



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR  
Ciências Sociais e Humanas

# **Adequação do preço convencionado com medicamentos, exames auxiliares de diagnóstico e material de pensos aos encargos reais suportados por uma UMDR**

**Carla Joaquina Gonçalves Rodrigues**

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em  
**Gestão de Unidades de saúde**  
(2º ciclo de estudos)

Orientador: Prof. Doutor Pedro Silva

**Covilhã, Outubro de 2016**

## Agradecimentos

Gostaria de deixar umas palavras de agradecimento às pessoas que mais contribuíram para a realização deste trabalho.

À minha família e amigos, em especial à minha mãe, pelo apoio incondicional e constante incentivo, ao meu pai que partiu antes de me ver concluir esta etapa mas com o qual eu aprendi a levantar-me cada vez que me deixo cair.

Ao Nuno pela infinita paciência e companheirismo.

Ao meu orientador, Professor Doutor Pedro Silva, a quem agradeço toda a orientação, disponibilidade, apoio e precisão em todos os detalhes que contribuíram para a melhoria deste trabalho.

A todos os elementos da equipa da Unidade de Cuidados Continuados da Santa Casa da Misericórdia da Guarda que direta ou indiretamente contribuíram para a realização deste trabalho. Aos elementos da Mesa Administrativa da Santa Casa, em especial ao Senhor Provedor.

A todos, os meus sinceros agradecimentos.

## Resumo

A melhoria do nível dos cuidados de saúde prestados em Portugal traduz-se no aumento da esperança média de vida. Decorrentes destas alterações demográficas surgem pessoas de idade cada vez mais avançada e, conseqüentemente, mais dependentes e com doenças crónicas e incapacitantes.

A necessidade de criação de novas respostas para esta população obrigou a uma reorganização dos cuidados de saúde e de apoio social prestados em Portugal. A Rede Nacional de Cuidados Continuados foi criada com o objectivo de prestar cuidados globais a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência. Foram criadas várias tipologias da Rede mediante a natureza dos cuidados prestados.

A RNCCI dispõe de um modelo de financiamento próprio baseado na complexidade dos cuidados. O pagamento feito às unidades prestadoras baseia-se em valores estabelecidos por utente e dia de internamento.

Assim, o presente trabalho pretende avaliar se os valores convencionados praticados são adequados e se na realidade cobrem os custos da prestação de cuidados, nomeadamente no que diz respeito ao pagamento de medicamentos, exames auxiliares de diagnóstico e materiais de pensos.

O estudo foi realizado numa UMDR, com uma amostra de 43 utentes, no período de Janeiro de 2014 a Abril de 2016.

Concluiu-se que o valor médio diário suportado com os doentes é de 8,607 Euros ainda aquém do preço convencionado de 12 Euros. No cálculo do custo não se consideraram apenas os custos de transporte para centros de diagnóstico e o custo com alguns materiais consumíveis necessários para a aplicação de pensos ou administração de medicamentos.

Das características analisadas as que influenciam significativamente o custo médio diário são a idade e a patologia dos doentes.

## Palavras-chave

Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados; Preços Convencionados; Custos Reais

## Abstract

Improving the level of health care in Portugal is reflected in increased life expectancy. Resulting from these demographic changes occur elderly increasingly advanced and therefore more dependent and chronic and debilitating illnesses.

The need to create new solutions for this population required a reorganization of health care and social support provided in Portugal. The National Network of Continuing Care was created with the aim of providing comprehensive care to people that regardless of age, are in a situation of dependency. Various types of Network have been created according to the nature of care.

RNCCI has a funding model itself based on the complexity of care. The payment made to delivery units is based on values set by user and day of hospitalization.

Thus, this study aims to evaluate whether the agreed prices charged are adequate and actually cover the costs of care, in particular as regards the payment of medicines, supplementary diagnostic tests and wound care materials.

The study was conducted in a UMDR, with a sample of 43 users, from January 2014 to April 2016.

It was concluded that the average daily value supported with patients is 8,607 Euros still below the agreed price of 12 Euros. In calculation the cost did not consider only the shipping costs for diagnostic centers and the cost of some consumables needed for the application of wound care materials or medication.

Of those analyzed characteristics significantly affect the average daily cost, are the age and the condition of the patient.

## Keywords

National Network of Integrated Continuous Care; Agreed prices; Actual costs

# Índice

Introdução .....	1
Capítulo 1 - Enquadramento .....	3
1 - A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.....	3
1.1 - Missão e objectivos.....	5
1.2 - Organização da rede .....	6
1.3 - Referenciação e ingresso de utentes na rede.....	8
2 - O Financiamento do Sistema de Saúde Português.....	10
2.1 - Os custos com a saúde em Portugal .....	11
2.2 - Modelo de gestão e financiamento da Rede .....	12
Capítulo 2 - Estudo Empírico.....	17
1 - Dados .....	17
1.1 - Caracterização da Amostra .....	18
2 - Resultados.....	21
Conclusão .....	30
Bibliografia .....	32
Anexo I - Pedido de autorização para realização de estudo.....	34

## Lista de Figuras

Figura 1 - Implementação da RNCCI (UMCCI, 2009) .....	5
Figura 2 - Respostas da RNCCI (Guia da RNCCI, 2009).....	7
Figura 3 - Referenciação e Ingresso na Rede (UMCCI, 2006) .....	9

## Lista de Gráficos

Gráfico 1 - Amplitude do Custo diário dos doentes .....	23
Gráfico 2 - Custo diário por doente .....	24

## Lista de Tabelas

Tabela 1 - Preços para as experiências piloto .....	13
Tabela 2 - Preços da RNCCI .....	14
Tabela 3 - Preço para os encargos com medicamentos, exames auxiliares de diagnóstico e apósitos e material de penso para tratamento de úlceras de pressão .....	15
Tabela 4 - Preços em vigor à data da RNCCI .....	16
Tabela 5 - Utentes por género.....	19
Tabela 6 - Utentes por grupo etário.....	19
Tabela 7 - Proveniência dos utentes .....	19
Tabela 8 - Utentes por grupo de diagnóstico .....	20
Tabela 9 - Dias de Internamento dos utentes.....	20
Tabela 10 - Custo médio diário dos doentes da amostra .....	21
Tabela 11 - Características dos utentes com consumos médio superiores a 12€/Dia.....	22
Tabela 12 - Características dos utentes com os 8 consumos médio mais baixos .....	22
Tabela 13 - Custo médio diário por grupo etário.....	25
Tabela 14 - Custo médio diário por grupo diagnóstico .....	25
Tabela 15 - Custo médio diário em função da proveniência dos doentes.....	26
Tabela 16 - Custo médio diário em função do género dos doentes .....	26
Tabela 17 - Teste T para a igualdade entre médias por género.....	26
Tabela 18 - Teste de Kruskal Wallis - variável agrupamento: Grupo etário.....	27
Tabela 19 - Teste de Kruskal-Wallis - variável agrupamento: Grupo de Diagnóstico .....	27
Tabela 20 - Teste Anova: Custo/Origem.....	28

Adequação do preço convencionado com medicamentos, exames auxiliares de diagnóstico e material de pensos aos encargos reais suportados por uma UMDR

Tabela 21 - Modelo de regressão: variável dependente: Custo médio diário por utente ..... 29

## Lista de Acrónimos

ACSS	Administração Central do Sistema de Saúde
CCI	Cuidados Continuados Integrados
CE	Comissão Europeia
EAD	Exames Auxiliares de Diagnóstico
ECCI	Equipa de Cuidados Continuados Integrados
ECL	Equipa de Coordenação Local
ECR	Equipa de Coordenação Regional
EGA	Equipa de Gestão de Altas
EISCP	Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos
INE	Instituto Nacional de Estatística
LTC	Long Term Care
M	Medicamentos
MP	Material de Pensos
MS	Ministério Da saúde
MTSS	Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPSS	Observatório Português dos Sistemas de saúde
RNCCI	Rede Nacional de para os Cuidados Continuados Integrados
SCMG	Santa Casa da Misericórdia da Guarda
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
UC	Unidade de Convalescença
UCP	Unidade de Cuidados Paliativos
UDPA	Unidade Dia e Promoção de Autonomia
UE	União Europeia
ULDM	Unidade de Longa Duração e Manutenção
UMCCI	Unidade Missão para os Cuidados Continuados Integrados
UMDR	Unidade de Média Duração e Reabilitação

Adequação do preço convencionado com medicamentos, exames auxiliares de diagnóstico e material de pensos aos encargos reais suportados por uma UMDR

# Introdução

Vivemos numa sociedade sujeita a alterações demográficas, sendo que ninguém ou nada pode estar indiferente a estes efeitos. As transformações sociais e políticas ocorridas nas últimas décadas introduziram mudanças significativas nas populações actuais. O envelhecimento da sociedade, o maior nível de actividade do sexo feminino fora de casa (cuidadora tradicional) e o aumento das doenças crónicas obrigaram à reorganização dos cuidados de saúde no sentido de encontrar respostas para apoio às pessoas em situação de dependência.

Enquanto a maior parte das pessoas desfruta de uma saúde que lhes permite viver de forma independente entendida por Santos (2000) como uma situação em que se consegue alcançar um nível aceitável da satisfação das necessidades, através de acções adequadas que o indivíduo realiza por si mesmo, sem ajuda de outra pessoa, outras estão dependentes, sempre que por alguma razão, ligada à perda de autonomia física ou intelectual, a pessoa tem necessidade de uma ajuda importante a fim de realizar necessidades específicas resultantes da realização das actividades de vida diárias (Amaral e Vicente, 2000).

Para Imaginário (2004) a dependência é um problema urgente e grave de saúde, interferindo na qualidade de vida do indivíduo e do grupo, pelo que requer a tomada de medidas sociais, governamentais e individuais.

Houve por isso necessidade de definir uma estratégia para o desenvolvimento progressivo de um conjunto de serviços adequados, nos âmbitos da Saúde e da Segurança Social, que respondessem à crescente necessidade de cuidados destes grupos da população, articulada com os serviços de saúde e sociais já existentes.

Assim, a promoção da continuidade dos cuidados pode representar sem dúvida, uma diminuição dos custos pessoais, sociais e económicos quer para o doente, quer para a família e sociedade, na prevenção de complicações e internamentos recorrentes.

