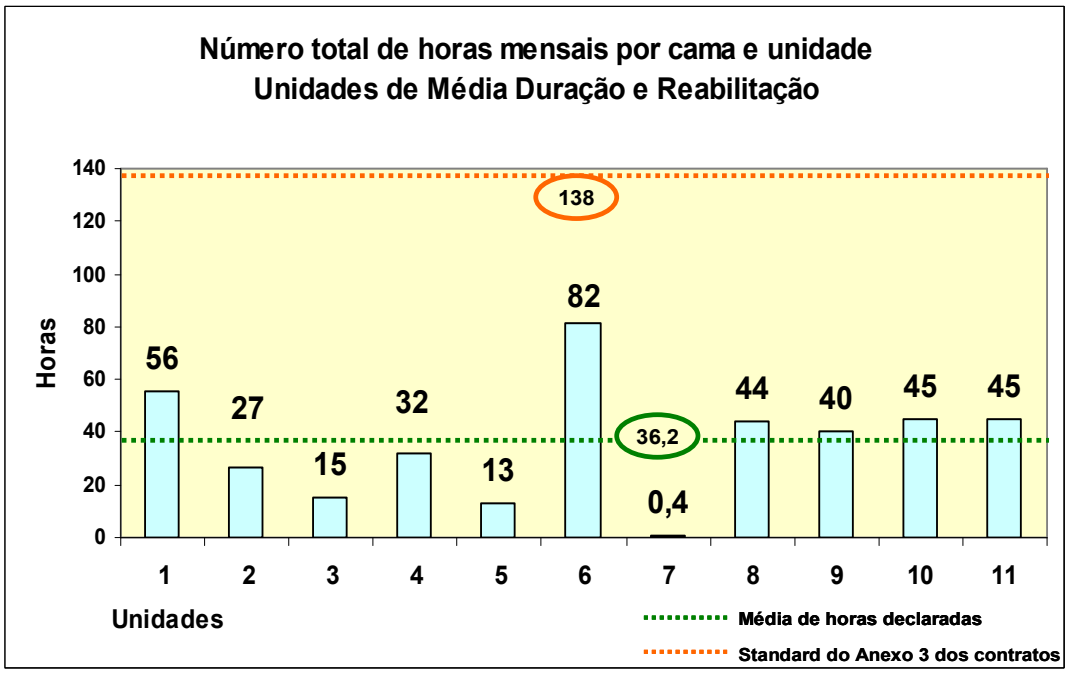
Na última linha assinala-se a vermelho as unidades em que a diferença entre as horas declaradas difere da média do conjunto de unidades em mais de 20%. Veja-se no quadro como a última linha e a última coluna aparecem praticamente a vermelho.
As unidades número 4 e 9 são as únicas que estão a verde, o que significa que são as únicas Unidades de Média Duração e Reabilitação com uma dotação de horas por mês e cama similar à média de todas as unidades.

Também observamos que **a média de todas as tipologias de pessoal estão com dotações abaixo dos *standards* definidos nos contratos, à excepção do caso dos fisioterapeutas que apresenta uma subdotação pequena** (único valor marcado a verde).

Uma comparação visual elaborada no gráfico n.º 66 demonstra, mais uma vez o que a tabela expressa em valores (números).

Realmente conclui-se que os ***standards* estabelecidos se situam muito acima das dotações declaradas pelos prestadores nesta tipologia de unidade.**

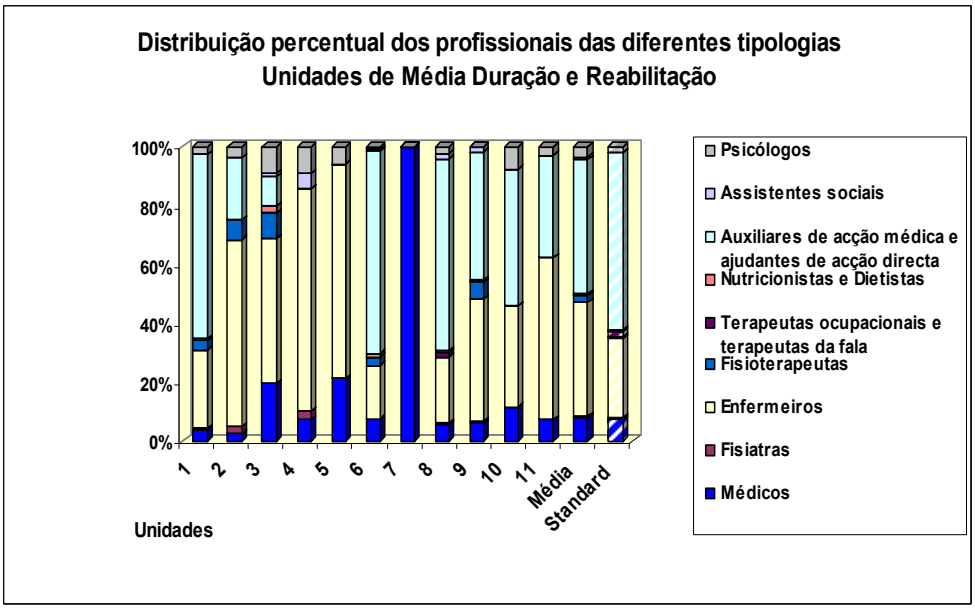
Gráfico n.º 62. Número total de horas mensais por cama e unidade nas Unidades de Média Duração e Reabilitação no mês de Março de 2007



Fonte: RIM Março 2007

A seguir analisaremos as dotações declaradas segundo composição de cada uma das tipologias de profissional estudadas. Assim, obteve-se a estrutura de pessoal para cada unidade e pode comparar-se com o perfil obtido para a média do conjunto das unidades e a estrutura *standard* definida nos contratos.

Gráfico n.º 63. Estrutura de pessoal em percentagem nas Unidades de Média Duração e Reabilitação no mês de Março de 2007



Fonte: RIM Março 2007

Também face à distribuição percentual das diferentes categorias de profissionais, os dados obtidos mostram perfis muito heterogéneos.

Esta grande heterogeneidade surpreende, dado que as unidades devem oferecer serviços similares.

A análise de cada uma das diferentes tipologias de pessoal é bem evidente nos gráficos gráficos 68 e 69. Foram retiradas ao gráfico as unidades com valores zero.

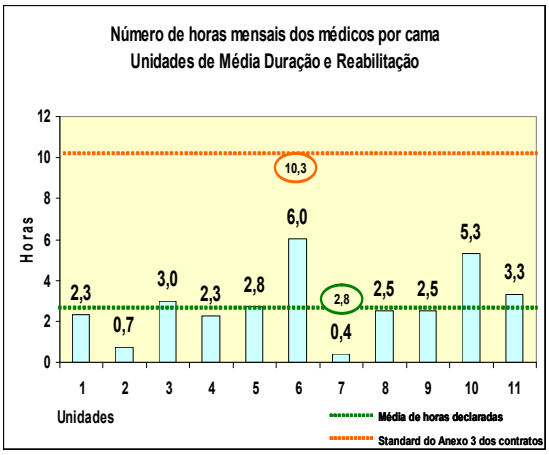
Os gráficos mostram uma visão mais detalhada onde são apresentados os resultados para cada tipologia de profissional; assim permitindo ver os perfis para cada tipo de profissional que as unidades apresentam.

Neste caso, observamos para algumas tipologias de profissionais e algumas unidades, dotações parecidas entre si. Neste caso, por exemplo, dos fisiatras nas unidades 1, 6, 8 e 9, dos nutricionistas, na maioria das unidades que estão presentes.

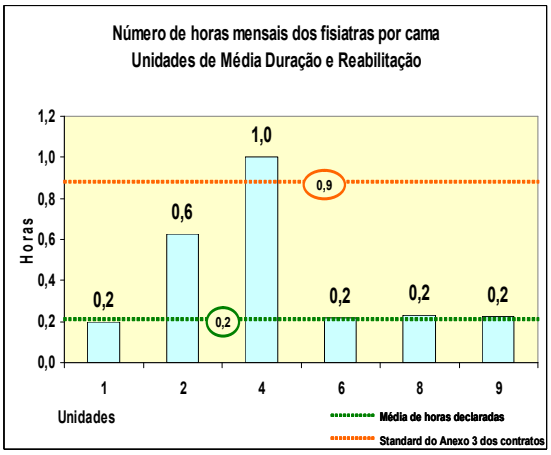
No entanto, não deixam de ser excepções a uma tónica geral de grande heterogeneidade, onde convivem unidades com 6 horas, médico por mês e cama, com unidades que se organizam com menos de 0,5, entre muitos outros exemplos de heterogeneidade.

Observamos que a variação é uma tónica geral e, apenas no caso de fisioterapeutas, a dotação declarada aproxima-se dos *standards* definidos, mas este Profissional não está presente em todas as unidades, as 5 unidades que declaram atingem dotações superiores aos rácios *standards*.

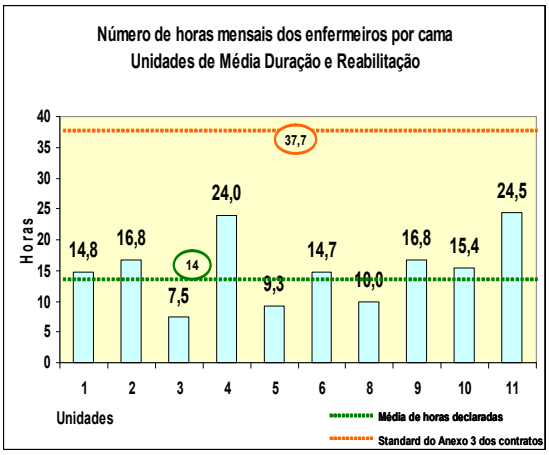
Gráfico n.º 64. Comparação das horas mensais por cama dos médicos, fisiatras, enfermeiros e fisioterapeutas com a média do conjunto de Unidades de Média Duração e Reabilitação e o standard definido nos contratos



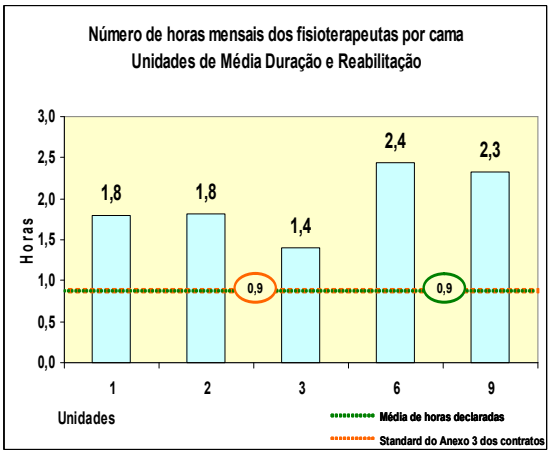
Fonte: RIM Março 2007



Fonte: RIM Março 2007

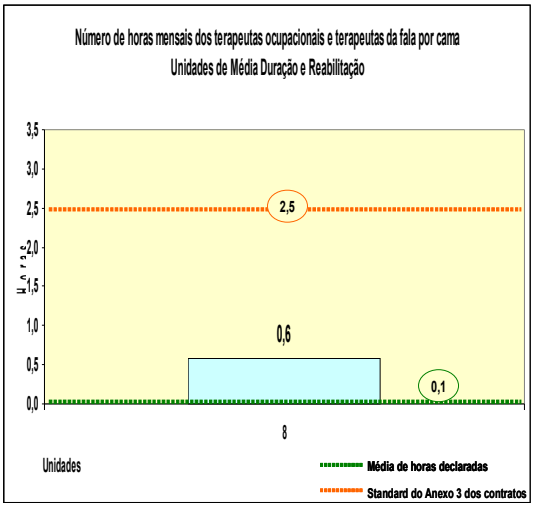


Fonte: RIM Março 2007

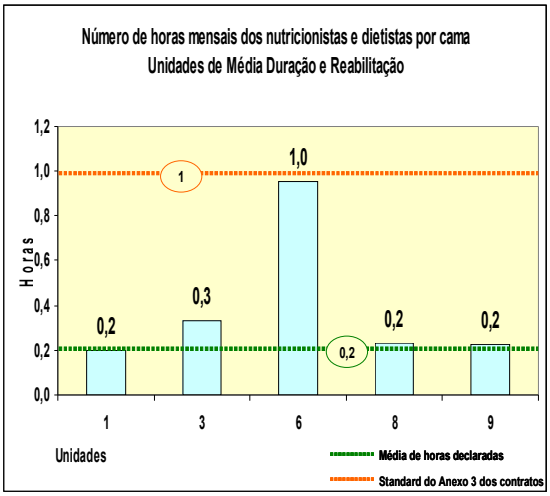


Fonte: RIM Março 2007

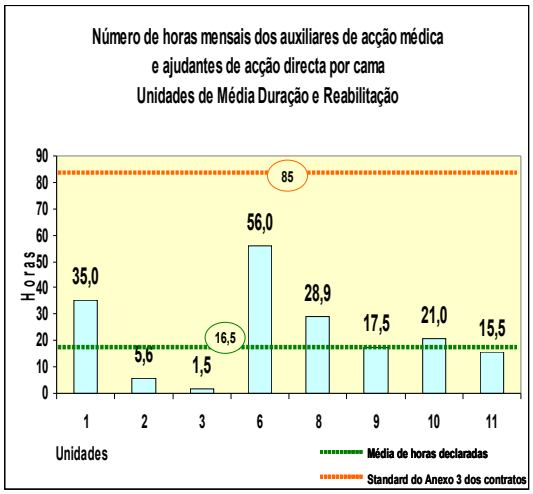
Gráfico n.º 65. Comparação das horas mensais por cama dos terapeutas ocupacionais, nutricionistas e dietistas, auxiliares de acção médica e ajudantes de acção directa e assistentes sociais com a média do conjunto de Unidades de Média Duração e Reabilitação e o standard definido nos contratos



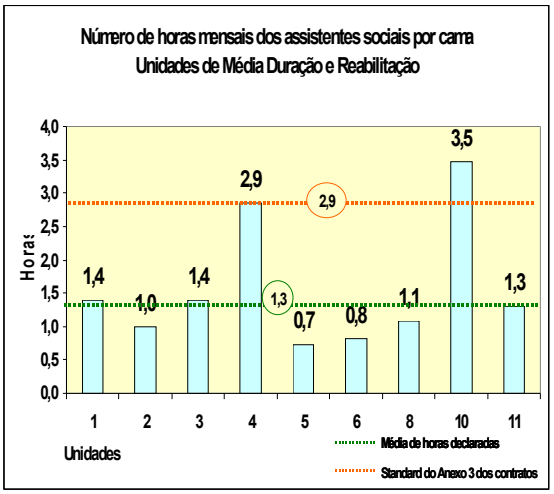
Fonte: RIM Março 2007



Fonte: RIM Março 2007



Fonte: RIM Março 2007



Fonte: RIM Março 2007

4.3 - Análise de pessoal nas Unidades de Longa Duração e Manutenção

Nas Unidades de Longa Duração e Manutenção observam-se resultados similares aos das tipologias de unidades anteriormente analisadas.