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), criada pelo Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho, constituiu-se como o modelo organizativo e funcional para o desenvolvimento da estratégia enunciada.

A RNCCI dispõe de um modelo próprio de financiamento que foi elaborado tendo em conta a complexidade dos cuidados prestados e que é participado pelo Ministério da Saúde (MS), Ministério do Trabalho e Segurança Social (MTSS) e utentes, dependendo da tipologia de cuidados. O modelo único de pagamento para a contraprestação dos cuidados fornecidos pelas unidades da rede baseia-se em valores estabelecidos por utente e dia de internamento.

Adequação do preço convencionado com medicamentos, exames auxiliares de diagnóstico e material de pensos aos encargos reais suportados por uma UMDR

A Portaria nº 994/2006 de 19 de Setembro definiu os preços dos cuidados de saúde e apoio social prestados no âmbito das experiências piloto da RNCCI para cada uma das tipologias. Mais tarde esses valores foram actualizados pela portaria nº 360/2013 de 16 de Dezembro, revogada pela portaria nº 184/ 2015 de 23 de Junho, que vigora actualmente.

Sendo a RNCCI uma criação recente, ainda pouca investigação foi realizada na área e mais concretamente, sobre o financiamento dos cuidados de saúde prestados por estas unidades.

Ora, torna-se importante entender se os valores praticados são os adequados e se na realidade cobrem os custos que resultam da prestação de cuidados aos doentes internados nestas unidades. Em concreto, pretende-se neste trabalho estudar a adequação do preço convencionado com medicamentos (M), exames auxiliares de diagnóstico (EAD) e material de pensos (MP) aos encargos reais suportados por uma Unidade de Média Duração e Reabilitação (UMDR).

A razão da escolha deste tema prende-se com a experiência profissional da autora que reconhece a importância de garantir a viabilidade da rede, atendendo a que esta se apresenta como uma estratégia fundamental do sector da saúde e do sector social mas sobre a qual ainda são escassos os estudos desenvolvidos em Portugal.

Como objectivos secundários pretende-se conhecer as características dos doentes da tipologia de média duração e reabilitação (idade, sexo, patologia, proveniência) e saber se estas características influenciam o custo médio diário suportado pela unidade com os medicamentos, realização de exames auxiliares de diagnóstico, apósitos e material de penso para tratamentos de úlceras de pressão.

Assim, o presente trabalho está dividido em 2 partes principais:

- Na 1ª parte (enquadramento) discute-se a necessidade da criação da rede de cuidados continuados, a missão e objectivos, a sua organização e as formas de referenciação e ingresso dos utentes. Esta parte aborda também o financiamento do sistema de saúde português e os custos com a saúde em Portugal com o intuito de enquadrar o modelo de gestão e financiamento desta rede.
- Na 2ª parte apresenta-se o estudo empírico (dados, metodologia e resultados).

# Capítulo 1 - Enquadramento

## 1 - A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

O fenómeno do envelhecimento da população é uma realidade na generalidade dos países desenvolvidos e apresenta-se como um desafio às suas políticas sociais. Em Portugal e segundo projecções do Instituto Nacional de Estatística (2009), a população residente atingirá o seu limite máximo dentro em breve, assistindo-se depois a uma progressiva redução populacional. A esta previsão de diminuição da população está associado o envelhecimento populacional, aumentando de forma acentuada o peso dos cidadãos com mais de 65 anos na sociedade. Ainda segundo o INE, Portugal converter-se-á num dos países da UE com maior percentagem de idosos e menor percentagem de população activa em 2050.

Em virtude deste cenário, aumentará nos próximos anos o número de idosos a viver só e aumentará também a incidência de doenças crónicas, degenerativas e incapacitantes em consequência da idade, o que fará emergir as insuficiências dos Sistemas Social e de Saúde ao nível da adequação dos cuidados necessários nas situações de dependência.

São diversos os países que se deparam com a necessidade de dar respostas ao crescente envelhecimento populacional, adoptando cada um, um modelo de resposta adequado à sua realidade. Assim sendo, os cuidados continuados assumem formas diferentes em termos organizacionais para responder a estas necessidades.

Os cuidados continuados são definidos e caracterizados de diferentes maneiras segundo diversas entidades, tais como a União Europeia (UE), a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), a Comissão Europeia (CE), a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (UMCCI) através da RNCCI. No âmbito da EU os CCI estão enquadrados no Comité de Protecção Social e são denominados Cuidados de Longa Duração (“Long-Term Care” - LTC).

A OCDE descreve os LTC, como sendo uma série de serviços para indivíduos dependentes de auxílio externo, por serem incapazes de realizar as suas actividades diárias, resultado de uma debilidade física e/ou mental. Estes geralmente encontram-se inseridos na prestação de serviços de saúde, como a profilaxia, a monitorização de saúde, a gestão da dor, a medicação, o tratamento de feridas, a reabilitação e os cuidados paliativos (OCDE, 2005).

Em Portugal, o despacho nº 148 de Junho de 1996 estabeleceu orientações para a criação de um “modelo de intervenção articulada de completa interface saúde/acção social, dirigido às pessoas em situação de dependência”. Deste modo, e para fazer face às necessidades da população foi emitido um despacho conjunto entre o Ministério da Saúde e o Ministério do

Adequação do preço convencionado com medicamentos, exames auxiliares de diagnóstico e material de pensos aos encargos reais suportados por uma UMDR

Trabalho e da Solidariedade (nº 407/98) com o objectivo de criar orientações que visassem uma intervenção articulada da saúde e da acção social dirigida a pessoas em situação de dependência física, mental ou social. O diploma previa que as respostas às necessidades dos grupos alvo poderiam revestir as seguintes formas de intervenção:

- Apoio social
- Cuidados de saúde continuados
- Respostas integradas

Só em 2006 com a introdução do novo Decreto-Lei (101/2006 de 6 de Junho) foi criada a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), no âmbito dos Ministérios da Saúde (MS) e do Trabalho e da Solidariedade Social (MTSS).

A rede constitui uma nova abordagem do SNS que dá resposta às necessidades dos cidadãos, contrariando a tendência para a concentração de doentes nos hospitais ou nos centros de saúde. Assume-se como uma resposta de cuidados globais a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência. Trata-se de um nível intermédio de cuidados e serviços de saúde e apoio social integrados e/ou articulados, sustentado por entidades públicas (como hospitais, centros de saúde, centros distritais do Instituto da Segurança Social) e privadas (da rede solidária e da rede lucrativa), tendo o estado por principal incentivador. Paraphrasing Santos (2002), a prestação de cuidados continuados é um direito fundamental, já que a impossibilidade desta continuidade poderá diminuir o sucesso de todo o empenho da equipa de cuidados, verificando-se uma ruptura na sua assistência e conseqüentemente um retrocesso na sua recuperação.

“Neste sentido é preciso assinalar o papel estratégico da RNCCI para a modernização do SNS e para o seu desenvolvimento sustentado e sustentável. A RNCCI é referida no Relatório Final da Comissão para a sustentabilidade do financiamento do SNS como uma das transformações necessárias no SNS para garantir a sustentabilidade do sistema e a melhoria da prestação de cuidados” (ACSS, 2013).

O planeamento estratégico da RNCCI assentou num modelo de desenvolvimento territorial evolutivo, organizado em três fases, num horizonte de 10 anos. Para cada fase estavam planeadas metas em termos da oferta de respostas (baseadas em critérios de cobertura das necessidades existentes na população), e da consolidação do modelo, tal como se apresenta na figura seguinte:

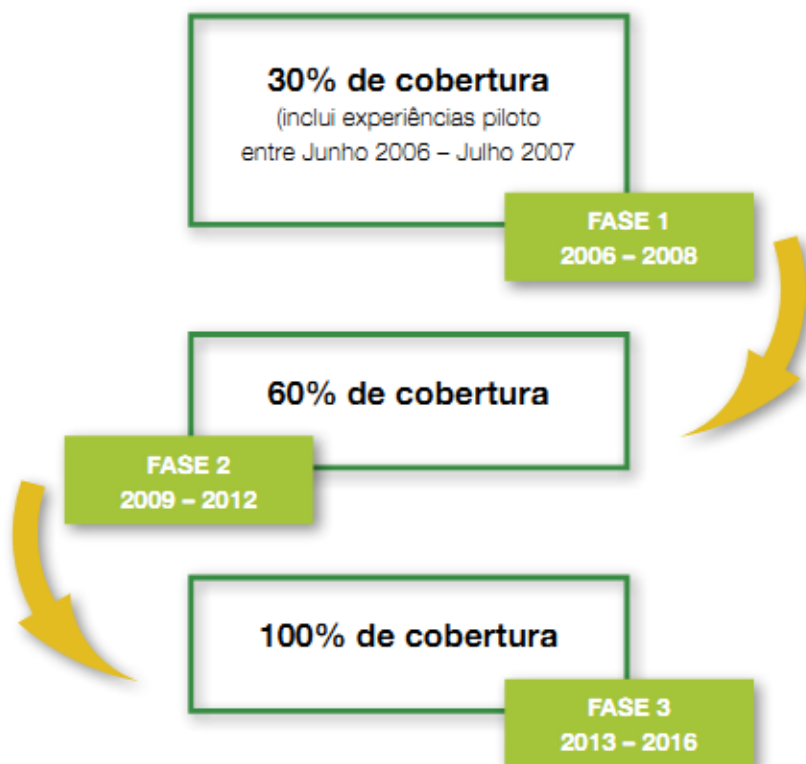


Figura 1 - Implementação da RNCCI (UMCCI, 2009)

Segundo Pereira (2008), a concepção do início da RNCCI a partir da implementação de experiências piloto teria como objectivo possibilitar o teste do modelo dos cuidados continuados integrados e a recolha da informação necessária para adaptar este modelo às diferentes realidades. O plano de implementação das experiências piloto 2006 foi resultado de um trabalho exaustivo por parte dos responsáveis do setor da saúde e do setor social.

Assim, esperava-se com a criação da RNCCI a obtenção de ganhos em saúde, o aumento da cobertura da prestação de serviços de cuidados continuados integrados a nível nacional, o reforço da articulação entre os serviços de saúde e de apoio social, a manutenção das pessoas com dependência no domicílio, se possível, a redução da procura de serviços hospitalares de agudos por parte da pessoa em situação de dependência e a melhoria das condições de vida e de bem-estar das pessoas com dependência.

### 1.1 - Missão e objectivos

Os cuidados continuados integrados fundamentam-se numa gestão de caso onde são identificados os problemas mais complexos dos utentes com objectivo de proporcionar os cuidados adequados a cada situação. Assim, os cuidados continuados integrados têm como missão criar um “conjunto de intervenções sequenciais de saúde e/ou apoio social, decorrente de uma avaliação conjunta, centrados na recuperação global entendida como o processo terapêutico e de apoio social, activo e contínuo, que visa promover a autonomia

Adequação do preço convencionado com medicamentos, exames auxiliares de diagnóstico e material de pensos aos encargos reais suportados por uma UMDR

melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção social e familiar” (Art. 3º Dec. Lei 101/2006).

A RNCCI tem como objectivo geral a prestação de cuidados continuados integrados a pessoas que, independentemente da sua idade, se encontrem em situação de dependência.

O artigo nº 4º do decreto-lei 101/2006 enumera os seguintes objectivos:

- A melhoria das condições de vida e bem-estar das pessoas em situação de dependência, através da prestação de cuidados continuados de saúde e de apoio social.
- A manutenção das pessoas com perda de funcionalidade ou em risco de a perder no domicílio, sempre que possam ser garantidos os cuidados terapêuticos e o apoio social necessários à provisão e manutenção de conforto e qualidade de vida.
- O apoio, o acompanhamento e o internamento tecnicamente adequados à respectiva situação.
- A melhoria contínua da qualidade na prestação de cuidados continuados de saúde e de apoio social.
- O apoio aos familiares ou prestadores informais, na respectiva qualificação e na prestação dos cuidados.
- A articulação e coordenação em rede dos cuidados em diferentes serviços, sectores e níveis de diferenciação.
- A prevenção de lacunas em serviços e equipamentos, pela progressiva cobertura nacional, das necessidades das pessoas em situação de dependência em matéria de cuidados continuados integrados.

## **1.2 - Organização da rede**

A prestação de cuidados de saúde e de apoio social dentro da RNCCI é assegurada através de quatro tipos de respostas:

- Unidades de Internamento: Convalescença, Média Duração e Reabilitação, Longa Duração e Manutenção, Cuidados Paliativos;
- Unidades de Ambulatório: Unidades de Dia e Promoção da Autonomia;
- Equipa Hospitalar: Equipas Intra-hospitalares de Suporte em Cuidados Paliativos, Equipas de Gestão de Altas;
- Equipas Domiciliárias: Equipas de Cuidados Continuados Integrados, Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos.



Figura 2 - Respostas da RNCCI (Guia da RNCCI, 2009)

O Decreto-lei 101/2006 (arts. 13º a 29º) estabelece os objetivos de atuação de cada um dos componentes da rede:

- A Unidade de Convalescença (UC) tem por finalidade a estabilização clínica e funcional, devendo para esta tipologia serem referenciadas pessoas que se encontram em fase de recuperação de um processo agudo ou recorrência de um processo crónico, com elevado potencial de reabilitação com previsibilidade até 30 dias consecutivos.
- As Unidades de Média Duração e Reabilitação (UMDR) visam responder a necessidades transitórias, promovendo a reabilitação e a independência, em situação clínica decorrente de recuperação de um processo agudo ou descompensação de processo crónico, cuja previsibilidade de dias de internamento se situe entre 30 dias e 90 dias.
- As Unidades de Longa Duração e Manutenção (ULDm) têm por finalidade proporcionar cuidados que previnam e/ou retardem o agravamento da situação de dependência, otimizando o estado de saúde, num período de internamento em regra superior a 90 dias. Visam responder a doentes com processos crónicos que apresentem diferentes níveis de dependência e graus de complexidade e que não possam, ou não devam, ser cuidados no domicílio.
- As Unidades de Cuidados Paliativos (UCP), tal como são definidas no âmbito da RNCCI, destinam-se a doentes com doenças complexas em estado avançado, com evidência de falha da terapêutica dirigida à doença de base ou em fase terminal e que requerem cuidados para orientação ou prestação de um plano terapêutico paliativo.
- Equipas domiciliárias, designadamente equipas comunitárias de suporte em cuidados paliativos e as equipas de cuidados continuados integrados. As Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), da responsabilidade das Unidades de Cuidados na Comunidade dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), direcionam a sua

intervenção multidisciplinar a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal, ou em processo de convalescença, com rede de suporte social, cuja situação não requer internamento. O seu desenvolvimento, para além dos Cuidados de Saúde Primários, contempla também a intervenção da Rede Social no apoio social domiciliário. Esta equipa da RNCCI deve, desejavelmente, incluir um núcleo especializado de profissionais de saúde, com formação específica em cuidados paliativos, de forma a assegurar o apoio e aconselhamento diferenciado em cuidados paliativos às unidades de internamento de Reabilitação e de Manutenção, assumindo-se assim, para além das atribuições descritas, como uma Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos.

- Equipas Intra-Hospitalares de Suporte em Cuidados Paliativos (EISCP) e Equipas de Gestão de Altas (EGA). As Equipas Intra-Hospitalares de Suporte em Cuidados Paliativos que, como o nome indica, estão sedeadas nos hospitais de agudos, têm por finalidade prestar assessoria técnica diferenciada nesta área, transversalmente nos diferentes serviços do hospital. Constituem-se como recurso hospitalar uma vez que integram elementos dos diferentes grupos profissionais, com formação em cuidados paliativos.
- As Equipas de Gestão de Altas são equipas hospitalares multidisciplinares cuja actividade consiste na preparação e gestão de altas hospitalares com outros serviços para os utentes que requerem suporte de continuidade dos seus problemas de saúde e sociais, quer em regime de internamento, quer em regime de ambulatório.
- Unidades de Dia e de Promoção de Autonomia (UDPA), que se destinam a promover a autonomia de pessoas em situação de dependência, cujas condições clínicas e sócio-familiares lhes permitem a permanência no domicílio. Os cuidados de reabilitação e/ou manutenção são facultados em regime de dia.

### **1.3 - Referenciação e ingresso de utentes na rede**

O processo de referenciação de doentes para e na RNCCI obedece ao princípio fundamental de proporcionar as melhores condições possíveis de reabilitação aos cidadãos que dela carecem. O circuito de referenciação da RNCCI assenta em níveis operacionais, correspondentes a Equipas de Gestão de Altas, Equipas Coordenadoras Locais, Equipas Coordenadoras Regionais. O acesso à Rede é feito através de referenciação, com origem no Hospital do SNS ou no Centro de Saúde.

A responsabilidade pelo ingresso da pessoa dependente na RNCCI é da competência da ECL. Para o efeito, cada ECL é responsável pela avaliação da situação de saúde e social do doente e pela verificação do cumprimento dos critérios de referenciação. É necessário que o doente (ou o seu representante) formalize sempre o seu consentimento informado e, no caso das Unidades de Reabilitação e Unidades de Manutenção, aceite as respectivas condições de participação.

Adequação do preço convencionado com medicamentos, exames auxiliares de diagnóstico e material de pensos aos encargos reais suportados por uma UMDR

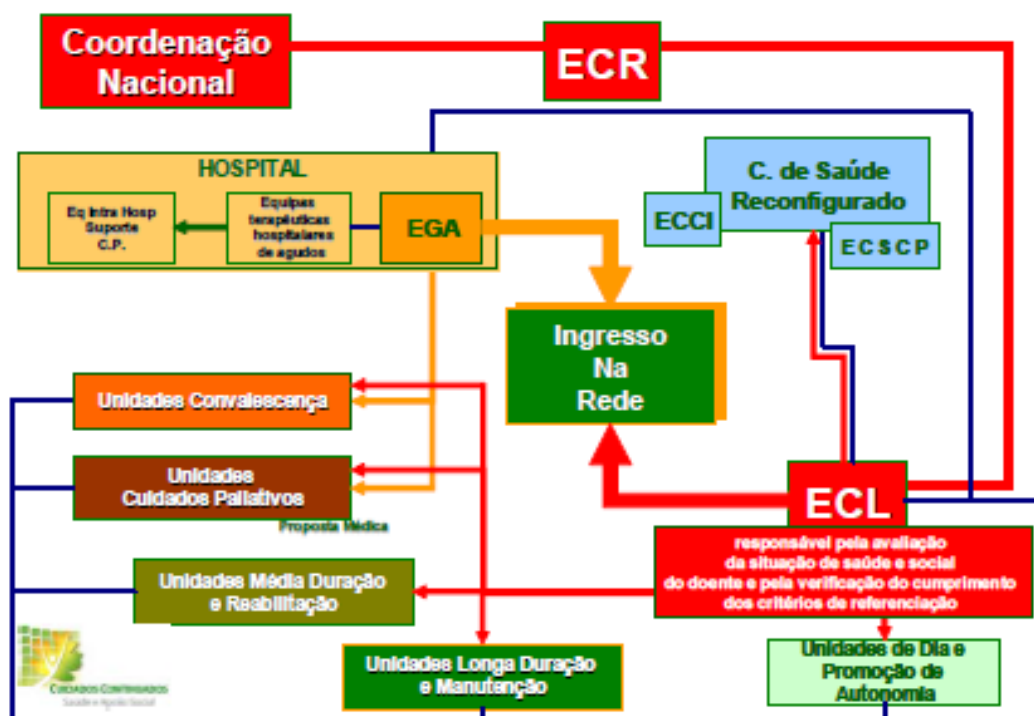


Figura 3 - Referência e Ingresso na Rede (UMCCI, 2006)

## **2 - O Financiamento do Sistema de Saúde Português**

Em Portugal “a evolução do Sistema de Saúde desde os anos trinta foi marcada pela ideologia corporativa que imprimiu em toda a legislação uma concepção de assistência médico-sanitária, predominantemente caritativa” (Campos, 1983).

Em 1899 inicia-se a organização dos “Serviços de Saúde e Beneficência Pública” através das políticas do Dr. Ricardo Jorge que visavam implementar estratégias para a prevenção de doenças, higiene alimentar e formação de técnicos de saúde. No entanto, o Estado deixava a prestação de cuidados de saúde a cargo das entidades privadas e de beneficência, continuando do tipo caritativo. A solidariedade inerente aos sistemas de saúde, deriva do facto de a saúde ser encarada como um bem social ou coletivo que pressupõe o benefício de todos.