Os dados são apresentados no quadro 34 e no gráfico 70.

Neste caso, a quantidade de unidades com desvios superiores a 20% face à média do conjunto de unidades, quadros a verde na última linha, é menor; isto indica-nos que há muitas mais unidades com dotações de horas de pessoal por mês e cama com valores mais semelhantes.

Isto mostra-nos visualmente que a heterogeneidade nas dotações totais, ainda que exista, é menor nesta tipologia de unidade que no caso das Unidades de Média Duração, onde havia apenas duas unidades abaixo com um desvio médio de 20%.

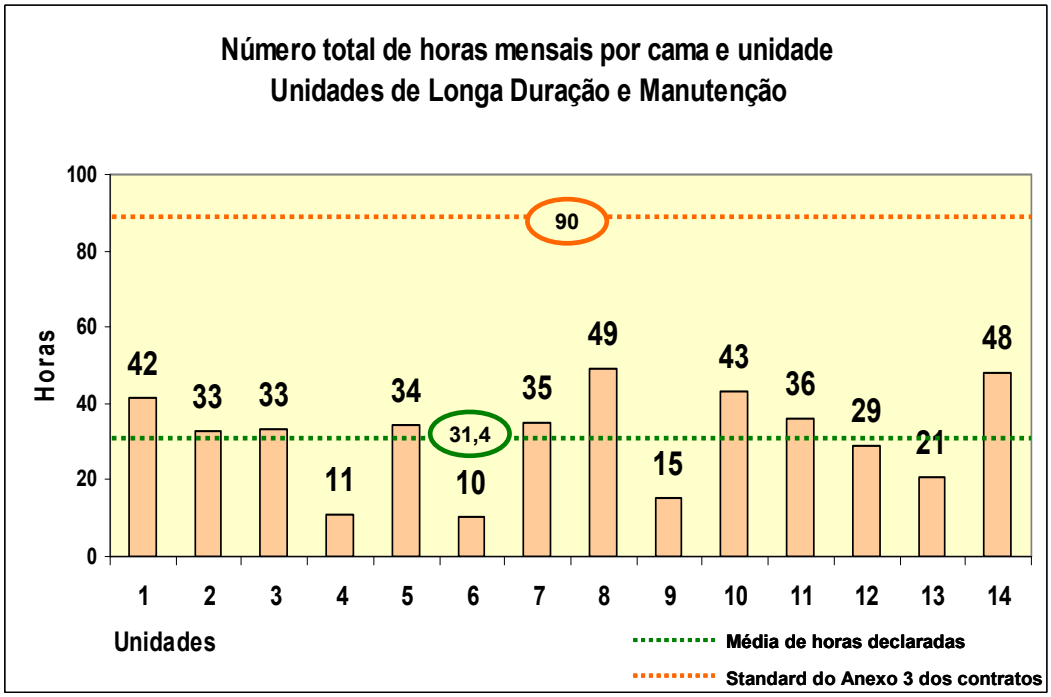
Novamente, a **heterogeneidade e subdotação são tónica geral**.

Quadro n.º 16. Resultados da análise das horas por mês e cama do pessoal das Unidades de Longa Duração e Manutenção no mês de Março de 2007

Número de horas mensais por cama: declaradas, média das unidades e standard dos contratos Unidades de Longa Duração e Manutenção																	
Unidades: Tipologia de profissional	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	Média das unidades	Standard dos contratos	Diferença entre a média e o standard (%)
Médicos	0,5	0,5	1,0	0,8	0,5	0,5	4,4	1,0	3,0	0,5	0,5	0,7	0,4	5,4	**1,4**	**2,0**	*-30%*
Fisiatras	0,1	0	0,0	0	0	0,1	3,1	0	0	0,1	0,1	0,1	0,1	0	**0,3**	**0,2**	*30%*
Enfermeiros	5,8	5,1	4,0	9,3	3,9	0	24,0	3,2	7,5	3,4	3,9	5,6	11,0	17,1	**7,4**	**14,0**	*-47%*
Fisioterapeutas	0	2,3	0,5	0	1,6	1,0	0	0,3	1,4	0,6	0	0,8	0	0	**0,6**	-	-
Terapeutas ocupacionais e terapeutas da fala	0	0	0	0	0	0	0	0,3	0	0	0	0,5	0,5	0	**0,1**	**2,3**	*-96%*
Nutricionistas e Dietistas	0,2	0	0,2	0	0	0,1	0	0	0,3	0,3	0,3	0,4	0,2	0	**0,1**	**2,0**	*-93%*
Auxiliares de acção médica e ajudantes de acção directa	33,4	21,8	27,3	0	27,9	8,0	0	43,5	1,5	37,4	30,3	19,3	8,5	23,3	**20,2**	**65,3**	*-69%*
Psicólogos	0,5	0	0	1	0,5	0,1	1	0,4	0,3	0,6	0,6	0,6	0	0	**0,4**	**2,3**	*-84%*
Assistentes sociais	1,2	3,2	0,3	0	0	0,4	2	0,6	1,4	0,4	0,4	0,8	0	2,5	**1,0**	**1,6**	*-38%*
Total de horas	**42**	**33**	**33**	**11**	**34**	**10**	**35**	**49**	**15**	**43**	**36**	**29**	**21**	**48**	**31,4**	**90**	*-65%*
Desvio em relação à média (%)	*33%*	*5%*	*6%*	*-65%*	*10%*	*-68%*	*11%*	*57%*	*-51%*	*37%*	*14%*	*-8%*	*-34%*	*53%*			

Fonte: RIM Março 2007

Gráfico n.º 66. Número total de horas mensais por cama e unidade nas Unidades de Longa Duração e Manutenção no mês de Março de 2007



Fonte: RIM Março 2007

Continuando o esquema de trabalho das outras tipologias de unidades, passamos a analisar a distribuição percentual das categorias de pessoal, onde na realidade também é muito heterogénea neste caso.

Tal como se fez nas outras tipologias de unidade, no gráfico observamos a distribuição em percentagem de todas as categorias profissionais para todas as unidades.

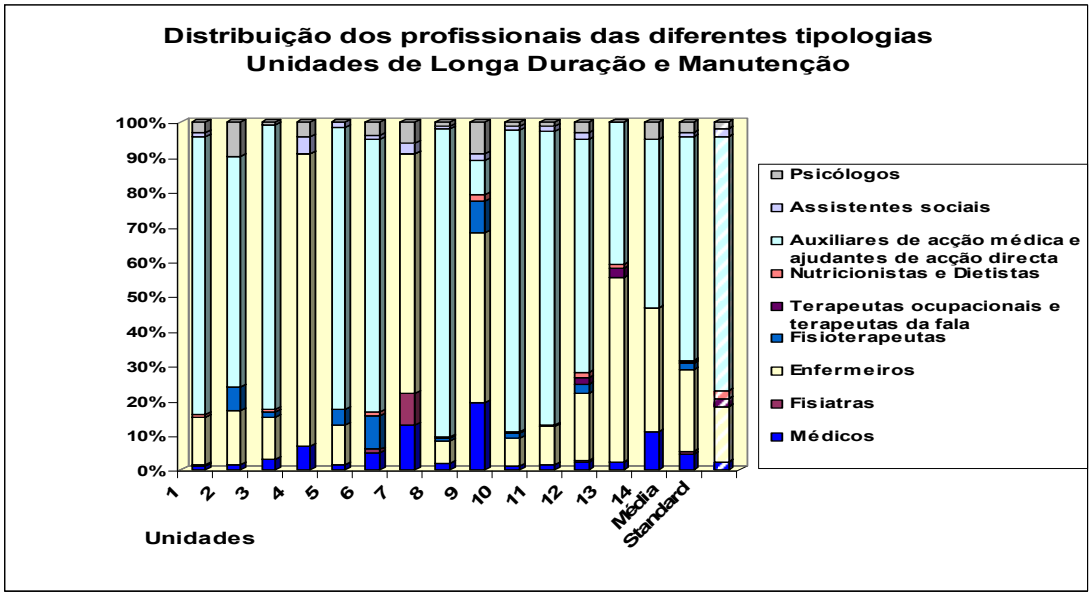
Neste caso existe uma grande proporção de auxiliares de acção médica, o que não deixa de ser coerente com o tipo de cuidados a prestar neste tipo de unidades.

No entanto, há unidades, caso das unidades 4 e 7, que têm uma distribuição muito diferente. Nestas duas unidades o peso do pessoal de enfermaria sobressai face ao de Ajudantes de Acção Directa. Este facto sugere:

1. Ou que as mesmas funções estão a ser realizadas por pessoal diferente;
2. Que nestas unidades se prestam um conjunto de cuidados mais complexos, aos previstos para esta tipologia.
3. Ou os dados não foram correctamente recolhidos.

De qualquer forma, seria desejável, comparar estes resultados com uma análise no terreno para apurar esta situação, pois visivelmente esta modalidade de cuidados não prevê o custo que supõe este volume de pessoal de enfermaria.

Gráfico n.º 67. Estrutura de pessoal em percentagem nas Unidades de Longa Duração e Manutenção no mês de Março de 2007



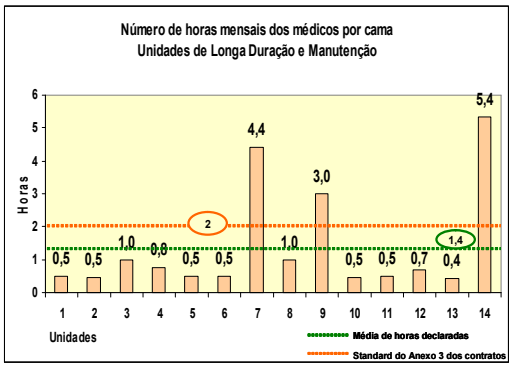
Fonte: RIM Março 2007

Para aprofundar os resultados obtidos apresentam-se nos gráficos n.º 72 e 73 os resultados obtidos para cada unidade e tipologia de profissional face à média do conjunto das unidades e ao *standard* definido nos contratos. Assinalar que foram retirados ao gráfico as unidades com valores zero.

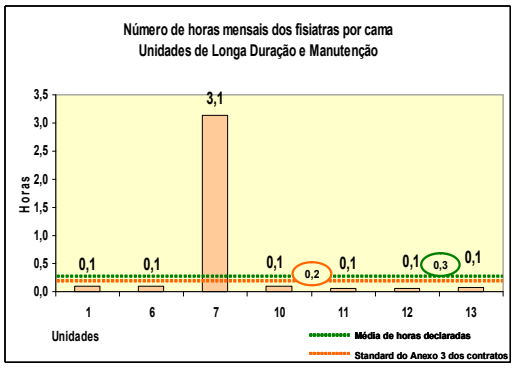
Observa-se também neste caso a grande variação entre unidades e a subdotação de pessoal em todas as categorias profissionais. Onde somente os fisiatras obtêm dotações mais altas mas não estão presentes em todas as unidades.

Os terapeutas ocupacionais, profissionais relevantes nas Unidades de Longa Duração, somente são declarados em 3 unidades.