As transformações políticas ocorridas em Portugal em 1974, tiveram repercussões a vários níveis, sociais e económicos e como não poderia deixar de ser ao nível da saúde. Assim, com a necessidade de evoluir na prestação de cuidados de saúde, foi criado o Serviço Nacional de Saúde (SNS) em 1979 através da Lei nº 56/79 de 26 de Agosto. O SNS é a estrutura através da qual o Estado Português assegura o acesso de todos os cidadãos aos cuidados de saúde. O SNS veio finalmente assegurar o direito à saúde por parte dos cidadãos, garantido pelo governo, de forma universal e gratuita, financiado através do orçamento de estado.

Em 1990 é regulamentada a “Lei de Bases da Saúde” e, em 1993 é aprovado o “estatuto do Serviço Nacional de Saúde”, criando uma nova orgânica do SNS com a criação das unidades integradas de saúde com a função de viabilizar a articulação entre os centros de saúde e hospitais. Com a crescente procura e com as reformas do sistema, tem aumentado a necessidade dos governos na contratualização de serviços ao sector privado passando para este parte da verba de financiamento definida pelo Orçamento de Estado, que se mantém como principal forma de financiamento em conjunto com os seguros, subsistemas e taxas moderadoras.

Em 2002 surge o conceito de gestão empresarial no sector da saúde, regulamentada pelo Dec. Lei nº 185/2002, que vem reforçar as parcerias com os privados.

Segundo o Observatório Português de Sistemas de Saúde (OPSS, 2009) Portugal, seguindo a tendência europeia, tem feito esforços no sentido de clarificar o papel do Estado prestador e do Estado financiador, promovendo a adopção de boas práticas de gestão e uma maior responsabilização das estruturas regionais de administração através da realização de compromissos explícitos entre todos os stakeholders.

Adequação do preço convencionado com medicamentos, exames auxiliares de diagnóstico e material de pensos aos encargos reais suportados por uma UMDR

O processo de contratualização dos cuidados de saúde tem sofrido alterações nos últimos anos. “A contratualização pode ser definida como o relacionamento que se estabelece entre financiadores, compradores e prestadores dos cuidados de saúde, no qual se explicitam os resultados de saúde que se desejam para os níveis de financiamento que se disponibilizam” (ACSS, 2011).

O “Contrato-Programa” é o documento que formaliza o acordo estabelecido em sede de contratualização e tem por objectivo a realização de prestações de saúde aos utentes do SNS mediante o pagamento de contrapartidas financeiras em função das condições previstas e dos resultados obtidos (Despacho nº 721/2006, de 11 de Janeiro).

Segundo a ACSS (2015) o “Contrato-Programa” permitiu reforçar o peso das medidas de qualidade de acesso, a evolução das modalidades de pagamento em função do cidadão e a responsabilização das entidades hospitalares pelos gastos gerados. Assim, as entidades prestadoras fornecem os serviços de saúde, gerindo a sua própria actividade.

## **2.1 - Os custos com a saúde em Portugal**

O SNS tem como principal objectivo a prestação de cuidados de saúde aos cidadãos portugueses independentemente da capacidade financeira do indivíduo. Embora a filosofia dos serviços de saúde públicos contextualizados no SNS seja de cariz não lucrativo, torna-se importante o apuramento dos custos no sentido de avaliar a sustentabilidade económico-financeira destas instituições.

Assim, segundo Costa et al (2008), a análise dos custos com a saúde, permite de uma maneira geral:

- Conhecer melhor a estrutura de consumo de recursos das organizações de saúde;
- Permitir tomar decisões estratégicas e operacionais com o menor risco associado;
- Reorganizar processos produtivos, no sentido de maximizar a sua eficiência, qualidade e valor para o utente;
- Permitir a aplicação de metodologias de avaliação económica entre cenários alternativos;
- Gerir o doente ao longo do processo de produção com critérios de custo-efectividade;
- Possibilitar a realização de estudos, por exemplo para obter custos por patologia, produtos ou localização geográfica;
- Permitir desenvolver metodologias de definição de preços e de financiamento dos serviços de saúde com maior rigor.

Para Nunes (2012) de acordo com uma visão tradicional o apuramento dos custos nos hospitais nacionais pode ser feito recorrendo a dois tipos de abordagens:

1. Abordagem *Bottom-up*

Adequação do preço convencionado com medicamentos, exames auxiliares de diagnóstico e material de pensos aos encargos reais suportados por uma UMDR

## 2. Abordagem *Top down*

A Abordagem *Bottom-up* consiste no apuramento dos custos a partir da recolha de informação ao longo do processo de produção, enquanto a abordagem *Top down*, utiliza a informação obtida pela contabilidade central da organização para apurar os custos.

Segundo Lourenço e Silva (2008) os custos directos inerentes à prestação de cuidados de saúde podem ser fixos ou variáveis, ou seja os custos fixos são todos aqueles que existem independentemente do doente ser tratado ou não, por exemplo electricidade e limpeza, os custos variáveis são aqueles que decorrem do tratamento do doente, por exemplo, os meios complementares de diagnóstico, os fármacos e outros produtos.

### 2.2 - Modelo de gestão e financiamento da Rede

O modelo de gestão da Rede assenta numa lógica de descentralização e contratualização de serviços. A coordenação e acompanhamento da RNCCI a nível nacional integra-se na orgânica da Administração Central de Serviços de Saúde (ACSS) desde 1 de Dezembro de 2012 (data em que foi extinta a Unidade Missão para os Cuidados Continuados Integrados) e é operacionalizada a nível regional e local pelas Equipas de Coordenação Regional (ECR) e Equipas de Coordenação Local (ECL), respetivamente. Esta estrutura descentralizada visa uma articulação efetiva e eficiente dos diferentes níveis e agentes da RNCCI, garantindo a flexibilidade e a sequencialidade na sua implementação, acompanhamento e monitorização, para além de assegurar o bom funcionamento do processo de gestão dos utentes.

A sua constituição intersetorial assume-se como característica comum nos três níveis de coordenação, incluindo-se na composição destas equipas elementos da área da saúde e da segurança social.

Quanto ao modelo de financiamento, o diploma que instituiu a UMCCI determinou que “compete à ACSS assumir todos os encargos orçamentais decorrentes das instalações e do funcionamento da UMCCI, bem como cativar verbas para o financiamento da RNCCI, através das receitas oriundas dos jogos sociais, afectas aos projectos dos cuidados de saúde e às pessoas idosas e cidadãos em situação de dependência”.

A Rede dispõe de um modelo de financiamento específico, o qual define o financiamento das unidades e equipas, em função das condições de funcionamento das respostas, obedecendo ao princípio da diversificação das fontes de financiamento e da adequação seletiva, variando, ainda, em função do tipo e da complexidade dos cuidados prestados, podendo incluir participações do Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social (MTSS), do Ministério da Saúde (MS) e dos utentes.

Adequação do preço convencionado com medicamentos, exames auxiliares de diagnóstico e material de pensos aos encargos reais suportados por uma UMDR

Assim, os encargos decorrentes do funcionamento da Rede, são repartidos pelos setores da saúde e da segurança social em função da tipologia dos cuidados prestados, nos seguintes termos (Art. 47º Dec. Lei 101/2006):

- As UC, UP, EGA, EISCP, são integralmente da responsabilidade do MS;
- As UMDR, ULDM, ECCI e UDPA são da responsabilidade dos dois sectores (MS, MTSS) em função da natureza dos cuidados prestados;
- A utilização das UMDR, ULDM, ECCI e UDPA é comparticipada pela pessoa em situação de dependência em função do seu rendimento e do rendimento do seu agregado familiar.

A contratualização com as entidades prestadoras de cuidados continuados em regime de internamento preconiza o pagamento com base numa diária fixada em portaria pelo MS e MTSS. Estão previstos preços diferentes de acordo com a tipologia de cuidados, tendo sido calculados com base numa estimativa dos custos a suportar pelas entidades prestadoras.

A Portaria nº 994/2006 de 19 de Setembro definiu os preços dos cuidados de saúde e de apoio social prestados no âmbito das experiências piloto da RNCCI (Tabela 1). Terminado este primeiro período de implementação da Rede, durante o qual foi efectuada uma monitorização e avaliação, procedeu-se a alguns ajustamentos, nomeadamente no que respeita aos custos dos serviços prestados pela Rede, mediante a actualização da tabela de preços.

Tabela 1 - Preços para as experiências piloto

Designação	Encargos com os cuidados de saúde	Encargos com os cuidados de apoio social	Total
I - Diárias de internamento por doente			
1 - Unidade de convalescença	83,30€	-	83,30€
2 - Unidade de cuidados paliativos	83,30€	-	83,30€
3 - Unidade de média duração e reabilitação	42,95€	17,35€	60,30€
4 - Unidade de longa duração e manutenção	6,66€	27,34€	34,00€
II - Ambulatório			
1 - Unidade de dia e promoção de autonomia	427,81/valor global mês para 10-15 utentes	-	427,81/valor global mês para 10-15 utentes

Adaptado da Portaria nº 994/2006 de 19 de Setembro

Posteriormente a Portaria nº 1087-A/2007 de 5 de Setembro definiu, “em termos genéricos as condições de instalação e funcionamento das respectivas unidades de internamento e aprova a nova tabela de preços para o financiamento dos serviços a prestar” (Tabela 2).

Tabela 2 - Preços da RNCCI

Designação	Encargos com os cuidados de saúde	Encargos com os cuidados de apoio social	Total
I - Diárias de internamento por doente			
1 - Unidade de convalescença	85€	-	85€
2 - Unidade de cuidados paliativos	85€	-	85€
3 - Unidade de média duração e reabilitação	52,38€	18,62€	71€
4 - Unidade de longa duração e manutenção	17,49€	28,51€	46€
II - Ambulatório			
1 - Unidade de dia e promoção de autonomia	9€	-	9€

Adaptado da Portaria nº 1087-A/2007 de 5 de Setembro

Os preços fixados nesta última portaria, compreendem todos os cuidados e serviços contratualizados, com exceção dos encargos com medicamentos, meios complementares de diagnóstico e material de pensos, uma vez que estes são definidos em diploma próprio. Para a determinação dos referidos encargos foi “desenvolvido um estudo do perfil de prescrição nas unidades de internamento da RNCCI, através de um sistema experimental junto destas unidades e das administrações regionais de saúde, com instrumento de registo anonimizado dos medicamentos consumidos por utente, e respectivo custo/dose, bem como dos exames auxiliares de diagnóstico e apósitos e material de penso para tratamento de úlceras de pressão” (Portaria nº 189/2008 de 19 de Fevereiro).