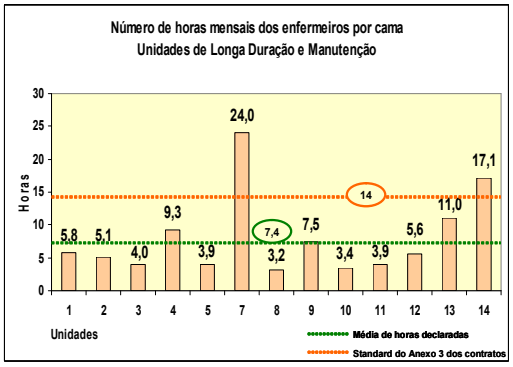
Gráfico n.º 68. Comparação das horas mensais por cama dos médicos, fisiatras, enfermeiros e terapeutas ocupacionais com a média do conjunto de Unidades de Longa Duração e Manutenção e o standard definido nos contratos



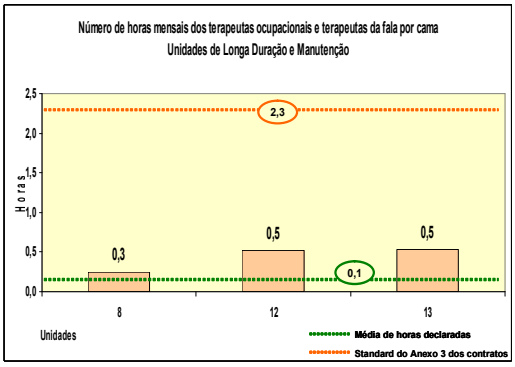
Fonte: RIM Março 2007



Fonte: RIM Março 2007

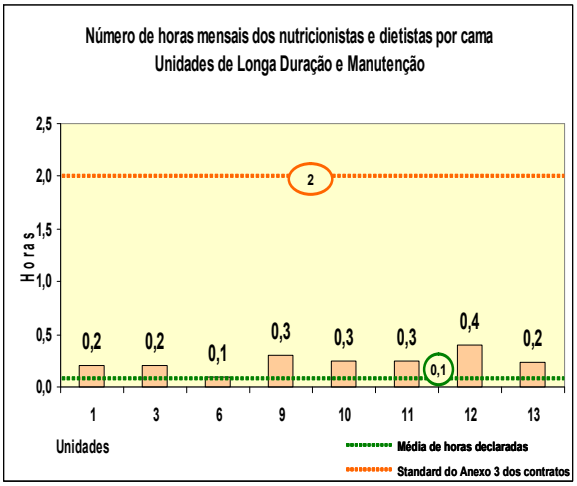


Fonte: RIM Março 2007

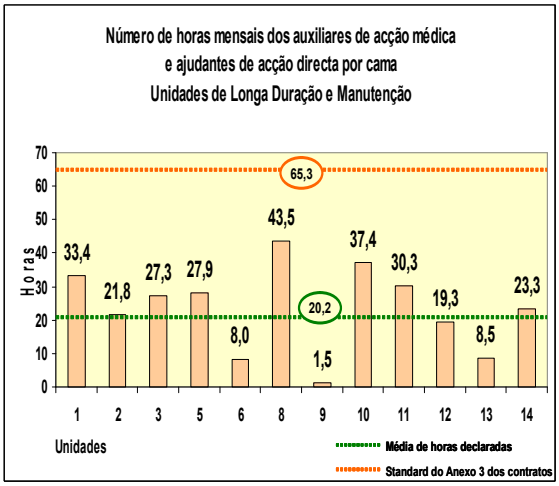


Fonte: RIM Março 2007

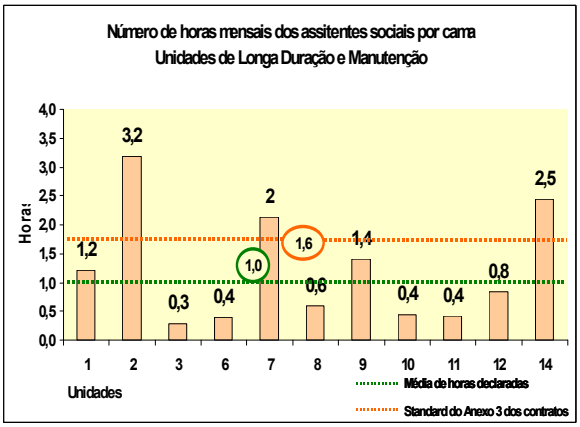
Gráfico n.º 69. Comparação das horas mensais por cama dos nutricionistas e dietistas, auxiliares de acção médica e ajudantes de acção directa, assistentes sociais e psicólogos com a média do conjunto de Unidades de Longa Duração e Manutenção e o standard definido nos contratos



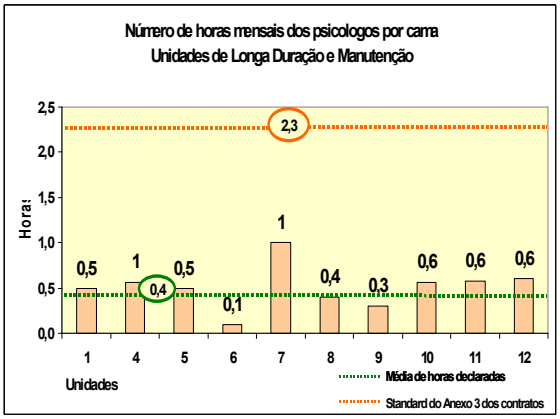
Fonte: RIM Março 2007



Fonte: RIM Março 2007



Fonte: RIM Março 2007



Fonte: RIM Março 2007

4.4 - Análise de pessoal nas Unidades de Cuidados Paliativos

Para as Unidades de Cuidados Paliativos, o facto de dispor unicamente de 2 unidades faz com que a comparação face às médias seja discutível e inviável.

Neste caso, como observamos no quadro n.º 35 e no gráfico n.º 74, os resultados obtidos são muito diferentes entre as duas unidades analisadas. Assim, voltamos a tirar a conclusão de que as dotações são muito diferentes entre unidades parecidas, neste caso até na capacidade em número de camas.

No entanto, os dados mostram que uma unidade (unidade 1) apresenta uma dotação de pessoal muito superior em horas pessoal/mês por cama que inclusivamente se situa acima dos *standards* definidos nos contratos para o conjunto de pessoal e para as categorias de médicos, enfermeiros e auxiliares de Acção médica que não pode ser explicada.

No quadro n.º 35, foram assinalados a verde florescente aqueles valores situados acima de 20%.

Quadro n.º 17. Resultados da análise das horas por mês e cama do pessoal das Unidades de Cuidados Paliativos no mês de Março de 2007

Número de horas mensais por cama: declaradas, média das unidades e standard dos contratos Unidades de Cuidados Paliativos				
Unidades: Tipologia de profissional	1	2	Standard dos contratos	Diferença entre a média e o standard (%)
Médicos	10,0	7,0	**7,0**	***21%***
Fisiatras	0,3	0	**0,5**	***-75%***
Enfermeiros	82,3	33,6	**52,3**	***11%***
Fisioterapeutas	1,3	0	**3,5**	***-82%***
Terapeutas ocupacionais e terapeutas da fala	1,3	0	**-**	**-**
Nutricionistas e Dietistas	1,3	0	**1,0**	***-38%***
Auxiliares de acção médica e ajudantes de acção directa	50,0	40,0	**37,3**	***21%***
Psicólogos	3,8	0	**2,3**	***-18%***
Assistentes sociais	1,5	0	**2,9**	***-74%***
Total de horas	**152**	**81**	**107**	***9%***
Desvio em relação à média (%)	***42%***	***-25%***		

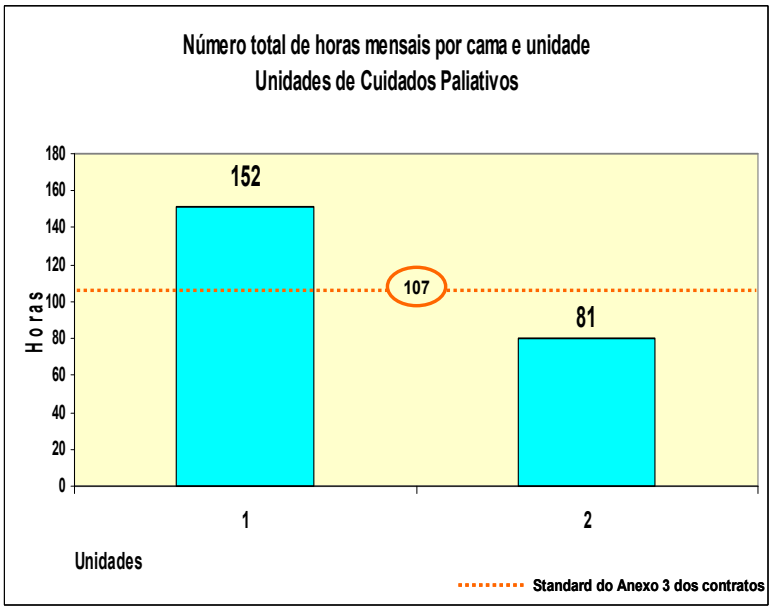
Fonte: RIM Março 2007

Neste caso, a unidade 1 parece estar suficientemente dotada, por pessoal médico e enfermeiros e pessoal auxiliar. A sobredotação supera inclusivamente 20% dos *standards* previstos.

Assim observamos uma unidade abaixo das horas mensais previstas por cama e outra com sobredotação.

No gráfico n.º 74 mostram-se os resultados obtidos para a soma das dotações de cada uma das unidades e assinala-se a sua relação com o valor *standard* dos contratos.

Gráfico n.º 70. Número total de horas mensais por cama e unidade nas Unidades de Cuidados Paliativos no mês de Março de 2007

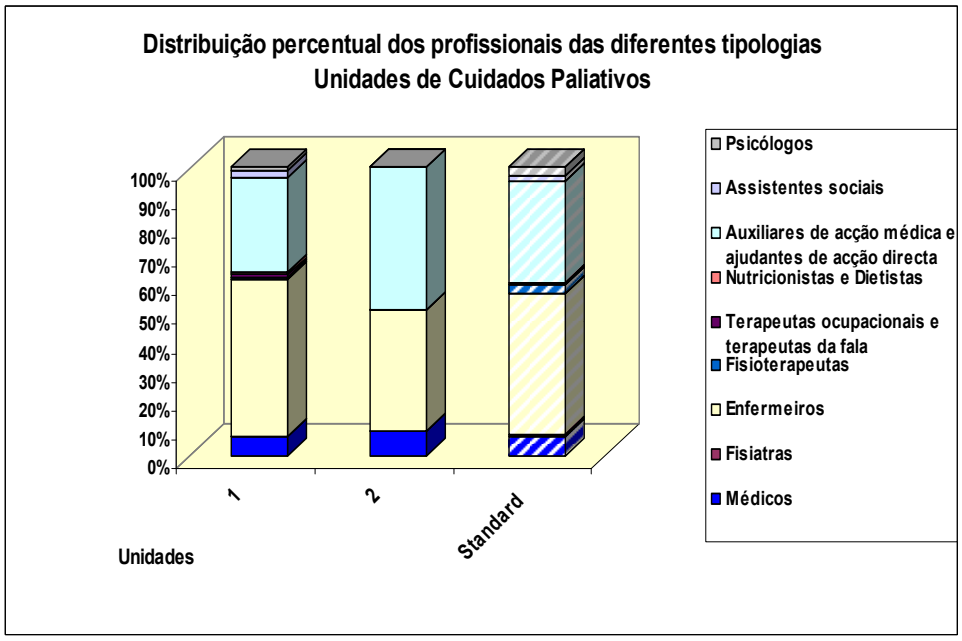


Fonte: RIM Março 2007

Seguindo, uma vez mais, o esquema de trabalho das outras tipologias de unidades, passamos a analisar a distribuição percentual das categorias de pessoal.

Da mesma forma que fizemos anteriormente, no gráfico n.º 75 observamos a distribuição em percentagem para todas as categorias de Profissional e para todas as unidades. E neste caso não encontramos tanta heterogeneidade como nas outras tipologias.

Gráfico n.º 71. Estrutura de pessoal em percentagem nas Unidades de Cuidados



Fonte: RIM Março 2007

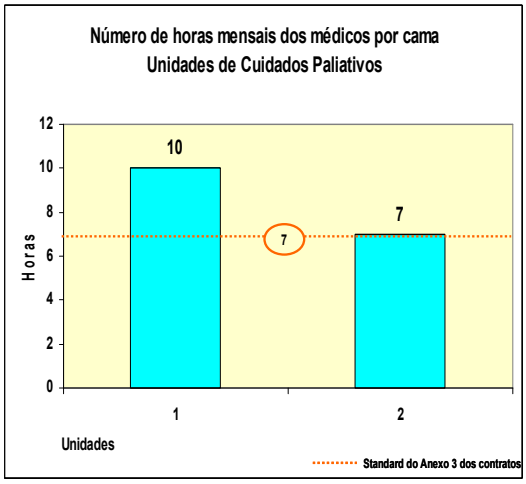
Paliativos no mês de Março de 2007

No caso das Unidades de Cuidados Paliativos, os dados mostram umas tipologias de pessoal com perfis mais homogéneos e parecidas com as categorias principais de profissionais do *standard*. Especialmente parecido é o perfil do centro 1 com o do *standard* dos contratos.

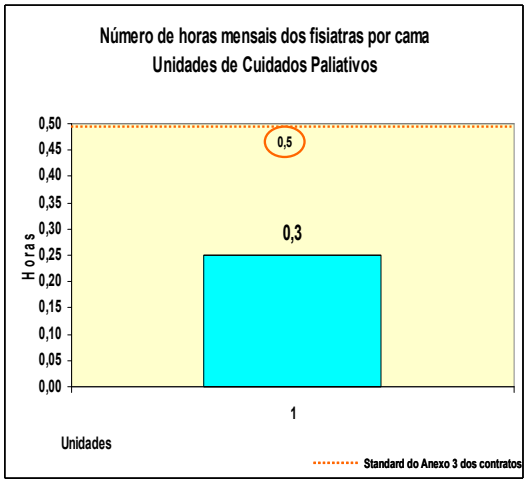
Nos gráficos 76 e 77, os resultados obtidos para cada unidade e tipologia de profissional face à média do conjunto das unidades e ao *standard* definido nos contratos. Assinalar que foram retirados do gráfico as unidades com valores zero.