Assim, foi definido um valor global para estes encargos da prestação de cuidados por dia, por utente, para cada tipologia da Rede, sujeitando a que tais encargos não sejam abrangidos por qualquer regime de comparticipação. A Portaria nº 189/2008 alerta para a necessidade de continuar a avaliar a adequação dos valores fixados (Tabela 3), dado o curto período do sistema experimental.

Adequação do preço convencionado com medicamentos, exames auxiliares de diagnóstico e material de penso aos encargos reais suportados por uma UMDR

Tabela 3 - Preço para os encargos com medicamentos, exames auxiliares de diagnóstico e apósitos e material de penso para tratamento de úlceras de pressão

Tipologia de unidade de internamento da RNCCI	Valor global para suportar encargos com medicamentos, realização de exames auxiliares de diagnóstico e apósitos e material de penso para tratamento de úlceras de pressão
Valor diário a pagar por utente	
1 - Unidade de convalescença	15€
2 - Unidade de cuidados paliativos	15€
3 - Unidade de média duração e reabilitação	12€
4 - Unidade de longa duração e manutenção	10€

Adaptado da Portaria nº 189/2008 de 19 de Fevereiro)

No que diz respeito à atualização destes valores a Portaria nº 1087-A/2007 de 5 de Setembro, nº 6 afirma que “os preços para a prestação de cuidados de saúde e apoio social nas unidades de internamento e de ambulatório no âmbito da RNCCI são atualizados, no início de cada ano civil a que se reporta a actualização, mediante a aplicação de um coeficiente resultante da variação média de preços no consumidor, correspondendo aos últimos 12 meses para os quais existem valores disponíveis”.

Face à conjuntura atual do país, tem-se procedido à manutenção dos preços dos cuidados de saúde e apoio social da RNCCI, tendo-se suspenso durante os últimos anos a aplicação do disposto no nº6 da Portaria nº 1087-A/2007 de 5 de Setembro. Vigoram assim, actualmente, os valores constantes da Tabela 4.

Adequação do preço convencionado com medicamentos, exames auxiliares de diagnóstico e material de pensos aos encargos reais suportados por uma UMDR

Tabela 4 - Preços em vigor à data da RNCCI

Designação	Encargos com os cuidados de saúde (utente/dia)	Encargos com medicamentos, realização de exames auxiliares de diagnóstico e apósitos e material de penso para tratamento de úlceras de pressão	Encargos com os cuidados de apoio social	Encargos com utilização de fraldas	Total
I - Diárias de internamento por doente					
1 - Unidade de convalescença	90,46€	15€	-	-	105,46€
2 - Unidade de cuidados paliativos	90,46€	15€	-	-	105,46€
3 - Unidade de média duração e reabilitação	55,75€	12€	19,81€	-	87,56€
4 - Unidade de longa duração e manutenção	18,61€	10€	30,34€	1,24€	60,19€
II - Ambulatório					
1 - Unidade de dia e promoção de autonomia	9,58€	-			9,58€

Adaptado da Portaria nº 184/2015 de 23 de Junho

## Capítulo 2 - Estudo Empírico

Neste estudo pretende-se analisar os custos dos medicamentos, dos meios complementares de diagnóstico e do material de pensos dos doentes admitidos na Unidade de Cuidados Continuados (UCC) na tipologia de média duração e reabilitação da Santa Casa da Misericórdia da Guarda (SCMG) no período de Janeiro de 2014 a Abril de 2016 e perceber se o financiamento da RNCCI cobre as despesas com estes consumíveis. Adicionalmente pretende-se ainda conhecer as características dos doentes aqui internados, tais como o seu género, idade, patologia e proveniência e a influência que estas características poderão ter sobre os custos suportados pela unidade.

Propõe-se como principal questão de investigação a seguinte: O preço convencionado com medicamentos, exames auxiliares de diagnóstico e material de pensos são adequados para os encargos reais suportados por uma Unidade de Média Duração e Reabilitação?

A questão secundária é: Qual é a relação entre as características dos doentes internados (idade, género, patologia e proveniência) e os custos com os medicamentos, meios complementares de diagnóstico e os materiais de pensos?

### 1 - Dados

A UCC da Santa Casa da Misericórdia da Guarda, é uma unidade da RNCCI a funcionar desde 2006, pertencendo às unidades da experiência piloto da rede. Está localizada no distrito e concelho da Guarda, funcionando 24 horas por dia, todos os dias da semana. É constituída por três das tipologias da rede: UC, UMDR, ULDM, num total de 37 camas. A equipa multidisciplinar desta unidade é constituída por vários profissionais tais como: Enfermeiros, Médicos, Assistente Social, Auxiliares de Acção Médica, Trabalhadores dos serviços gerais, Fisioterapeutas, Terapeuta da Fala, Animadora Sociocultural, Nutricionista, Administrativos, entre outros.

A população em estudo consiste nos doentes admitidos na Unidade de Cuidados Continuados na tipologia de média duração e reabilitação da Santa Casa da Misericórdia da Guarda. Será utilizada a base de dados dos doentes internados no período de Janeiro de 2014 a Abril de 2016. Foi obtida autorização junto dos órgãos da direcção, neste caso da Mesa Administrativa da Santa Casa da Misericórdia da Guarda, para a utilização dos referidos dados para o estudo estatístico, garantindo-se a não divulgação de qualquer dado pessoal dos doentes.

A população em estudo abrange um universo de 43 indivíduos, contabilizando um total de 68164 consumos, relativos a 851 dias de observações.

Os consumos analisados referem-se aos gastos por dia dos utentes internados na tipologia de Média Duração e Reabilitação no que respeita aos Medicamentos (M), Exames Auxiliares de Diagnóstico (EAD) e Materiais de Pensos (MP). Foram consultados os dados dos utentes já referidos e utilizados para análise os seguintes valores:

- Preços dos Meios Complementares de Diagnóstico e dos Materiais de Pensos - consultados nas facturas existentes no serviço de contabilidade da Instituição;
- Preços dos Fármacos - consultados na página da internet da Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde (INFARMED). Para todos os medicamentos de marca foi utilizado o valor do campo “consulta de medicamentos” da referida página e utilizado o valor do Preço Venda ao Público (PVP). Para os medicamentos genéricos foi utilizado o Preço de Referência constante da lista aprovada de genéricos participados pelo Estado para o 1º Trimestre de 2016.

O preço de referência para cada grupo homogéneo de medicamentos, corresponde à média dos cinco preços de venda ao público mais baixos praticados no mercado de acordo com a lei nº 62/2011, de 12 de Dezembro, que estabelece a sujeição dos medicamentos participados ao sistema de preços de referência.

Da nossa recolha apenas não foi possível considerar dois tipos de custos suportados pela unidade. O primeiro ocorre quando da realização de alguns exames auxiliares de diagnóstico. Neste caso poderá ser necessário realizá-los em centro de diagnóstico diferenciado e, devido à inexistência de registos, não foi possível considerar os custos de transporte associados a alguns EAD. Os outros custos não considerados são os consumíveis clínicos associados à execução de pensos e administração de alguns medicamentos. Por exemplo, a execução de pensos implica o consumo de outros materiais de difícil contabilização tais como luvas, compressas e adesivos entre outros. Também durante a administração de medicamentos, nomeadamente fármacos injectáveis, há gastos de consumíveis clínicos que não foram contabilizados, por exemplo agulhas e seringas e produto desinfectante. Todos estes custos não contabilizados são suportados pela unidade prestadora de cuidados.

## **1.1 - Caracterização da Amostra**

### Género

A recolha dos dados foi feita num total de 43 processos, sendo 15 utentes do género masculino e 28 utentes do género feminino, como se observa na Tabela 5.

Tabela 5 - Utentes por género

Género	N	%
Masculino	15	35%
Feminino	28	65%
Total	43	100%

### Idade

Relativamente à idade verificou-se que 19% dos indivíduos internados na unidade durante o tempo de estudo tinham uma idade inferior a 65 anos e 47% uma idade igual ou superior a 80 anos, como é possível verificar pela Tabela 6.

Tabela 6 - Utentes por grupo etário

Grupo Etário	N	%
<65	8	19%
≥65;<80	15	35%
≥80	20	47%
Total	43	100%

### Proveniência

Quanto à proveniência dos utentes em estudo, verificou-se que 51% provinham de ambiente hospitalar, 12% do domicílio e 37% de outras unidades da RNCCI (Tabela 7).

Tabela 7 - Proveniência dos utentes

Proveniência	N	%
Hospital	22	51%
Domicilio	5	12%
UCC	16	37%
Total	43	100%

### Grupo de diagnóstico

No que respeita às patologias dos doentes analisados, procedeu-se ao agrupamento em grupos diagnóstico. Foram definidos os seguintes grupos: Neoplasias, Amputações, Úlceras de Pressão (UP), Acidentes Vasculares Cerebrais (AVC), Fracturas e Outros diagnósticos. No grupo “Outros” foram incluídas as seguintes patologias: encefalite vírica, tromboembolismo pulmonar, erisipela, pioderma gangrenoso, desnutrição, diabetes, pielonefrite aguda, espondilodiscite infecciosa, tetraparesia e esclerose múltipla. O número de utentes de cada grupo diagnóstico encontra-se na Tabela 8.

Adequação do preço convencionado com medicamentos, exames auxiliares de diagnóstico e material de pensos aos encargos reais suportados por uma UMDR

Tabela 8 - Utentes por grupo de diagnóstico

<b>Grupo Diagnóstico</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Neoplasias	3	7%
Amputações	3	7%
UP	5	12%
AVC	15	35%
Fracturas	4	9%
Outros	13	30%
<b>Total</b>	<b>43</b>	<b>100%</b>

#### Dias de internamento

Analisando a Tabela 9 verifica-se que o número mínimo de dias de internamento dos doentes analisados são 2 dias e o tempo máximo são 851 dias, correspondendo ao total de tempo de recolha dos dados. O período médio de internamento ronda os 141 dias.