Observa-se, **apesar das sobredotações globais de pessoal a baixa dotação em assistentes sociais e fisioterapeutas.**

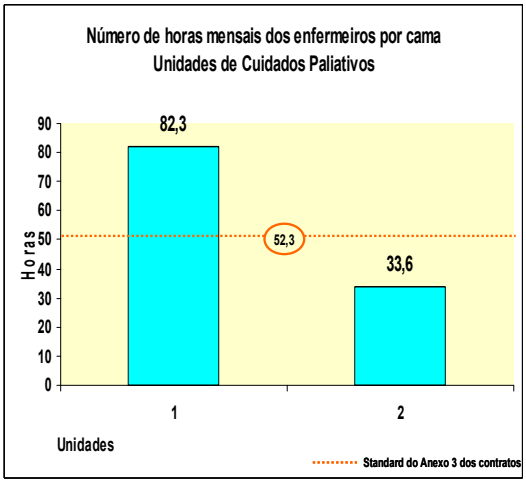
Gráfico n.º 72. Comparação das horas mensais por cama dos médicos, fisiatras, enfermeiros e fisioterapeutas com a média do conjunto de Unidades de Cuidados Paliativos e o standard definido nos contratos



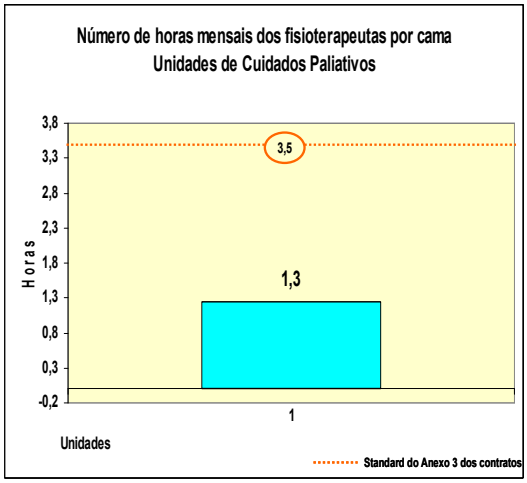
Fonte: RIM Março 2007



Fonte: RIM Março 2007

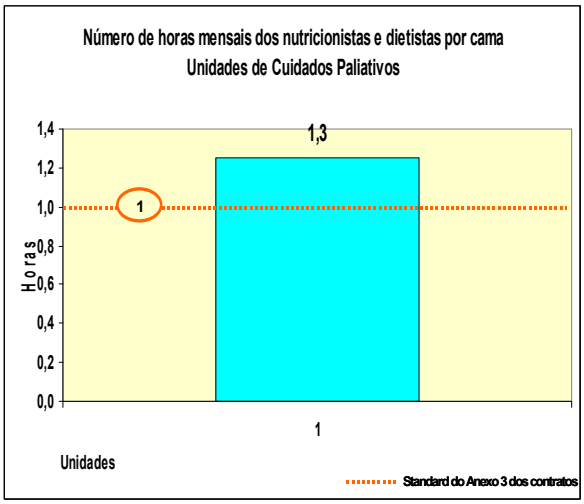


Fonte: RIM Março 2007

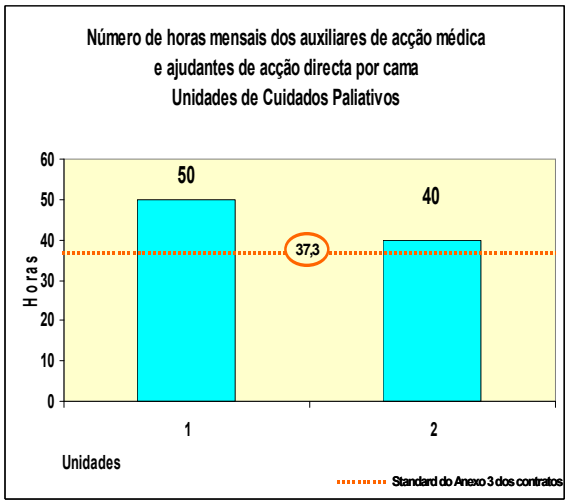


Fonte: RIM Março 2007

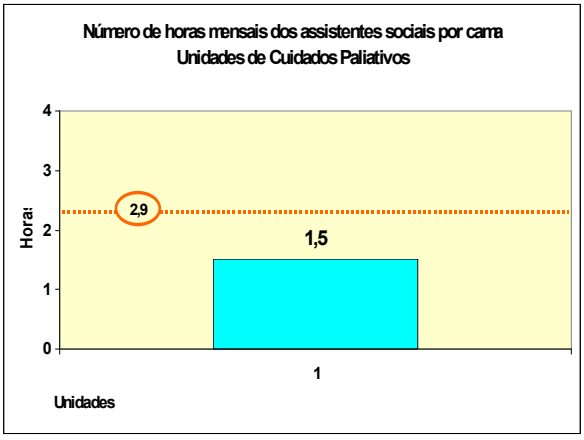
Gráfico n.º 73. Comparação das horas mensais por cama dos nutricionistas e dietistas, auxiliares de acção médica e ajudantes de acção directa, assistentes sociais e psicólogos com a média do conjunto de Unidades de Cuidados Paliativos e o standard definido nos contratos



Fonte: RIM Março 2007

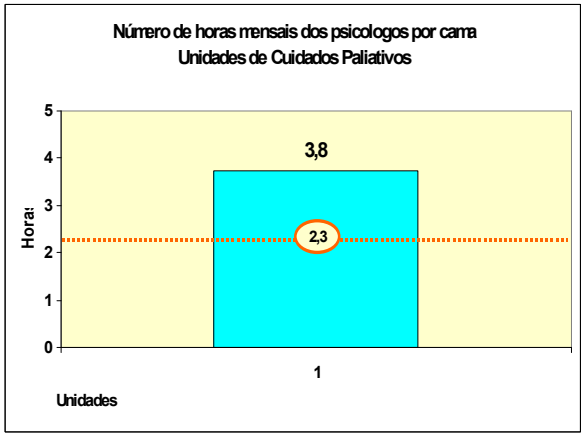


Fonte: RIM Março 2007



Fonte: RIM Março 2007

Standard do Anexo 3 dos contratos



Fonte: RIM Março 2007

Standard do Anexo 3 dos contratos

4.5 - Resumo

Os resultados obtidos dentro de cada uma das tipologias de unidades mostram valores não esperados nas dotações e na composição da estrutura de pessoal.

Vista a diferença entre a estrutura de pessoal ou seja a composição e peso de cada tipologia de pessoal prevista nos contratos para cada tipologia de unidade, os resultados obtidos mostram uns perfis muito diferentes, que sugerem que não existe um padrão homogéneo entre as unidades de uma mesma tipologia, que tem de encontrar repercussão no tipo e intensidade de cuidados que cada unidade está a prestar.

Assim os resultados mostram:

- ✓ **Estruturas na composição de pessoal diferente.**
- ✓ **Alta heterogeneidade nas dotações de pessoal entre unidades em todas as tipologias.**
- ✓ **Dotações claramente inferiores em relação ao *standard*.**

Considera-se que deverão ser aprofundados os conteúdos concretos da prestação de cuidados para cada tipologia e consequentemente nas dotações que cada uma delas precisa.

No quadro n.º 36 cruzam-se as tipologias com as variâncias. O resultado é bem mais elevado do que se esperaria. No caso das dotações de horas de pessoal numa população infinita que seguisse uma distribuição normal, a variação ou diferença entre o valor mínimo e máximo seria realmente importante.

Quadro n.º 18. Valor da dispersão entre os valores mínimos e máximos das horas mensais por cama e por tipologia de unidade

Média do número de horas mensais declaradas e variância por tipologia de unidade				
	Unidade de Convalescença	Unidade de Média Duração e Reabilitação	Unidade de Longa Duração e Manutenção	Unidade de Cuidados Paliativos
N.º de horas (média)	35,1	36,2	31,4	116,1
Variância	271	568	164	

Fonte: RIM Março 2007

O facto de as unidades de Longa Duração e Manutenção apresentarem uma dispersão menor, não implica que esta não seja generalizada.

Na questão da subdotação encontramos também valores nitidamente negativos. O facto de as Unidades de Paliativos terem uma dotação alta, não deve fazer-nos deixar de ver que a realidade desses centros é que estes funcionam com 5 e 8 camas e que os rácios previstos não dão para todas as tipologias de pessoal.

Estes dois factos indiscutíveis acarretam um conjunto de dificuldades na gestão, as quais devem ser previstas de forma a tomar decisões adequadas.

Sendo os recursos humanos elemento base de um serviço de saúde, é materialmente impossível, que com a dispersão e heterogeneidade encontrada nas unidades de uma mesma tipologia ofereçam, na prática, uma mesma ou similar carteira de serviços.

Deste modo, é possível argumentar que:

> A paridade do sistema, nesta fase de arranque não está assegurada. Entende-se que um sistema é equitativo se os cidadãos com um mesmo problema de saúde têm as mesmas oportunidades e opções de tratamento independentemente do lugar onde sejam tratados.
>
> Existe alto risco face a estes resultados de desenvolver unidades com um mesmo nome, mas com filosofias de procedimento muito diferentes.

Que as modalidades de serviço definidas e apoiadas com a indicação de uns rácios *standards* não sejam atingidas. A dotação de pessoal está, em geral, abaixo dos *standards* definidos, o que supõe um factor crítico para garantir que a prestação de cuidados cumpra com a expectativa, em quantidade e qualidade, em relação aos *standards* definidos.

Os gastos de pessoal, segundo nos indicam os economistas da saúde, estão sujeitos a fortes economias de escala, pelo que a capacidade de atender utentes aumenta consideravelmente ao reunir um número elevado de profissionais e utentes no mesmo sítio. Por isso, a dimensão actual das unidades não é um factor que favoreça uma boa gestão dos recursos. As unidades com poucas camas são mais caras e funcionam sanitária e economicamente mais ineficientemente. Evidentemente a concentração de oferta de capacidade tem de estar equilibrada com um modelo de oferta equilibrado de boa acessibilidade territorial.

Aqui vimos, ainda que as unidades muito pequenas agravam o problema da escassez de recursos humanos. Por isso, todos os esforços que se fizerem para desenvolver unidades com uma capacidade mínima razoável apoiarão a sustentabilidade do modelo.

Aceitar unidades pequenas para assegurar a proximidade da oferta dos cuidados é um elemento capital no desenvolvimento de um modelo equitativo, mas as unidades que por esse motivo tenham de se desenvolver deverão ter um tratamento específico no que toca às despesas e custos, deverão ser estudadas a partir de critérios próprios e ajustados à sua realidade.

Tal como se apresentam no capítulo 5 sobre despesas, os baixos resultados obtidos para as dotações de pessoal têm fortes repercussões na estrutura, composição e variabilidade das despesas encontradas entre unidades. Assim, o peso de pessoal dentro do conjunto das despesas declaradas situa-se abaixo do esperado e habitual nestas tipologias de unidades.

É evidente que com *standards* tão afastados do definido não se pode incentivar adequadamente o pessoal nem as unidades, já que nunca se poderá reconhecer o trabalho como satisfatório. Isto é muito importante na altura de fixar a política de pagamentos nas unidades.

Um centro que dispõe de 40 horas por cama não pode realizar o mesmo serviço que um que dispõe de 10. Ao fixar-se uma mesma tarifa para as duas unidades, corre-se o risco de pagar o mesmo por serviços diferentes. Por isso não seria de estranhar que acabássemos por premiar financeiramente os serviços menos dotados, e por isso, os que são mais prováveis de ter *standards* clínicos mais afastados do desejado. O risco de premiar o menos desejado é tão evidente, que todas as preocupações são poucas.

Por outro lado, a variação entre unidades e a baixa dotação dificilmente permitirá desenvolver ou exigir práticas clínicas semelhantes entre as diferentes unidades de uma mesma tipologia. Aspecto que dificultará a introdução de guias básicos de boas práticas clínicas se essas forem elaboradas mediante as expectativas que marcam os *standards* e comprometerão a comparação de resultados qualitativos entre unidades.

Por um lado, a elaboração de guias clínicas a partir das dotações declaradas, impossibilita a aplicação de critérios comuns e realizáveis entre as diferentes unidades e por outro poderia comprometer-se o mínimo de qualidade necessária.

Também a variação das dotações compromete o estabelecimento de critérios homogéneos para valorizar os bons ou maus resultados. O prémio não é possível, visto a realização de trabalho mediante clínicas baseadas nos *standards* estar fora de alcance.

Ser realista e basear a planificação e guias clínicas no que realmente existe supõe pagar o preço de reconhecer e tornar explícito o que se pode fazer. Infelizmente, superar margens altas de diversidade supõe um dilema complexo, mas do ponto de vista estritamente técnico, devemos recomendar uma aproximação entre as duas dimensões tanto a nível de dotações de pessoal como de estabelecimento de preço.

5 - Análise das despesas declaradas pelas unidades

Antes de começarmos, é importante destacar o pouco tempo de funcionamento que ainda têm as unidades aqui analisadas, pelo que podemos esperar que as conclusões apresentadas possam diferir substancialmente de análises realizadas futuramente. Deste modo trata-se de uma análise pontual, a qual servirá de suporte para ajudar a tomar decisões a curto prazo e orientar próximos passos.

Tal como analisaremos mais à frente em pormenor, as estruturas de saúde têm no elemento de pessoal os custos mais significativos.

Há que destacar também que uma boa gestão de uma unidade não afecta apenas os custos, mas também o funcionamento e a prestação de cuidados. Caso seja detectado que duas unidades diferem no consumo de fármacos, pode ser que as listas de consumo terapêutico sejam diferentes, o que em suma vai contra o princípio de paridade nas prestações de saúde. Assim, torna-se fulcral a realização de análises detalhadas de despesas em unidades que procuram a paridade e a sustentabilidade a longo prazo.

DADOS DO ESTUDO

Para a análise das despesas declaradas pelos prestadores foram seleccionados os dados compreendidos entre os meses de Janeiro e Abril de 2007 e, para evitar a possibilidade de efeito de distorção dos gastos de fase de arranque, foram eliminados os dados referentes ao primeiro mês de funcionamento em cada uma das unidades.

Há que destacar que os dados não abrangem o total das unidades. As unidades estudadas são aquelas que até ao dia 23 de Maio de 2007 reportaram à UMCCI os dados correspondentes ao Anexo 5 dos contratos através do Registo de Informação mensal *(RIM).*

Isto implica que os dados disponíveis para o estudo não correspondem exactamente aos mesmos meses para todas as unidades. No quadro n.º 37 é observado um resumo dos dados disponíveis.

Quadro n.º 19. Percentagem das unidades e meses com informação em termos de despesas

Despesas da unidade						
Tipologia de internamento	N.º unidades com informação	N.º meses com informação	N.º unidades a declarar	N.º meses totais a declarar	Percentagem da unidades com informação	Percentagem da meses com informação
Unidade de Convalescença	13	57	16	61	81%	93%
Unidade de Média Duração e Reabilitação	14	59	16	63	88%	94%
Unidade de Longa Duração e Manutenção	16	69	20	77	80%	90%
Unidade de Cuidados Paliativos	2	9	3	12	67%	75%
Total	**45**	**194**	**55**	**213**	**82%**	**91%**

.

Sendo que o estudo tem como base as médias aritméticas ou média do conjunto de unidades, as unidades com menor número de meses declarados estão mais sujeitas a diferenças que as que consideram um maior número de meses, nesse caso o efeito (perceptível) de uma possível despesa ou poupança pontual será menor.

Finalmente, para facilitar a interpretação e a argumentação, foram numeradas as unidades de acordo com o quadro n.º 38.

Quadro n.º 20. Relação das unidades incluídas na análise de despesas

Relação das unidades incluídas na análise de despesas		
Código	Entidade	Distrito
Unidades de Convalescença		
1	SCM ÁGUEDA	AVEIRO
2	SCM GUARDA	GUARDA
3	SCM TAROUCA	VISEU
4	SCM IDANHA-A-NOVA	CASTELO BRANCO
5	SCM PORTIMÃO	FARO
6	SCM ENTRONCAMENTO	SANTARÉM
7	SCM RIBA D'AVE	BRAGA
8	SCM PÓVOA DE LANHOSO	BRAGA
9	SCM LOUSADA	PORTO
10	SCM ESPOSENDE	BRAGA
11	SCM FELGUEIRAS	PORTO
Unidades de Média Duração e Reabilitação		
1	SCM MORA	ÉVORA
2	SCM ÁGUEDA	AVEIRO
3	SCM MORTÁGUA	VISEU
4	SCM CASTELO DE PAIVA	AVEIRO
5	SCM FUNDÃO	CASTELO BRANCO
6	SCM PORTIMÃO	FARO
7	INSTITUTO SÃO JOÃO DE DEUS	LISBOA
8	SCM VILA DO CONDE	PORTO
9	SCM RIBA D'AVE	BRAGA
10	SCM MURÇA	VILA REAL
11	SCM ESPOSENDE	BRAGA
Unidades de Longa Duração e Manutenção		
1	SCM MORA	ÉVORA
2	C.A.S.C.I. CENTRO DE APOIO SOCIAL DO CONCELHO DE ÍLHAVO	COIMBRA
3	CARITAS DIOCESANA DE COIMBRA	COIMBRA
4	SCM FUNDÃO	CASTELO BRANCO
5	SCM AROUCA	AVEIRO
6	SCM RESENDE	VISEU
7	SCM CASTELO DE PAIVA	AVEIRO
8	SCM SANTAR	VISEU
9	SCM MORTÁGUA	VISEU
10	SCM SILVES	FARO
11	SCM VILA REAL DE SANTO ANTÓNIO	FARO
12	SCM VILA DO CONDE	PORTO
13	SCM RIBA D'AVE	BRAGA
14	SCM MURÇA	VILA REAL
Unidades de Cuidados Paliativos		
1	INSTITUTO DAS IRMÃS HOSPITALEIRAS DO SAGRADO CORAÇÃO DE JESUS	LISBOA
2	SCM AMADORA	LISBOA

LIMITAÇÕES DA ANÁLISE

O fio condutor da análise em questão centra-se na procura de perfis de comportamento e desvio de despesas. Como se verá mais à frente, não dispomos de dados suficientes para apurar as despesas exactas, mas podemos indicar onde é que existem elementos significativamente superiores à média das unidades duma mesma tipologia que portanto deveriam oferecer um serviço similar.

Diante de uma suspeita de despesa excessiva ou desviada, esta deve ser gerida com todo o cuidado. Havendo a hipótese de que o normal funcionamento de um serviço de qualidade implique um custo superior ao que parecia à partida, também pode ocultar uma prática deficiente ou simplesmente, um custo inevitável. Em ambos os casos, esta suspeita deve ser analisada em pormenor de forma a tirar uma conclusão adequada.

A análise baseia-se exclusivamente na comparação das diferentes unidades entre si. Isto não implica que a unidade gaste mais ou esteja a fazer uma pior gestão, mas sim que existe uma diferença (desvio) frente ao comportamento do conjunto das unidades que merece ser analisada/o.

Por exemplo, se uma unidade gasta em medicamentos por dia de hospitalização, à volta de 90% acima da média é evidente que essa diferença não poderá ser justificada por motivos terapêuticos. Este facto não implica necessariamente que a unidade em questão esteja a ter uma má performance. Pode ser que seja a único que utiliza as tabelas terapêuticas correctas, pelo que as outras unidades deveriam seguir o seu exemplo e os respectivos responsáveis financeiros deveriam calcular pontuais reservas de orçamento. Esta situação poderia ser ainda devido a um erro no próprio dado ou na definição do mesmo.

Teoricamente, o volume de gastos em medicamentos deveria equivaler ao consumo. Ainda assim, por vezes, o custo ou aprovisionamento confunde-se com o gasto ou consumo.

Suponhamos que, por exemplo, a unidade em questão usufruiu de uma promoção especial e fez um *stock* de aprovisionamento que durará muito tempo. Neste caso, o problema aparece devido a uma incorrecta interpretação/definição das variáveis. Este

motivo deverá ser detectado e corrigido para uma correcta interpretação de dados no futuro.

Por outro lado, também é possível que um gasto excessivo em medicamentos oculte que as pautas terapêuticas não sejam as correctas, neste caso o risco inerente à saúde deverá pôr-nos em alerta. Finalmente, também existe a possibilidade de que o sistema de gestão da farmácia da unidade tenha alguma "fuga". Neste caso, deverá ser recomendado um ajuste imediato.

METODOLOGIA

A análise partiu da média aritmética dos dados económicos e da actividade de todo o período e declarações analisadas. As despesas foram separadas em fixas e variáveis.

As despesas fixas foram discriminadas (separadas) entre as de pessoal e as restantes.

A diferença entre despesas fixas e variáveis é importante na gestão generalizada de entidades, mas ganha uma importância especial na gestão de unidades de saúde, sendo que estas unidades se distinguem por atingir elevadas percentagens de custos fixos, o que significa que uma grande proporção de custos é independente da actividade da unidade.

Um bom exemplo deste fenómeno encontra-se no segmento do transporte. Evidentemente todo o automóvel precisa de um condutor independentemente dos lugares que o mesmo tenha. Por isso, não poderá ser considerado que vá diminuir o custo de salários do condutor, apenas por se diminuírem os lugares no veículo. Veículos de menor capacidade implicam maior custo por passageiro que os de grande capacidade.

No nosso caso, o pessoal médio necessário para uma unidade de 15 camas é basicamente o mesmo que é necessário para uma de 30 camas. Da mesma forma que um veículo de 8 lugares precisa do mesmo número de condutores que um de 30. Desta forma, espera-se que as unidades ou veículos com poucos lugares tenham custos muito superiores.

As despesas variáveis, pelo contrário, estão relacionadas com a actividade, pelo que não dependem do tamanho das instalações. O material de tratamento ou os medicamentos são consumidos na mesma proporção da actividade que tiver a unidade.

No quadro n.º 39 apresenta-se a lista das variáveis, ordenadas conforme a classificação considerada: despesas fixas, despesas fixas de pessoal, despesas variáveis.

Quadro n.º 21. Lista de variáveis segundo a sua classificação em termos de despesas

Despesas fixas
Material de consumo administrativo
Subcontratos
Conservação, Manutenção, Reparação
Rendas e Alugueres
Seguros
Amortizações de equipamentos e instalações
Outras despesas
Despesas (fixas) de pessoal
Vencimentos e honorários para pessoal externo
Subsídio de férias e Natal
Suplementos de remunerações
Trabalho extraordinário
Noites e suplementos
Subsídio de alimentação
Ajudas de custo
Alimentação e alojamento
Outros suplementos
Encargos com Segurança Social / CGA
Seguro de acidentes de trabalho e doenças profissionais
Outros custos com pessoal
Despesas variáveis
Total medicamentos
Material de consumo clínico
Material de consumo hoteleiro: produtos alimentares
Material de consumo hoteleiro: material de higiene e limpeza
Outros produtos farmacêuticos (gases medicinais, reagentes,etc.)
Outros materiais de consumo
Água
Electricidade e Gás
Combustíveis
Comunicações
Material de escritório
Documentação técnica
Aquisição de serviços especializados
Resíduos hospitalares
Outros fornecimentos e serviços externos

Todo o modelo é sempre uma amostra da realidade, pelo que estruturar as despesas separando-as em fixas e variáveis também nos aproxima da realidade. Não deve ser descurado que o pessoal, sendo uma despesa fixa, também terá variações conforme a unidade tenha movimento de pessoas ou não. Decerto uma unidade a funcionar a 100% de ocupação gera mais substituições, subsídios, por exemplo do que uma sem utentes.

No caso inverso, os custos com medicamentos são uma despesa variável, no entanto uma unidade com baixa taxa de ocupação ou sem utentes terá sempre uma certa despesa com medicamentos pelo efeito de deterioração, fim de validade ou perdas. Deste modo, entre uma despesa fixa pura e uma despesa variável pura, podemos encontrar todas as *nuances* possíveis e imaginárias.

Apesar de a classificação de despesas realizada poder ser discutível em alguns pontos, não invalida a análise realizada, já que esta visa a procura de grandes desvios.

Finalmente, há que assinalar que houve alguns dados que, por apresentarem valores exagerados, foram investigados, comprovando-se que as bases de dados tinham erro.

Nestes casos procedeu-se à substituição do valor incorrecto pelo valor correctamente declarado pelo centro. No entanto, há que ter em atenção a possibilidade de existirem outros erros não detectados. Assim sendo, a melhoria da qualidade de informação, deverá vigorar na lista de prioridades.

Neste estudo são realizados vários exercícios de análises:

- ✓ **Análise das despesas totais: despesas fixas e despesas variáveis;**
- ✓ **Análise das projecções das despesas a uma taxa de ocupação comum;**
- ✓ **Análise das despesas por conceito;**
- ✓ **Análise da estrutura das despesas.**

5.1 - Análise das despesas das unidades de Convalescença

Quadro n.º 22. Desvio médio das despesas totais, fixas e variáveis nas unidades de Convalescença

Desvios da média das despesas totais, fixas e variáveis por valores declarados e estimativa a uma taxa de ocupação de 80% e de 100%													
Unidades:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Despesas variáveis por utente e dia de internamento: *Desvio da média (%)*	3,8%	3,3%	-12,2%	16,3%	28,0%	-40,0%	-8,4%	-46,8%	10,2%	-1,8%	-39,5%	45,4%	68,6%
Despesas fixas por utente e dia de internamento a uma taxa de ocupação 100%: *Desvio da média (%)*	-32,6%	-1,6%	-43,5%	10,1%	-11,3%	13,2%	48,4%	15,0%	7,2%	-13,9%	-22,7%	-13,0%	17,9%
Despesa total por utente e dia de internamento para taxa de ocupação 80%: *Desvio da média (%)*	-21,5%	-0,1%	-33,9%	12,0%	0,7%	-3,1%	31,0%	-3,9%	8,1%	-10,2%	-27,8%	4,8%	33,4%
Despesa total por utente e dia de internamento para taxa de ocupação 100%: *Desvio da média (%)*	-19,7%	0,1%	-32,4%	12,3%	2,7%	-5,7%	28,2%	-6,9%	8,3%	-9,6%	-28,7%	7,7%	35,9%

Fonte: RIM Janeiro-Abril 2007

5.1.1 Análise das despesas totais: despesas fixas e variáveis

No quadro n.º 40 é observado o resultado da análise das despesas declaradas. Nas colunas encontramos as unidades de Convalescença incluídas na amostra ordenadas por números.