Tabela 9 - Dias de Internamento dos utentes

<b>Dias de Internamento</b>	
Média	141,58
Desvio Padrão	172,27
Mínimo	3
Máximo	851
Total	6088

## 2 - Resultados

Procedeu-se à análise descritiva dos dados através de frequências, medidas de tendência central e medidas de dispersão. Para tal foram utilizados como ferramentas informáticas o Microsoft Office Excel e o SPSS.

### Custo/Doente

Após a análise dos dados recolhidos relativamente ao consumo diário de medicamentos, meios complementares de diagnóstico e materiais de pensos por parte dos 43 doentes, verificou-se que o custo médio diário ronda os 8,61 Euros. Registou-se um custo médio mínimo de 0,972 Euros e um máximo de 41,82 Euros diários, tal como se verifica na Tabela 10 e Gráfico 1.

Tabela 10 - Custo médio diário dos doentes da amostra

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Custo	43	0,972	41,820	8,607	8,089
N válido	43				

Com a análise dos dados é possível verificar que existem 8 utentes com consumos médios diários superiores ao valor atribuído à unidade por doente/dia, os restantes 35 têm consumos médios inferiores a 12€/dia. Analisando as características destes doentes (Tabela 11), verifica-se que o doente com um custo médio diário mais elevado (41,82 €) é do sexo feminino, pertence ao grupo de diagnóstico “Outros”, tem menos de 65 anos de idade, esteve internado 161 dias na unidade e tem como proveniência um hospital. Por outro lado se forem analisadas as características dos utentes com consumos médios mais baixos (Tabela 12), é possível verificar que o doente com um custo médio diário mais baixo (0,97 €) é do sexo masculino, pertence ao grupo de diagnóstico “Outros”, tem entre 65 e 80 anos de idade, esteve internado 26 dias na unidade e teve como proveniência uma unidade da rede. Analisando o Gráfico 2, que apresenta a totalidade das observações, verifica-se que a maioria se encontra dentro do limite dos 12 Euros, tal como se poderia depreender da estatística descritiva da amostra.

Adequação do preço convencionado com medicamentos, exames auxiliares de diagnóstico e material de pensos aos encargos reais suportados por uma UMDR

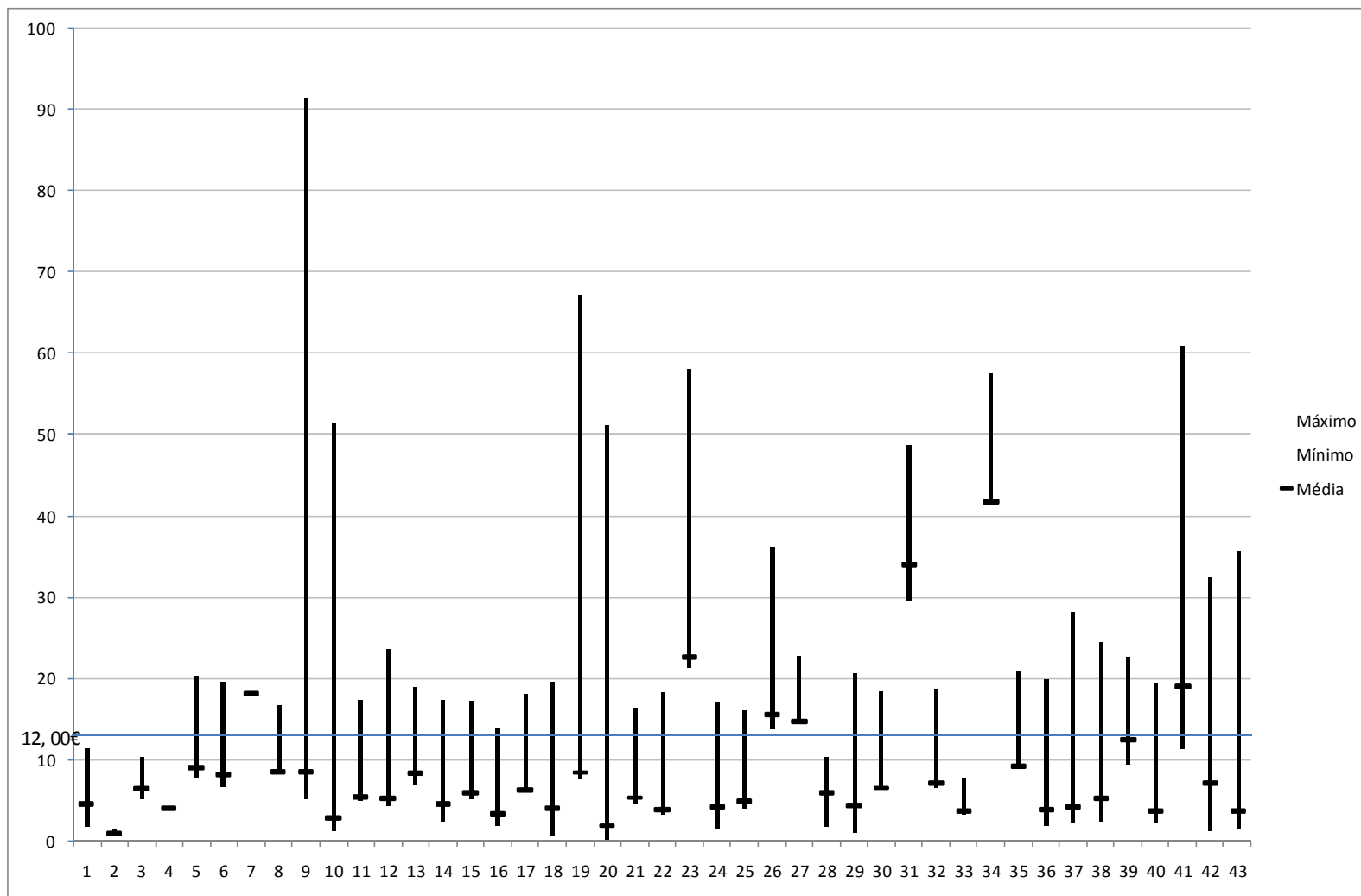
Tabela 11 - Características dos utentes com consumos médio superiores a 12€/Dia

Utente	Custo	Género	Grupo Diagnóstico	Proveniência	Grupo Etário	Dias de Internamento
7	18,28	M	Amputações	UCC	≥80	3
23	22,72	F	Outros	Domicilio	<65	117
26	15,6	M	UP	UCC	≥80	29
27	14,78	F	Outros	UCC	≥65;<80	135
31	34,04	F	Neoplasias	Hospital	≥80	169
34	41,82	F	Outros	Hospital	<65	161
39	12,49	F	Outros	Domicilio	<65	53
41	19,06	M	UP	Hospital	<65	614

Tabela 12 - Características dos utentes com os 8 consumos médio mais baixos

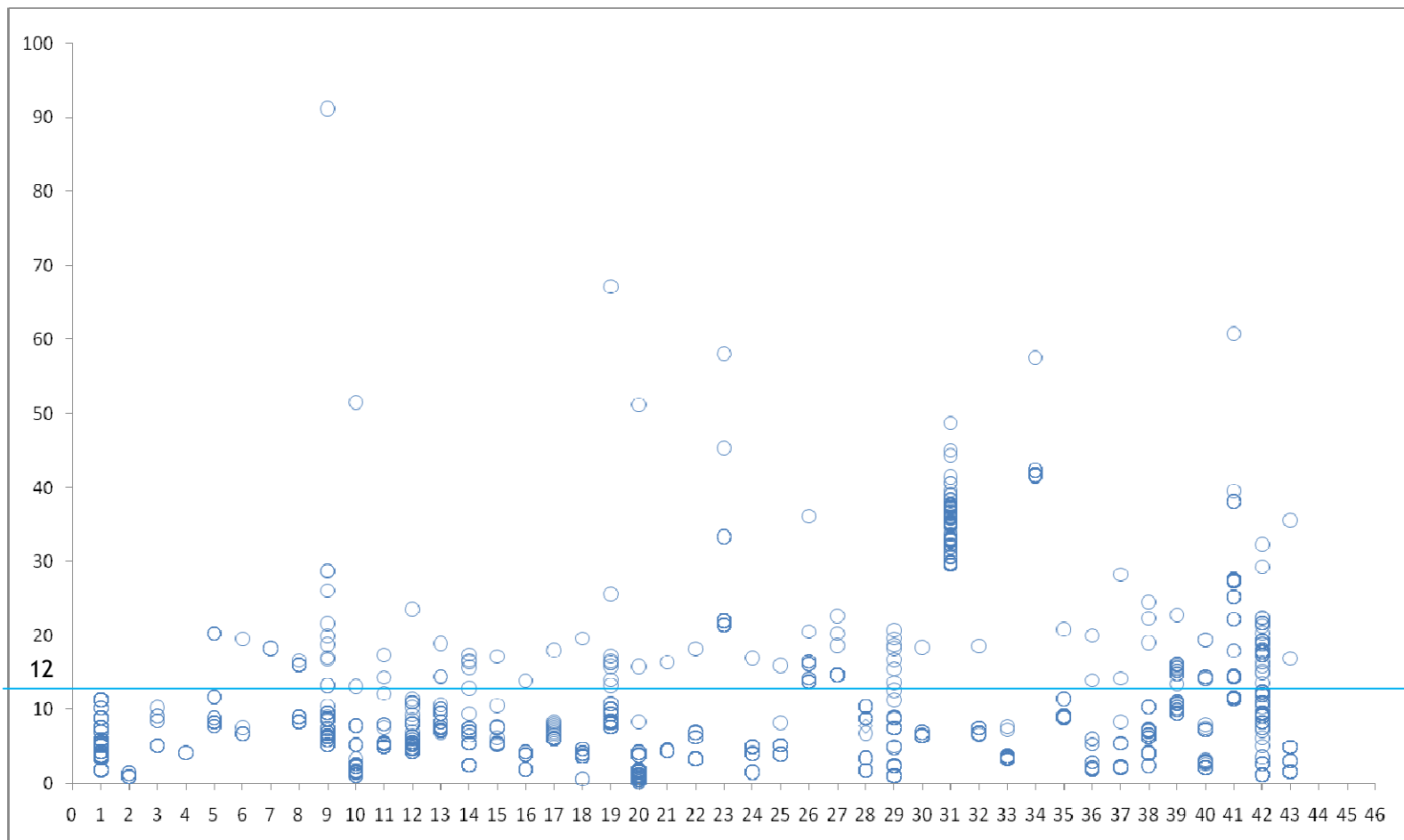
Utente	Custo	Género	Grupo Diagnóstico	Proveniência	Grupo Etário	Dias de Internamento
2	0,97	M	Outros	UCC	≥65;<80	26
20	1,94	F	AVC	Hospital	≥65;<80	233
10	2,85	M	AVC	Hospital	<65	294
16	3,33	F	AVC	Hospital	<65	36
33	3,69	F	AVC	UCC	≥65;<80	43
40	3,70	F	Outros	Hospital	≥65;<80	159
43	3,76	F	AVC	Hospital	≥80	108
22	3,91	F	Fracturas	Hospital	<65	90

Gráfico 1 - Amplitude do Custo diário dos doentes



O gráfico representa o custo diário máximo, mínimo e médio de cada um dos utentes na unidade entre Janeiro de 2014 e Abril de 2016.