De forma a poder-se observar facilmente os **desvios ou variações entre unidades para as despesas variáveis por utente e dia de internamento**[2], foi construído um indicador, nomeadamente percentagem do **desvio da média**.

Este indicador representa o valor percentual da diferença (variação) entre a média da unidade e a média de todas as unidades.

[2] Cálculo das **despesas variáveis por utente e dia de internamento**: divisão destas despesas pelo número total de dias de internamento declarados no período estudado para cada unidade (este tipo de despesa é proporcional aos dias de internamento realizados)

% Variação /Média = ((DU-Média)/Média))*100

Em que:
DU: é a despesa média da unidade
Média: é a média aritmética de todas as unidades.

Todas aquelas unidades que obtenham valores acima de 15% em relação à média aparecem nos quadros a amarelo. Neste caso, as unidades 4 e 5.

Aquelas onde o valor obtido supera 30% aparecem a vermelho. Neste caso, as unidades 12 e 13. Estas unidades são candidatas a serem analisadas com mais cautela, mais à frente na próxima tabela.

5.1.2 Análise das projecções das despesas a uma taxa de ocupação comum

O seguinte grupo de dados refere-se a despesas fixas declaradas por utente e dia de internamento, que serviu para calcular as variações deste tipo de despesas projectadas face a 80% e a 100% de taxa de ocupação (quadro n.º 40).

Pelo que já foi dito, as variações nas despesas fixas por utente e dia de internamento são resultado da variação das despesas mais a variação da ocupação em cada unidade. Assim, apenas fixando uma mesma hipótese de taxa de ocupação para todas as unidades poderemos obter um indicador comparável entre unidades que mostrem variações unicamente em função das despesas declaradas e não da ocupação da unidade no período.

Se as despesas fixas forem divididas pelo número de dias de internamento a uma taxa de ocupação de 80% e de 100%, obtemos os indicadores descritos.

A fórmula é a seguinte:

DF por dia de internamento = DF / ((UP)*0,8)
DF por dia de internamento = DF / (UP)

Em que:
DF é despesas fixas declaradas
UP é número de dias de internamento a 100% de ocupação.

Analisando as variações desse indicador face à média **obtida para despesas fixas por utente e dia de internamento a uma taxa de ocupação 100% para os desvios percentuais da média** (quadro n.º40), observamos que há uma unidade, a vermelho (a número 7), com um desvio superior a 30% e outra a amarelo (a número 13) com um desvio acima de 15% em relação à média, neste caso ambas as unidades têm uma capacidade de 20 camas.

A seguinte análise pretende mostrar os **desvios das despesas totais por utente e dia de internamento em cada unidade se a taxa de ocupação for de 80% ou de 100%.**

Para isso, realiza-se o seguinte cálculo:

DT = (DV * UP a 80% ou a 100%) + DF

Em que:
DT são despesas totais
DV são despesas variáveis
UP são dias de internamento à % determinada
DF são despesas fixas.

Dividindo o valor obtido pelos dias de internamento potenciais à % correspondente, obtemos a despesa por utente e dia de internamento para cada unidade, no caso deste funcionar ao nível de capacidade assinalado.

DTP =DT / UP a 80% ou a 100%

Em que:
DTP é a despesa total por dias de internamento. Indicador que já pode ser perfeitamente comparado entre unidades, já que as variações deste são devidas apenas à gestão interna.

Analisando os resultados obtidos observa-se uma unidade, a vermelho (a n.º 13) com um desvio do valor da média das unidades superior a 20% e uma unidade, a amarelo (a n.º 7), com um valor superior a 15 % da média das unidades.

Ninguém se deverá esquecer de que uma maneira fácil de reduzir ou melhor, de optimizar, as despesas por utente e dia de internamento é através da instalação de um maior número de camas, até ao ponto em que as despesas fixas estão ao máximo de optimização com uma maior capacidade e uma adequada ocupação, ou utilização da mesma.

Por isso, manter unidades por baixo da sua ocupação óptima (optimizada) é ineficiente.

As unidades pequenas são relativamente mais caras.

Através da metodologia utilizada, uma segunda análise mais pormenorizada permite-nos assinalar as unidades que têm componentes de custo que seria interessante rever. Mais uma vez, isso não implica que tais unidades estejam a fazer bem ou mal, nem que as despesas declaradas sejam excessivas. Trata-se apenas de um indício/indicador que merece a devida atenção.

5.1.3 Análise das despesas por conceito

Na seguinte análise realizada apresenta-se o desvio da média obtida para cada unidade para os diferentes conceitos de despesa, nomeadamente:

- ✓ Medicamentos;
- ✓ Material de consumo clínico;
- ✓ Material de consumo administrativo;
- ✓ Material de consumo hoteleiro;
- ✓ Despesas de alimentos;
- ✓ Despesas de pessoal.

No quadro n.º 41 apresentam-se os resultados obtidos.

Deste modo, por colunas, estão todas as unidades de Convalescença. Por linhas estão os diferentes elementos de despesa analisados. Tal como se tem vindo a assinalar, a componente de pessoal, dado ser considerada como despesa fixa, deve ser projectada a um valor homogéneo de ocupação para ser comparado.

Quadro n.º 23. Desvios da média relativos a despesas com material de consumo e pessoal das unidades de Convalescença

Desvios da média relativos a material de consumo (por conceito) e a pessoal por valores declarados e estimativa para uma taxa de ocupação 80% e 100% Unidades de Convalescença													
Unidades:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Despesa de medicamentos por utente e dia de internamento: *Desvio da média (%)*	-13%	69%	-44%	-50%	-45%	-4%	66%	-89%	-8%	-37%	-17%	91%	82%
Despesa material de consumo clínico por utente e dia de internamento: *Desvio da média (%)*	93%	-33%	18%	-43%	-67%	0%	-93%	3%	-14%	4%	14%	17%	102%
Despesa material de consumo administrativo por utente e dia de internamento: *Desvio da média (%)*	90%	4%	63%	15%	161%	-	-	-	39%	-84%	-99%	57%	54%
Despesa material de consumo hoteleiro por utente e dia de internamento: *Desvio da média (%)*	-35%	-56%	-64%	76%	122%	-73%	-50%	-35%	191%	-42%	-63%	-6%	35%
Despesas de alimentos por utente e dia de internamento: *Desvio da média (%)*	90%	4%	63%	15%	161%	-	-	-	39%	-84%	-99%	57%	54%
Pessoal por utente e dia de internamento para uma taxa de ocupação 80%: *Desvio da média (%)*	-43%	2%	-36%	0%	4%	-9%	16%	20%	35%	9%	-18%	-1%	21%
Pessoal por utente e dia de internamento para uma taxa de ocupação 100%: *Desvio da média (%)*	-43%	2%	-36%	0%	4%	-9%	16%	20%	35%	9%	-18%	-1%	21%

Fonte: RIM Janeiro-Abril 2007

Utilizando os resultados obtidos nesta análise para cada unidade e observando os dados obtidos na análise anteriormente realizada (quadro n.º 40) podem-se detectar facilmente quais são as componentes que provocam os desvios nas despesas variáveis em cada unidade.

Por favor observe as unidades 4 e 5 que estão na primeira análise com desvios superiores a 15% (a amarelo no quadro n.º 41) aqui, pode observar-se que são as despesas relativas a material administrativo e hoteleiro que provocam este desvio.

No caso das unidades 12 e 13 percebe-se perfeitamente que na primeira análise obtiveram desvios altos, superiores a 30%, pois observa-se que mostram desvios em todos os conceitos.

Cabe assinalar que, às vezes, efeitos de sinal contrário compensam-se entre si, tornando imperceptíveis desvios dignos de atenção. Este é o caso da primeira unidade. Na primeira análise, a unidade apresenta um desvio de 4% para despesas

variáveis, e portanto, não era candidata a ser assinalada; mas, na segunda análise, apresenta um consumo de material clínico e administrativo acima da média que é compensado com um consumo de medicamentos e hoteleiro, abaixo da média.

Não é objectivo deste documento ir mais além numa primeira aproximação que deve ser continuada no futuro, de forma a tirar conclusões de forma adequada. Já assinalámos o facto de que um valor a vermelho por si só, não quer dizer nada, mas trata-se sim de um valor que deve ser analisado em pormenor.

5.1.4 Análise da estrutura das despesas

Um elemento que nos pode ajudar a detectar possíveis problemas de gestão é a relação entre as despesas fixas e as variáveis e a análise do peso do pessoal na estrutura de despesas das unidades. As unidades de saúde têm uma componente de despesas fixas muito elevadas, e normalmente devemos esperar que a variável mais importante seja a do pessoal. Ninguém se pode esquecer ou ficar indiferente ao facto de que o valor acrescentado mais importante de um serviço de saúde é o humano.

Assim, na próxima análise apresentada no quadro n.º 42 podemos observar todas as unidades, relacionando as suas proporções de despesas fixas com as despesas totais, as despesas de pessoal em relação às despesas totais e também as despesas de pessoal em relação ao conjunto de despesas fixas.

Quadro n.º 24. Análise dos desvios dos rácios das despesas em relação à média nas unidades de Convalescença

Percentagem do total das despesas e desvios da média e distribuição por despesas declaradas fixas e de pessoal Unidades de Convalescença							
Unidades:	1	2	3	4	5	6	7
Percentagem das despesas fixas/ Total despesas	67,0%	66,0%	66,4%	74,9%	63,9%	87,5%	78,7%
Desvio da média (%)	-12,4%	-13,7%	-13,2%	-2,0%	-16,4%	14,5%	2,9%
Percentagem das despesas de pessoal/ Total despesas	41,7%	50,3%	54,9%	50,1%	54,8%	51,8%	45,1%
Desvio da média (%)	-27,8%	-13,1%	-5,1%	-13,4%	-5,2%	-10,3%	-22,0%
Percentagem das despesas de pessoal/ Despesas fixas	62,3%	76,2%	82,7%	66,8%	85,8%	59,2%	57,3%
Desvio da média (%)	-17,6%	0,7%	9,3%	-11,6%	13,4%	-21,7%	-24,2%

Percentagem do total das despesas e desvios da média e distribuição por despesas declaradas fixas e de pessoal Unidades de Convalescença							
Unidades:	8	9	10	11	12	13	Média
Percentagem das despesas fixas/ Total despesas	92,4%	80,7%	72,9%	80,8%	70,0%	77,4%	76,4%
Desvio da média (%)	20,8%	5,5%	-4,7%	5,6%	-8,5%	1,2%	
Percentagem das despesas de pessoal/ Total despesas	70,6%	74,6%	67,6%	63,2%	58,4%	58,5%	57,8%
Desvio da média (%)	22,1%	29,0%	17,0%	9,3%	1,0%	1,2%	
Percentagem das despesas de pessoal/ Despesas fixas	76,4%	92,4%	92,8%	78,3%	83,4%	75,6%	75,6%
Desvio da média (%)	1,1%	22,2%	22,7%	3,5%	10,3%	0,0%	

Fonte: RIM Janeiro-Abril 2007

Destacam-se no quadro n.º 42 a vermelho todas aquelas unidades com desvios da média superiores a 15%. No quadro observam-se facilmente aquelas unidades que deveriam atrair a nossa atenção.

Há unidades com proporções de gastos fixos e especialmente de pessoal, muito abaixo da média, neste caso os resultados mostram o indício de que existe uma margem de melhoria na gestão da unidade.

Este é o caso das unidades 1, 6, 9 e 10, com um baixo custo com pessoal em relação aos custos totais. Os dados desta análise, quadro n.º 42, não indicam se os custos com pessoal são altos ou baixos, simplesmente indica-nos a sua distribuição na estrutura de despesas da própria unidade.

Se fizermos a relação com os resultados nas análises anteriores, observamos que nos quadros 40 e 41, as unidades 6 e 10 figuram sem desvios importantes e são marcadas a cor verde. Isso não é nenhuma contradição, já que a unidade pode ter uma distribuição de despesas interna anómala independentemente do valor das despesas ser mais ou menos alto ou baixo em relação à média.

Nesta análise, a unidade 5 apresenta despesas fixas muito baixas (se excluímos a despesa com pessoal), o que lança dúvidas se as despesas em manutenção são as adequadas.

5.2 - Análise das despesas das unidades de Média Duração e Reabilitação

A metodologia utilizada para a análise da tipologia da unidade de Média Duração e Reabilitação é a mesma que foi utilizada para as unidades de Convalescença. Por isso não será repetida a explicação de cada análise e da composição dos quadros que apresentam os resultados, passa-se directamente a comentar os dados obtidos.

Quadro n.º 25. Desvio médio das despesas totais, fixas e variáveis das unidades de Média Duração e Reabilitação

Desvios da média das despesas totais, fixas e variáveis por valores declarados e estimativa a uma taxa de ocupação de 80% e de 100%													
Unidades de Média Duração e Reabilitação													
Unidades:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Despesas variáveis por utente e dia de internamento: *Desvio da média (%)*	-24,6%	-79,4%	-52,7%	659,3%	-46,0%	-44,8%	-72,6%	-69,7%	-51,0%	-58,5%	-55,1%	-50,6%	-54,3%
Despesas fixas por utente e dia de internamento a uma taxa de ocupação 100%: *Desvio da média (%)*	-13,1%	-7,5%	5,1%	-43,0%	-23,0%	16,7%	-44,6%	72,1%	-22,4%	42,5%	12,7%	-36,5%	41,0%
Despesa total por utente e dia de internamento para taxa de ocupação 80%: *Desvio da média (%)*	-13,3%	-39,4%	-18,4%	333,3%	-30,0%	-8,0%	-55,7%	8,6%	-32,3%	-1,4%	-15,6%	-39,7%	0,0%
Despesa total por utente e dia de internamento para taxa de ocupação 100%: *Desvio da média (%)*	-19,5%	-47,2%	-26,8%	344,8%	-35,7%	-17,3%	-60,1%	-6,2%	-38,2%	-13,3%	-24,7%	-44,3%	-11,6%

Fonte: RIM Janeiro-Abril 2007

5.2.1 Análise das despesas totais: despesas fixas e despesas variáveis

Nos resultados obtidos para as **despesas variáveis** por utente e dia de internamento (quadro n.º 43) observam-se desvios ou variações superiores a 30% com respeito à média na unidade 4, marcada a vermelho.

5.2.2 Análise das projecções das despesas a uma taxa de ocupação comum

Fixando uma mesma hipótese de taxa de ocupação para todas as unidades e analisando as variações desse indicador face à média **obtida para despesas fixas por utente e dia de internamento a uma taxa de ocupação de 100% para os desvios percentuais da média** (quadro n.º 43), observamos que há uma unidade, a unidade 4, com um desvio superior a 30%.

A unidade n.º 6 aparece com desvio superior a 15%, é marcada a amarelo; mas neste caso não deverá estranhar os resultados pois esta unidade é pequena, só tem 6 camas.

Observe-se que as unidades 8 (com 23 camas), 10 e 13 têm custos de pessoal acima da média superiores, a um desvio de 30%.

Para a despesa média total por utente e dia de internamento projectada a uma taxa de ocupação de 100% somente a unidade 4 apresenta desvios da média superiores a 30%.

5.2.3 Análise das despesas por conceito

Os resultados obtidos são apresentados no quadro n.º 44.

Desta análise observa-se que quatro unidades apresentam desvios superiores à média em 30%, são as unidades 1, 3, 4 e 13.

Para a unidade 1 também são significativos os desvios obtidos para material de consumo administrativo e alimentos.

Tal como mostra o quadro, a unidade 4 apresenta desvios para todos os conceitos.

Quadro n.º 26. Análise dos desvios dos rácios das despesas em relação à média nas unidades de Média Duração e Reabilitação

Desvios da média relativos a material de consumo (por conceito) e a pessoal por valores declarados e estimativa para uma taxa de ocupação 80% e 100% Unidades de Média Duração e Reabilitação													
Unidades:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Despesa de medicamentos por utente e dia de internamento: *Desvio da média (%)*	43%	-43%	73%	84%	-11%	-60%	-94%	11%	-51%	-29%	-14%	-72%	165%
Despesa material de consumo clínico por utente e dia de internamento: *Desvio da média (%)*	0%	-97%	-83%	844%	-41%	-95%	-84%	-64%	-80%	-90%	-76%	-89%	-47%
Despesa material de consumo administrativo por utente e dia de internamento: *Desvio da média (%)*	81%	-61%	-28%	439%	-9%	-14%	-65%	-	-	-100%	9%	-56%	3%
Despesa material de consumo hoteleiro por utente e dia de internamento: *Desvio da média (%)*	-82%	-70%	-95%	941%	-93%	-85%	-90%	-94%	-67%	-62%	-37%	-78%	-90%
Despesas de alimentos por utente e dia de internamento: *Desvio da média (%)*	81%	-61%	-28%	439%	-9%	-14%	-65%	-	-	-	9%	-56%	3%
Pessoal por utente e dia de internamento para uma taxa de ocupação 80%: *Desvio da média (%)*	-28%	13%	5%	-36%	-17%	2%	-35%	41%	-20%	45%	31%	-45%	44%
Pessoal por utente e dia de internamento para uma taxa de ocupação 100%: *Desvio da média (%)*	-28%	13%	5%	-36%	-17%	2%	-35%	41%	-20%	45%	31%	-45%	44%

Fonte: RIM Janeiro-Abril 2007

5.2.4 Análise da estrutura das despesas

Os resultados são apresentados no quadro n.º 45.

Observe-se que algumas das unidades que apresentam desvios nas análises anteriores também apresentam estruturas de despesas desviadas em relação à média.

Observamos também para esta tipologia de unidade que o peso do pessoal sobre o total das despesas é heterogéneo entre unidades. Os desvios da média obtidos, superiores a 15%, encontram-se em seis unidades.

Há neste caso 6 unidades com proporções de gastos fixos de pessoal, abaixo da média, o resultado mostra por um lado o indício de que existe uma margem de melhoria na gestão da unidade e portanto de obter perfis de estrutura de despesas

mais equilibradas; e por outro lado, e atendendo também aos dados obtidos na análise de pessoal (capítulo 4), que o peso de pessoal é baixo.

Quadro n.º 27. Análise dos desvios dos rácios das despesas em relação à média nas unidades de Média Duração e Reabilitação

Percentagem do total das despesas e desvios da média e distribuição por despesas declaradas fixas e de pessoal Unidades de Média Duração e Reabilitação							
Unidades:	1	2	3	4	5	6	7
Percentagem das despesas fixas/ Total despesas	64,2%	81,2%	65,8%	54,7%	70,5%	69,3%	68,3%
Desvio da média (%)	-9,9%	13,9%	-7,6%	-23,3%	-1,1%	-2,8%	-4,1%
Percentagem das despesas de pessoal/ Total despesas	42,2%	78,3%	51,8%	48,1%	59,9%	47,6%	63,0%
Desvio da média (%)	-25,7%	37,7%	-8,8%	-15,4%	5,3%	-16,3%	10,8%
Percentagem das despesas de pessoal/ Despesas fixas	65,8%	96,4%	78,7%	88,0%	85,0%	68,7%	92,2%
Desvio da média (%)	-17,6%	20,8%	-1,4%	10,2%	6,4%	-13,9%	15,4%

Percentagem do total das despesas e desvios da média e distribuição por despesas declaradas fixas e de pessoal Unidades de Média Duração e Reabilitação							
Unidades:	8	9	10	11	12	13	Média
Percentagem das despesas fixas/ Total despesas	87,0%	74,9%	79,9%	71,8%	65,7%	73,3%	71,3%
Desvio da média (%)	22,1%	5,0%	12,1%	0,7%	-7,8%	2,8%	
Percentagem das despesas de pessoal/ Total despesas	56,3%	60,8%	64,1%	65,8%	44,9%	56,3%	56,9%
Desvio da média (%)	-1,0%	6,9%	12,8%	15,8%	-21,0%	-0,9%	
Percentagem das despesas de pessoal/ Despesas fixas	64,7%	81,2%	80,3%	91,7%	68,3%	76,9%	79,8%
Desvio da média (%)	-18,9%	1,7%	0,5%	14,8%	-14,4%	-3,7%	

Fonte: RIM Janeiro-Abril 2007

5.3 - Análise da despesa das unidades de Longa Duração e Manutenção

Quadro n.º 28. Desvio médio das despesas totais, fixas e variáveis das unidades de Longa Duração e Manutenção

Desvios da média das despesas totais, fixas e variáveis por valores declarados e estimativa a uma taxa de ocupação de 80% e de 100% Unidades de Longa Duração e Manutenção																
Unidades:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Despesas variáveis por utente e dia de internamento: *Desvio da média (%)*	-53,3%	-65,8%	-49,2%	-50,6%	449,9%	-64,8%	62,1%	-33,6%	-41,3%	133,0%	-46,5%	9,4%	-31,1%	-70,6%	-57,3%	-90,4%
Despesas fixas por utente e dia de internamento a uma taxa de ocupação 100%: *Desvio da média (%)*	2,7%	-12,6%	-20,9%	-17,5%	18,0%	132,9%	93,2%	-18,0%	-19,2%	-8,2%	-1,9%	-10,8%	-6,7%	-46,2%	-2,3%	-82,5%
Despesa total por utente e dia de internamento para taxa de ocupação 80%: *Desvio da média (%)*	81,7%	49,0%	54,7%	57,8%	605,8%	241,2%	316,2%	74,2%	64,9%	253,8%	82,4%	126,7%	91,6%	0,0%	71,1%	-67,4%
Despesa total por utente e dia de internamento para taxa de ocupação 100%: *Desvio da média (%)*	-24,6%	-38,6%	-34,7%	-33,7%	228,8%	36,4%	78,1%	-25,6%	-30,0%	60,7%	-23,7%	-0,9%	-18,6%	-58,2%	-29,1%	-86,3%

Fonte: RIM Janeiro-Abril 2007

5.3.1 Análise das despesas totais: despesas fixas e variáveis

No caso das unidades de Longa Duração e Manutenção encontramos desvios superiores à média nos 30% nas despesas variáveis para as unidades 5, 7 e 10.

5.3.2 Análise das projecções das despesas a uma taxa de ocupação comum

Os resultados são apresentados no quadro n.º 49.

As unidades 5 e 7 apresentam desvios significativos da média em despesas fixas e variáveis para as projecções de taxa de ocupação de 100%.

A unidade 6 para a taxa de ocupação de 100% também apresenta desvio da média para as despesas fixas.

Ninguém deverá ficar surpreendido pelo facto das unidades 5, 6 e 7 terem um número bastante baixo de camas, concretamente 10 e 7, respectivamente.

5.3.3 Análise das despesas por conceito

No quadro 47 comprova-se com maior pormenor os desvios para cada conceito. Iguais para as outras tipologias, os valores marcados a vermelho significam desvios superiores a 30% da média.

Destaca-se a unidade 1 com um consumo muito elevado de medicamentos compensado por um custo menor em material de consumo.

A unidade 5 apresenta desvios superiores a 30% para todos os conceitos.

A unidade 7 tem desvios significativos para material hoteleiro que se mostram claramente no desvio de alimentos.

A unidade 10 também mostra desvios no consumo de material hoteleiro e consumo de material hoteleiro.

Na unidade 14, destaca-se um custo em medicamentos muito elevado que compensa em parte pelas baixas despesas em material clínico.

Quadro n.º 29. Análise dos desvios dos rácios das despesas em relação à média nas unidades de Longa Duração e Manutenção

Desvios da média relativos a material de consumo (por conceito) e a pessoal por valores declarados e estimativa para uma taxa de ocupação 80% e 100%																
Unidades de Longa Duração e Manutenção																
Unidades:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Despesa de medicamentos por utente e dia de internamento: *Desvio da média (%)*	93%	-	-78%	-84%	404%	5%	-6%	-9%	-	-42%	-11%	-	-82%	205%	-8%	-88%
Despesa material de consumo clínico por utente e dia de internamento: *Desvio da média (%)*	-97%	-	-87%	-83%	814%	-84%	-88%	-64%	-37%	121%	-66%	28%	-47%	-79%	-48%	-85%
Despesa material de consumo administrativo por utente e dia de internamento: *Desvio da média (%)*	-54%	-56%	7%	-53%	453%	-51%	41%	29%	-94%	-24%	-53%	-34%	13%	-	30%	-54%
Despesa material de consumo hoteleiro por utente e dia de internamento: *Desvio da média (%)*	13%	-75%	-47%	-61%	-	-95%	-13%	-88%	-47%	430%	-56%	3%	-37%	42%	149%	-18%
Despesas de alimentos por utente e dia de internamento: *Desvio da média (%)*	-54%	-56%	7%	-53%	453%	-51%	41%	29%	-94%	-24%	-53%	-34%	13%	-	30%	-54%
Pessoal por utente e dia de internamento para uma taxa de ocupação 80%: *Desvio da média (%)*	11%	-6%	-22%	-14%	-2%	49%	52%	-27%	-21%	-8%	4%	-17%	6%	0%	23%	-27%
Pessoal por utente e dia de internamento para uma taxa de ocupação 100%: *Desvio da média (%)*	11%	-6%	-22%	-14%	-2%	49%	52%	-27%	-21%	-8%	4%	-17%	6%	0%	23%	-27%

Fonte: RIM Janeiro-Abril 2007

5.3.4 Análise da estrutura das despesas

Os resultados desta análise são demonstrados no quadro n.º 48, neste caso, os valores dos desvios da média superiores a 15 % são marcados a vermelho.

Aqui, as unidades que apresentam grandes desvios parecem prováveis candidatas a melhorar a sua gestão interna.

As unidades 1, 2, 7, 8 e 12, mostram despesas baixas com pessoal em relação às despesas totais, com as despesas totais com desvios superiores a 15 %. Os resultados não indicam se as despesas com pessoal são altas ou baixas, simplesmente indicam-nos que a sua distribuição na estrutura de despesas da própria unidade é pequena.