Gráfico 2 - Custo diário por doente



A tabela apresenta para cada um dos 43 utentes o custo suportado com M, EAD e MP em cada um dos dias de internamento.

Adequação do preço convencionado com medicamentos, exames auxiliares de diagnóstico e material de pensos aos encargos reais suportados por uma UMDR

### Custo/Idade

Analisando a Tabela 13 verifica-se que o grupo etário onde os custos com os medicamentos, meios complementares de diagnóstico e materiais de pensos é maior é nos doentes com idade inferior a 65 anos (13,78 Euros), superando o valor diário de 12 Euros suportado pelo estado. O grupo etário com consumos menores corresponde ao dos doentes que se situam entre os 65 e 79 anos (6,03 Euros) e para os doentes com 80 anos ou mais verifica-se um consumo médio de 8,47 Euros por dia.

Tabela 13 - Custo médio diário por grupo etário

Idade	N	Custo médio diário
<65	8	13,778€
≥65;<80	15	6,031€
≥80	20	8,471€
Total	43	8,607€

### Custo/Grupo Diagnóstico

A Tabela 14 mostra os consumos médios dos utentes relativamente a medicamentos, meios complementares de diagnóstico e materiais de pensos atendendo às suas patologias. Apesar da amostra ser reduzida merece destaque o valor de 17,31 Euros relativo ao grupo com Neoplasias que excede o referencial de 12 Euros.

Tabela 14 - Custo médio diário por grupo diagnóstico

Grupo Diagnóstico	N	Custo médio diário
UP	5	10,562€
AVC	15	4,606€
Fracturas	4	6,433€
Neoplasias	3	17,310€
Amputações	3	10,744€
Outros	13	10,637€
Total	43	8,607€

### Custo/Proveniência

O custo médio atendendo à proveniência do utente está representado na Tabela 15, verificando-se um ligeiro aumento dos custos nos doentes provenientes do domicílio (10,001 Euros) e um custo mais baixo nos doentes provenientes de outras unidades da Rede Nacional de Cuidados Continuados (7,201 Euros). Os doentes provenientes do hospital tiveram, nesta unidade, um custo médio diário com medicamentos, meios complementares de diagnóstico e materiais de pensos de 9,313 Euros.

Adequação do preço convencionado com medicamentos, exames auxiliares de diagnóstico e material de pensos aos encargos reais suportados por uma UMDR

Tabela 15 - Custo médio diário em função da proveniência dos doentes

Origem	N	Custo médio diário
Hospital	22	9,313€
UCC	16	7,201€
Domicílio	5	10,001€
Total	43	8,607€

### Custo/Género

No que concerne ao custo médio diário dos medicamentos, meios complementares de diagnóstico e materiais de pensos em função do género obteve-se a Tabela 16, verificando-se aqui uma diferença de 0,75 Euros entre o género masculino e o género feminino, sendo o feminino o mais elevado.

Tabela 16 - Custo médio diário em função do género dos doentes

Género	N	Custo médio diário
Masculino	15	8,120€
Feminino	28	8,868€
Total	43	8,607€

### Testes às diferenças

#### Teste T Custo/Género

Realizado um teste t, que permite a comparação de médias de dois grupos, verifica-se que, se considerarmos um nível de significância de 5%, o custo médio diário dos utentes do género feminino, apesar de superior não é estatisticamente diferente dos utentes do género masculino ( $p$ -valor = 0,776). Como se verifica na Tabela 17. Em alternativa ao teste t foi realizado um teste não paramétrico de Mann-Whitney que confirmou os resultados anteriores, isto é, a não rejeição da hipótese de igualdade das médias ( $p$ -valor = 0,445).

Tabela 17 - Teste T para a igualdade entre médias por género

		Teste de amostras independentes								
		Teste de Levene para igualdade de variâncias		teste-t para Igualdade de Médias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferença média	Erro padrão da diferença	95% Intervalo de Confiança da Diferença	
									Inferior	Superior
Custo	Variâncias iguais assumidas	.853	.361	-.286	41	.776	-.748202	2.616859	-6,03306	4.536653
	Variâncias iguais não assumidas			-.333	40.621	.741	-.748202	2.244091	-5,28152	3.785115

Adequação do preço convencionado com medicamentos, exames auxiliares de diagnóstico e material de pensos aos encargos reais suportados por uma UMDR

### Custo/Grupo Etário

Em relação ao custo observado por grupo etário constata-se que os utentes com idade inferior a 65 anos registaram neste período um custo médio diário mais alto, sendo inclusive superior ao dobro do 2<sup>a</sup> grupo onde se observa o valor mais baixo (Tabela 13). Para testar a significância destas diferenças e na impossibilidade de utilizar o teste ANOVA para um factor por não se verificar homogeneidade das variâncias, foi efetuado o teste Kruskal Wallis (Tabela 18) que para um nível de significância de 5% não consegue rejeitar a hipótese de igualdade de médias (p-valor = 0,498).

Tabela 18 - Teste de Kruskal Wallis - variável agrupamento: Grupo etário

	Custo
Qui-quadrado	1,393
gl	2
Significância Assint.	0,498

### Custo/Grupo Diagnóstico

Por sua vez o teste de Kruskal-Wallis à igualdade das médias entre os seis grupos de diagnóstico rejeita a hipótese de igualdade, admitindo-se um nível de significância de 5% (p-valor = 0,012). Confirmam-se assim as diferenças significativas entre alguns dos grupos de diagnóstico, nomeadamente o grupo 2. A unidade registou um custo médio com medicamentos, meios complementares de diagnóstico e materiais de pensos de 4,6 Euros o que contrasta com os grupos 1, 5 e 6 que rondam consumos diários de 10,5 Euros e o grupo 4 que atingiu os 17 Euros de custo médio diário (Tabela 19).

Tabela 19 - Teste de Kruskal-Wallis - variável agrupamento: Grupo de Diagnóstico

	Custo
Qui-quadrado	14,604
gl	5
Significância Assint.	0,012

### Custo/Origem

Para analisar as diferenças dos custos suportados em função da proveniência dos utentes, foi realizado um teste Anova de um fator por não se rejeitar a homogeneidade das variâncias (p-valor associado ao teste de Levene = 0,431). O teste rejeita claramente a existência de diferenças entre o custo médio dos utentes diferenciados por proveniência (Tabela 20).

Tabela 20 - Teste Anova: Custo/Origem

	Soma dos Quadrados	gl	Quadrado Médio	F	Sig.
Entre Grupos	52,316	2	26,158	0,388	0,681
Nos grupos	2695,518	40	67,388		
Total	2747,834	42			

### Análise de regressão

De forma a quantificar o impacto simultâneo de cada uma das características dos utentes sobre o custo em medicamentos, exames auxiliares de diagnóstico e apósitos e material de penso para tratamento de úlceras de pressão suportado pela entidade, estimou-se um modelo de regressão em que a variável dependente foi o custo médio diário por utente e as variáveis explicativas foram:

- Idade: idade média do utente durante o período temporal da amostra;
- Género: variável Dummy que assume o valor 0 para o género masculino e 1 para o género feminino;
- Domicílio: variável Dummy que assume o valor 1 sempre que o utente tem como origem o domicílio e 0 quando não tem esta origem;
- UCC: variável Dummy que assume o valor 1 sempre que o utente tem como origem uma UCC e 0 quando não tem esta origem;
- Hospital: variável Dummy que assume o valor 1 sempre que o utente tem como origem uma UCC e 0 quando não tem esta origem;
- AVC: variável Dummy que assume o valor 1 sempre que o utente pertence ao grupo de diagnóstico AVC e 0 quando não pertence a este grupo diagnóstico;
- UP: variável Dummy que assume o valor 1 sempre que o utente pertence ao grupo de diagnóstico UP e 0 quando não pertence a este grupo diagnóstico;
- Fracturas: variável Dummy que assume o valor 1 sempre que o utente pertence ao grupo de diagnóstico Fracturas e 0 quando não pertence a este grupo diagnóstico;
- Neoplasias: variável Dummy que assume o valor 1 sempre que o utente pertence ao grupo de diagnóstico Neoplasias e 0 quando não pertence a este grupo diagnóstico;
- Amputações: variável Dummy que assume o valor 1 sempre que o utente pertence ao grupo de diagnóstico Amputações e 0 quando não pertence a este grupo diagnóstico;
- Outros: variável Dummy que assume o valor 1 sempre que o utente pertence ao grupo de diagnóstico Outros e 0 quando não pertence a este grupo diagnóstico.

Para efeitos da estimação excluíram-se do modelo as variáveis Dummies Domicílio e AVC. Os resultados apresentam-se na Tabela 21.

Tabela 21 - Modelo de regressão: variável dependente: Custo médio diário por utente

Modelo	Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados	t	Sig.	Estatísticas de colinearidade	
	B	Erro Padrão	Beta			Tolerância	VIF
(Constante)	24,764	9,224		2,685	0,011		
UP	5,845	4,049	0,234	1,443	0,158	0,732	1,366
Fracturas	2,346	4,305	0,085	0,545	0,589	0,789	1,268
Neoplasias	14,372	4,666	0,458	3,080	0,004	0,873	1,145
Amputações	7,453	4,714	0,238	1,581	0,123	0,855	1,169
Outros	4,180	3,022	0,240	1,383	0,176	0,640	1,562
Género	1,346	2,677	0,080	0,503	0,619	0,758	1,320
Idade	-0,274	0,107	-0,430	-2,563	0,015	0,686	1,457
UCC	0,446	4,151	0,027	0,107	0,915	0,306	3,264
Hospital	-0,587	3,888	-0,037	-0,151	0,881	0,327	3,062

As únicas variáveis que, a um nível de significância de 5%, conseguem explicar o custo médio por utente são: a Idade e a Dummy Neoplasias. No caso da variável idade ( $\beta = -0,274$ ; p-valor = 0,015) observa-se um impacto negativo da idade sobre o custo, isto é, doentes mais idosos geram custos com os medicamentos, meios complementares de diagnóstico e materiais de pensos inferiores. O coeficiente estimado sugere que cada ano a mais do utente provoca uma diminuição do custo diário em 0,274 Euros. A estatística descritiva da Tabela 13 já evidenciava que aos utentes mais novos estava associado um custo superior embora a evolução não fosse linear.

A Dummy para Neoplasias ( $\beta = 14,372$ ; p-valor = 0,004) é fortemente significativa, como se poderia antever através da Tabela 14. O coeficiente estimado da variável indica que quando o utente deixa de ter uma patologia pertencente ao grupo de diagnóstico AVC (que regista o custo médio mais baixo) e passa a registar uma patologia integrada no grupo Neoplasias, o custo médio diário sofre um aumento de 14,372 Euros. As restantes variáveis explicativas não são significativas (género e proveniência).

Todos os fatores VIF apontam para a inexistência de colinearidade entre as variáveis do modelo.

## Conclusão

A partir da revisão bibliográfica realizada concluiu-se que a melhoria do nível de saúde dos Portugueses, patente nas últimas décadas, e nomeadamente concretizada no acréscimo da esperança média de vida à nascença, implica, contudo, a existência de novas necessidades de saúde e sociais, que requerem respostas novas e diversificadas que venham a satisfazer o incremento esperado da procura por parte de pessoas idosas com dependência funcional, de doentes com patologia crónica múltipla e de pessoas com doença incurável em estado avançado e em fase final de vida.

A implementação da RNCCI veio colmatar as necessidades da população no que respeita aos cuidados de saúde a pessoas dependentes, permitiu promover a qualidade na prestação de cuidados de saúde e promover a sua continuidade no pós alta hospitalar, aligeirando o fluxo de doentes aos hospitais de agudos.

O mérito da parceria entre os Ministérios da Saúde e do Trabalho e Solidariedade Social é inquestionável, tendo sido concebidas um conjunto de respostas integradas que visam apoiar a pessoa dependente desde o internamento até ao regresso a casa. Os ganhos com a criação da RNCCI reflectem-se também na redução do tempo de internamento dos doentes em hospitais de agudos e consequentemente na redução dos gastos públicos com a saúde.

O presente trabalho consistiu no estudo da adequação dos preços convencionados com medicamentos, exames auxiliares de diagnóstico e material de pensos aos encargos reais suportados numa UMDR. Foi utilizada uma amostra de 43 utentes, num limite temporal de 851 dias.

No que diz respeito às características da amostra verifica-se que são predominantemente do sexo feminino (65%), maioritariamente têm idade igual ou superior a 80 anos (47%) e usualmente têm como proveniência um hospital de agudos (51%). Verifica-se que o grupo de diagnóstico mais frequente é o AVC (35%) o que se entende atendendo à tipologia escolhida para o estudo (UMDR). Embora a legislação defina 90 dias como referência para o tempo limite de internamento nesta tipologia, verifica-se na presente amostra um tempo médio de internamento de 141,58 dias.

Analisando os resultados de uma maneira abrangente conclui-se que os preços convencionados para os medicamentos, meios auxiliares de diagnóstico e materiais de pensos (12 Euros) cobrem os encargos reais suportados pela UMDR em estudo, que se estimaram em 8,607 Euros por utente/dia. Obteve-se com a análise dos dados um custo médio diário máximo de 41,820 Euros e um mínimo de 0,972 Euros. A margem entre o valor médio de 8,607 Euros e o preço

Adequação do preço convencionado com medicamentos, exames auxiliares de diagnóstico e material de pensos aos encargos reais suportados por uma UMDR

convencionado de 12 Euros parece conseguir acomodar com alguma facilidade os custos não contabilizados relacionados com o transporte no caso de alguns EAD e os consumíveis associados a MP e Medicamentos. A ideia generalizada por parte da equipa clínica de que é necessária bastante contenção na prescrição de exames auxiliares de diagnóstico por existir a convicção de que estes actos médicos provocam um aumento excessivo do custo com os doentes internados não tem uma correspondência exata com a realidade na medida em que parece ainda existir uma margem entre os encargos suportados e o preço convencionado com o Estado.

Em termos de gestão e embora os resultados deste estudo mostrassem um custo médio diário por doente com M, EAD, MP, inferior ao preço pago às unidades, ainda assim poderia tornar-se vantajosa a realização de protocolos para a execução de exames auxiliares de diagnóstico, permitindo uma liberdade maior na sua prescrição e aumentando a qualidade dos cuidados prestados.

Ao observar os dados dos doentes com custos médios mais elevados, ao contrário do que se esperaria, os consumos mais elevados têm origem na medicação e em materiais de pensos. Isto apesar de nos consumos diários de toda a amostra os valores mais elevados obtidos pertencerem aos meios complementares de diagnóstico, nomeadamente com Ecografias e RX (70 € e 50€). O valor mais baixo conseguido pertence aos medicamentos (0,026€).

Examinando as diferenças das médias por característica do utente verifica-se que não existem diferenças entre as médias do género feminino e masculino, entre o custo médio por grupos etários e entre o custo médio em função da proveniência dos doentes. Existem apenas diferenças estatisticamente significativas entre as médias dos grupos de diagnóstico, o que é facilmente entendido pela complexidade de algumas patologias que obrigam à utilização de medicamentos mais específicos e por sua vez mais dispendiosos. Ao testar a influência em simultâneo de todas as variáveis sobre o custo observa-se que as Neoplasias são fortemente significativas na explicação do custo em análise, por ser necessário utilizar medicação mais dispendiosa. Para a significância associada à variável explicativa idade não se vislumbram explicações de carácter médico pelo que este resultado poderá justificar-se pela dimensão da amostra ser pequena.

Por ser essa precisamente a maior limitação deste trabalho em futuras investigações deverão ser utilizadas amostras mais alargadas. Uma forma de obter uma amostra maior poderia ser a recolha dos dados realizar-se em duas ou mais unidades da Rede ainda que da mesma tipologia. Este trabalho pode ser um ponto de partida para esses estudos nomeadamente no que respeita à adequação do valor total pago por dia, por doente nesta tipologia ou noutra tipologia da RNCCI, aceitando o repto da Portaria 189/2008 que apelava à necessidade de continuar a avaliar a adequação total destes valores.

## Bibliografia

Administração central do sistema de saúde, IP (2011). *Manual do processo de contratualização - Hospitais e ULS*

Administração central do sistema de saúde, IP (2013). *Relatório Final da Implementação e Monitorização da RNCCI*.

Administração central do sistema de saúde, IP (2015). *Contrato-programa 2015, metodologia para definição de preços e fixação de objetivos*.

Amaral, M.; Vicente, M. O. (2000). *Grau de dependência dos Idosos inscritos no Centro de Saúde de Castelo Branco*. Revista Portuguesa de Saúde Pública.

Augusto, B. M.J. (2002). *Cuidados Continuados - Família, Centro de Saúde e Hospital como Parceiros no Cuidar*. Coimbra: Formasau.

Campos, A. (1983). *Saúde, o custo de um valor sem preço*. Lisboa: Editora Portuguesa de livros técnicos e científicos.

Costa, C.; Santana R.; Lopes S.; Barriga N. (2008). A importância do apuramento de custos por doente: metodologias de estimação aplicadas ao internamento hospitalar português. Revista Portuguesa de Saúde Pública.

Despacho nº 148/1996 de Junho

Despacho nº 721/2006 de 11 de Janeiro

Despacho nº 49/R/2010

Diário da Republica I Série A Decreto-Lei nº 101/2006, de 06 de Junho

Diário da Republica I Série nº 243 Portaria nº 360/2013, de 16 de Dezembro

Diário da Republica II Série Despacho conjunto nº407/1998, de 18 de Junho

Escoval, A. (1997). *Sistemas de Financiamento da Saúde. Análise e tendências*. Lisboa: Associação Portuguesa de saúde Pública.

Adequação do preço convencionado com medicamentos, exames auxiliares de diagnóstico e material de pensos aos encargos reais suportados por uma UMDR

Ferreira, L.G.O. (2012). *O efeito da referenciação de utentes para a RNCCI sobre a demora média dos internamentos no CHP*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Economia da Universidade do Porto, Portugal.

Imaginário, C. (2004). *O idoso dependente em contexto familiar*. Coimbra: Formasau.

Lourenço, Ó.; Silva, V. (2008). *Avaliação económica de programas de saúde - Essencial sobre conceitos, metodologia, dificuldades e oportunidades*. Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar.

Ministério da Saúde (2013). *Relatório Anual Sobre o Acesso a Cuidados de Saúde nos Estabelecimentos do SNS e Entidades Convencionadas*.

Nunes, C.M.P. (2012). *A Implementação do Método Activity Based Costing: O Caso do Serviço de Ortopedia do Hospital de Faro*. Dissertação de Mestrado, Universidade do Algarve, Portugal.

Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2009). *10/30 Anos: Razões para Continuar*. Relatório de Primavera 2009

OCDE (2005). *Long-term care for older people*. Paris: The OECD Health Project. Organization for Economic Co-operation and Development.

Pereira, I.A.C.L.V. (2008). *Cuidados Continuados - Novas tendências*. Dissertação de Mestrado, Universidade da Beira Interior. Portugal

Santos, J.M.O. (2002). *Parceiros nos Cuidados - Uma metodologia de trabalho centrada no doente*. Porto: Universidade Fernando Pessoa

Santos, P.F.C. (2000). *A depressão no Idoso*. Coimbra: Quarteto Editora

UMCCI (2006). *Enquadramento das Unidades de Convalescença na RNCCI no Âmbito das Experiências Piloto*.

UMCCI (2009). *Guia da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)*. Lisboa

[www.ine.pt](http://www.ine.pt)

[www.infarmed.pt](http://www.infarmed.pt)

# **Anexo I - Pedido de autorização para realização de estudo**