Quadro n.º 30. Percentagem do total das despesas e distribuição por despesas declaradas fixas e de pessoal para as unidades de Longa Duração e Manutenção

Percentagem do total das despesas e desvios da média e distribuição por despesas declaradas fixas e de pessoal Unidades de Longa Duração e Manutenção								
Unidades:	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**
Percentagem das despesas fixas/ Total despesas	78,0%	73,1%	62,6%	69,2%	69,5%	92,9%	70,1%	64,0%
Desvio da média (%)	9,2%	2,2%	-12,5%	-3,2%	-2,7%	29,9%	-2,0%	-10,5%
Percentagem das despesas de pessoal/ Total despesas	73,8%	69,0%	54,0%	63,0%	50,6%	51,9%	48,3%	49,7%
Desvio da média (%)	24,9%	16,8%	-8,6%	6,6%	-14,3%	-12,2%	-18,3%	-15,9%
Percentagem das despesas de pessoal/ Despesas fixas	94,6%	94,4%	86,3%	91,0%	72,8%	55,9%	68,9%	77,6%
Desvio da média (%)	13,7%	13,5%	3,7%	9,4%	-12,5%	-32,8%	-17,2%	-6,7%

Percentagem do total das despesas e desvios da média e distribuição por despesas declaradas fixas e de pessoal Unidades de Longa Duração e Manutenção									
Unidades:	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**Média**
Percentagem das despesas fixas/ Total despesas	67,1%	57,8%	70,3%	88,1%	67,4%	71,5%	71,2%	71,1%	71,5%
Desvio da média (%)	-6,1%	-19,1%	-1,7%	23,3%	-5,8%	0,0%	-0,4%	-0,6%	
Percentagem das despesas de pessoal/ Total despesas	57,2%	50,5%	65,0%	71,6%	66,9%	58,7%	57,9%	57,3%	59,1%
Desvio da média (%)	-3,1%	-14,6%	9,9%	21,2%	13,2%	-0,6%	-2,0%	-2,9%	
Percentagem das despesas de pessoal/ Despesas fixas	85,3%	87,3%	92,5%	81,2%	99,2%	82,1%	81,4%	80,7%	83,2%
Desvio da média (%)	2,5%	4,9%	11,1%	-2,4%	19,3%	-1,3%	-2,2%	-3,0%	

Fonte: RIM Janeiro-Abril 2007

5.4 - Análise de despesas das unidades de Cuidados Paliativos

Da mesma forma que nas outras tipologias o quadro n.º 49 apresenta os dados e resultados da análise das despesas totais: Despesas fixas e despesas variáveis e a análise das projecções das despesas a uma taxa de ocupação comum.

Neste caso o estudo abrange duas unidades.

Quadro n.º 31. Desvio médio das despesas totais, fixas e variáveis das unidades de Cuidados Paliativos

Desvios da média das despesas totais, fixas e variáveis por valores declarados e estimativa a uma taxa de ocupação de 80% e de 100% Unidades de Cuidados Paliativos		
Unidades:	**1**	**2**
Despesas variáveis por utente e dia de internamento: ***Desvio da média (%)***	27,4%	-27,4%
Despesas fixas por utente e dia de internamento a uma taxa de ocupação 100%: ***Desvio da média (%)***	-1,8%	1,8%
Despesa total por utente e dia de internamento para taxa de ocupação 80%: ***Desvio da média (%)***	2,6%	-2,6%
Despesa total por utente e dia de internamento para taxa de ocupação 100%: ***Desvio da média (%)***	3,5%	-3,5%

Fonte: RIM Janeiro-Abril 2007

5.4.1 Análise das despesas totais: despesas fixas e variáveis

Neste caso, o escasso número de unidades faz com que seja muito discutível a análise de médias. No quadro 49 observa-se facilmente que ambas as unidades funcionam de forma similar em relação às despesas fixas, mas apresentam uma diferença importante na relação com as despesas variáveis.

5.4.2 Análise das projecções das despesas a uma taxa de ocupação comum

A análise das projecções a taxas de ocupação comuns para as duas unidades não mostra desvios significativos. Temos de ter em mente que nos resultados de ocupação vistos no capítulo 3, estas unidades apresentavam taxas de ocupação superiores a 90%.

5.4.3 Análise das despesas por conceito

No quadro 50, tal como fizemos nos capítulos anteriores para as outras tipologias de unidades de internamento, observamos os elementos que deveriam merecer maior atenção da nossa parte.

Destaca-se o desvio que mostra a unidade 1 por medicamento com as diferenças entre as duas unidades de consumo hoteleiro, alimentos e material administrativo. Assim, ainda que no ponto anterior as unidades apresentassem um comportamento homogéneo, observa-se a partir desta nova análise as diferenças entre as duas.

Quadro n.º 32. Despesas por utente e dia de internamento e desvios da média relativos a material de consumo e pessoal das unidades de Cuidados Paliativos

Desvios da média relativos a material de consumo (por conceito) e a pessoal por valores declarados e estimativa para uma taxa de ocupação 80% e 100% Unidades de Cuidados Paliativos		
Unidades:	1	2
Despesa de medicamentos por utente e dia de internamento: *Desvio da média (%)*	83%	-83%
Despesa material de consumo clínico por utente e dia de internamento: *Desvio da média (%)*	-20%	20%
Despesa material de consumo administrativo por utente e dia de internamento: *Desvio da média (%)*	-72%	72%
Despesa material de consumo hoteleiro por utente e dia de internamento: *Desvio da média (%)*	53%	-53%
Despesas de alimentos por utente e dia de internamento: *Desvio da média (%)*	-72%	72%
Pessoal por utente e dia de internamento para uma taxa de ocupação 80%: *Desvio da média (%)*	0%	0%
Pessoal por utente e dia de internamento para uma taxa de ocupação 100%: *Desvio da média (%)*	-13%	13%

Fonte: RIM Janeiro-Abril 2007

5.4.4 Análise da estrutura das despesas

Quadro n.º 33. Percentagem do total das despesas e distribuição por despesas declaradas fixas e de pessoal para as unidades de Cuidados Paliativos

Percentagem do total das despesas e desvios da média e distribuição por despesas declaradas fixas e de pessoal Unidades de Cuidados Paliativos			
Unidades:	1	2	Média
Percentagem das despesas fixas/ Total despesas	77,8%	88,1%	82,9%
Desvio da média (%)	-6,2%	6,2%	
Percentagem das despesas de pessoal/ Total despesas	77,4%	83,7%	80,5%
Desvio da média (%)	-4,0%	4,0%	
Percentagem das despesas de pessoal/ Despesas fixas	99,4%	95,1%	97,2%
Desvio da média (%)	2,2%	-2,2%	

Fonte: RIM Janeiro-Abril 2007

No quadro n.º 51 observa-se uma estrutura de custos bastante parecida e bastante coerente com as estruturas de despesa que costumam ter os centros de saúde.

5.5 - Resumo

A análise de custos apresentada corresponde a algumas unidades ainda recentes, com pouco tempo de funcionamento. Num contexto como este, as estruturas de gestão e os protocolos de funcionamento, com certeza ainda não estão devidamente estabelecidos. Sendo assim, não é de estranhar as grandes variações encontradas nas estruturas de custos. Por outro lado, deve-se referir que o estudo realizado se baseou em declarações económico-financeiras efectuadas pelas unidades e não através de um levantamento contabilístico credível e oficial, como seria uma Demonstração de Resultados.

Efectivamente, como seria de esperar, a nossa análise lança muitos pontos vermelhos, entendendo por pontos vermelhos todos os conceitos de despesa que denotam diferenças significativas com relação à média das unidades. No entanto, elementos que poderiam ser preocupantes em algumas unidades de saúde com anos de funcionamento, aqui representam unicamente elementos sobre os quais temos de centrar a nossa maior atenção.

É muito importante, nesta fase inicial, entender bem todos os elementos assinalados. O funcionamento dos próximos meses estabelecerá rotinas e métodos de trabalho que condicionarão durante muito tempo os serviços e as formas de funcionar.

O próprio preço dos serviços, agora em discussão, ficará estabelecido num futuro próximo. Fixar um preço excessivo implicaria pôr em risco a sustentabilidade futura, enquanto fixar um preço por defeito (baixo), implicaria a impossibilidade de prestar um serviço de qualidade.

Com a actual heterogeneidade nas estruturas de despesas que observámos, é difícil imaginar que as unidades pudessem oferecer um serviço homogéneo ao mesmo preço. Por isso, caso se fixe um preço através de uma negociação de mercado, existe um risco evidente de que os cuidados finais que os utentes recebam sejam diferentes entre umas unidades e outras.

Não há dúvida que a gestão financeira condicionará a futura prestação de cuidados. Por isso, perceber os pontos críticos aqui assinalados deve contribuir para uma oferta de cuidados qualitativa paga a um preço ajustado, condição necessária para

assegurar uma sustentabilidade e paridade futura entre unidades. E assinalar que existem dúvidas fundamentadas para questionar que os valores obtidos de despesas declaradas pelas unidades possam cobrir dotações maiores de pessoal que se aproximem mais aos rácios estabelecidos neste momento nos contratos.

Se observarmos os rácios médios das despesas com pessoal sobre as despesas totais para cada tipologia de unidade, ver quadro n.º 52, observamos valores que rondam os 60%, estando as unidades de paliativos unicamente nos 80%. Sem ter à disposição um estudo pormenorizado, não parece descabido adiantar que para estruturas de saúde se trata de rácios pequenos. Seria de esperar que este rácio rondasse os 70-80%, o que acontece unicamente nos Cuidados Paliativos.

Quadro n.º 34. Percentagem das despesas de pessoal sobre o total das despesas por tipologias

Percentagem das despesas de pessoal sobre o total das despesas por tipologias de unidades				
Tipologia de unidade:	**Convalescença**	**Média Duração e Reabilitação**	**Longa Duração e Manutenção**	**Cuidados Paliativos**
Percentagem	**58,0%**	**57%**	**59%**	**81,0%**

Fonte: RIM Janeiro-Abril 2007

Encontrando-se as dotações de pessoal baixas é perigoso nesta altura estabelecer ou marcar um preço definitivo

Finalmente, não seria justo finalizar o trabalho sobre custos sem um grande agradecimento a toda a equipa que fez com que fosse possível pôr em prática um conjunto de serviços tão completos. Com frequência são apresentadas as dificuldades de pôr em prática os serviços exigindo aos gestores que, de forma imediata, cumpram com as expectativas criadas.

A iniciativa de começar a implementação da RNCCI, com um elevado número de unidades, tem com certeza muitas vantagens, mas acarreta riscos, neste caso apresenta-se uma grande variabilidade entre unidades de uma mesma tipologia que não permitem desenhar perfis ou tendências homogéneas.

Neste contexto, esperamos que o estudo aqui apresentado possa servir de guia para centrar a atenção nos pontos mais críticos. Assim, de forma esquematizada no quadro n.º 53, mostra-se o resumo dos pontos críticos de cada unidade para cada tipologia.

Quadro n.º 35. Desvios superiores à média obtidos para as Unidades de Convalescença

Identificação dos desvios das depesas declaradas por utente e dia de internamento para cada unidade
Unidades de Convalescença

Unidades:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Despesa total													
Despesas fixas													
Despesas variáveis													
Despesa de medicamentos													
Despesa de material de consumo clínico													
Despesa de material de consumo administrativo													
Despesa de material de consumo hoteleiro													
Despesas de alimentos													
Pessoal													
N.º de camas < = 15													

Legenda:
Amarelo: Unidades com despesas entre 15% e 30% acima da média
Côr-de-rosa: Unidades com despesas superiores a 30% acima da média

Fonte: RIM Janeiro-Abril 2007

Quadro n.º 36. Desvios superiores à média obtidos para as Unidades de Média Duração e Reabilitação

Identificação dos desvios das depesas declaradas por utente e dia de internamento para cada unidade
Unidades de Média Duração e Reabilitação

Unidades:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Despesa total													
Despesas fixas													
Despesas variáveis													
Despesa de medicamentos													
Despesa de material de consumo clínico													
Despesa de material de consumo administrativo													
Despesa de material de consumo hoteleiro													
Despesas de alimentos													
Pessoal													
N.º de camas < = 15													

Legenda:
Amarelo: Unidades com despesas entre 15% e 30% acima da média
Côr-de-rosa: Unidades com despesas superiores a 30% acima da média

Fonte: RIM Janeiro-Abril 2007

Quadro n.º 37. Desvios superiores à média obtidos para as Unidades de Longa Duração e Manutenção

Identificação dos desvios das depesas declaradas por utente e dia de internamento para cada unidade Unidades de Longa Duração e Manutenção																
Unidades:	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
Despesa total																
Despesas fixas																
Despesas variáveis																
Despesa de medicamentos																
Despesa de material de consumo clínico																
Despesa de material de consumo administrativo																
Despesa de material de consumo hoteleiro																
Despesas de alimentos																
Pessoal																
N.º de camas < = 15																

Legenda:
Amarelo: Unidades com despesas entre 15% e 30% acima da média
Côr-de-rosa: Unidades com despesas superiores a 30% acima da média

Fonte: RIM Janeiro-Abril 2007

Quadro n.º 38. Desvios superiores à média obtidos para as Unidades de Cuidados Paliativos

Identificação dos desvios das depesas declaradas por utente e dia de internamento para cada unidade Unidades de Cuidados Paliativos		
Unidades:	**1**	**2**
Despesa total		
Despesas fixas		
Despesas variáveis		
Despesa de medicamentos		
Despesa de material de consumo clínico		
Despesa de material de consumo administrativo		
Despesa de material de consumo hoteleiro		
Despesas de alimentos		
Pessoal		
N.º de camas < = 15		

Legenda:
Amarelo: Unidades com despesas entre 15% e 30% acima da média
Côr-de-rosa: Unidades com despesas superiores a 30% acima da média

Fonte: RIM Janeiro-Abril 2007