

SUMÁRIO:

- 1.A informática e a composição do capital. Novas possibilidades de organização e gestão empresariais com a "revolução técnico-científica".
- 2.Custos/benefícios em Saúde.
- 3.Os hospitais como empresas prestadoras de serviços. Evolução do capital nos hospitais.
- 4.Alguns aspectos específicos da organização e gestão hospitalares. Os conceitos de controle, regulação, histerese e homeostase, na gestão hospitalar.
5. Reflexões sobre a rentabilidade da Informática nos hospitais e nos serviços de saúde em geral.
- 6.A execução do Plano Director de Informática da saúde. Algumas questões na perspectiva do gestor hospitalar.

O trabalho humano pressupõe um processo criador. No seu desenvolvimento histórico, o Homem faz evoluir a sua capacidade de substituir alguns actos; de trabalho adoptando meios naturais: o animal não é capaz de construir instrumentos para produzir outros, mas o homem ultrapassa essa limitação. Na primeira fase, de trabalho manual, o próprio trabalhador constitui a fonte de energia para accionar os instrumentos que construiu. Na segunda fase cada instrumento é uma componente de máquinas, que utilizam outras fontes naturais de energia, e o Homem comanda a máquina. Com a etapa seguinte, hoje em pleno desenvolvimento, as máquinas são capazes de substituir certos aspectos do trabalho mental. O avanço traduzido pela substituição do trabalho humano por meios técnicos é inseparável do progresso no domínio do conhecimento. A substituição do trabalho pelas forças naturais conduz a intelectualização crescente de toda a actividade humana, aumentando a necessidade de "produzir conhecimentos". No domínio da gestão e organização, as primeiras e segunda fases corresponderá a administração por tarefas (Taylor), a administração por estruturas formais (Fayol, Max Webber), a teoria das relações humanas (E. Mayo). À fase actual vem a corresponder a administração por sistemas, a Cibernética (N. Wiener).

Considerando a composição orgânica do capital em capital fixo (matérias primas, edifícios, equipamento) e capital variável (força de trabalho, salários), o desenvolvimento das técnicas de produção implica cada vez maior investimento em capital fixo, relativamente ao capital variável. Não interessará desenvolver aqui a possível relação da baixa das taxas de lucro com o crescimento do capital fixo, mas julgamos que será pacífico afirmar que o desenvolvimento da Informática para gestão foi motivado nas sociedades baseadas em economia de mercado (onde surgiu) pela necessidade de redução dos custos em mão de obra administrativa.

Entre 1920 e 1958 a força de trabalho não agrícola nos Estados Unidos da América apresenta a seguinte evolução: operários da indústria, construção e transportes - de 61% para 45%; assalariados do comércio, finanças, seguros, serviços, Estado - de 39% para 55%. É na década dos anos 60 que o desenvolvimento da Informática. para a gestão tem o primeiro grande impacto.

Algumas componentes para o desenvolvimento da Informática: a necessidade de integrar actividades diversas, desde a gestão de processos Industriais à regulação de empresas e de sectores económicos; a necessidade de libertar os órgãos gestores de tarefas materiais repetitivas, com o aumento da informação indispensável na intercomunicação entre os Vários níveis empresariais;

A necessidade do controle "a posteriori", em tempo mais próximo dos eventos (histerese); as crises dos mercados e a necessidade crescente de ajustar a oferta à procura, exigindo maior informação do meio(ecossistema); a socialização das forças produtivas, no "sentido do cada vez tais os trabalhadores não utilizarem máquinas fabricadas por eles próprios ou por um país isolado.

A complexidade da produção social, em sentido lato, leva ao crescimento quantitativo e qualitativo da necessidade de decidir excedendo a capacidade da memória humana e de acesso à informação.

Essa complexidade engendra o aumento de situações com informação incompleta, obrigando a seleccionar acções possíveis (decisão) com maior ou menor grau de indeterminação dos seus efeitos.

Exige a "produção de conhecimento" pela informação suficiente para acções programadas, em que a uma determinada acção corresponde uma resposta ou efeito, e só essa resposta ou efeito.

À instrumentalização da informação, no caminho da sua rendibilidade plena, deixou de bastar a simples procura de fazer baixar os custos da mão de obra administrativa. Como instrumento, hoje indispensável, para a determinação dos sistemas sociais a gerir, será tanto mais rentável quanto mais conseguir aumentar as áreas de acções programadas, com diminuição das áreas de decisão. A sua rendibilidade depende da forma como a soubermos utilizar dominando "as perturbações indeterminadas" dos sistemas.

Na gestão de um medicamento posso "determinar, num dado momento, em modelo optimizado, o seu "stock" médio e mínimo, a quantidade económica de encomenda, em área programada. Mas terei de procurar "dominar" as áreas possíveis de perturbação indeterminada, como seja a modificação do seu fabrico, a evolução da própria terapêutica, a alta dos preços, a falta de financiamento, e até a eventual crise do mercado, factores que poderão pôr em causa a área programada.

Torna-se necessário afirmar que o avanço tecnológico representado pela Informática não deve suprimir postos de trabalho, outrossim, virá alterar a natureza das organizações sociais ou das empresas. Nesse sentido, a substituição de trabalho por processos informáticos é motivador na produção de conhecimentos organizacionais e/ou de gestão: os maiores responsáveis pela informatização não devem ser os homens especialistas de informática, mas os seus utilizadores, ou sejam os especialistas de organização e de gestão

2 - Qualquer organização social, como sistema aberto, poderá ser esquematizada do seguinte modo:

Uma empresa de fins lucrativos tem de criar a sua clientela. E o cliente que fundamenta o negócio, pois é o cliente ao aceitar pagar um bem ou serviço que possibilita transformar recursos em lucro, matéria prima em bens.

O que o cliente pensa comprar, o que considera um valor, condiciona o negócio da empresa, o que poderá produzir e o seu êxito.

O valor de um bem ou serviço, em economia de mercado, depende do resultado do "referendo", normalmente anónimo, permanente, diário sobre as possibilidades de venda: se esta se realiza a empresa terá lucros. Esta óptica determinou a necessidade crescente de estudos de mercado (ecossistema) hoje em dia considerados Indispensáveis para o êxito das empresas.

Consumir pressupõe decidir: a decisão de comprar, ou de não comprar, é resultado de um processo complexo, tanto ao nível consciente como inconsciente, evidentemente para além do poder de compra. Não é por acaso que um cliente compra um produto: ele selecciona-o de preferencia a outro, segundo as vantagens que julga encontrar. As técnicas de "marketing" procuram: criar e recriar clientes, baseadas no estudo da informação do próprio cliente, do produto ou serviço a vender, e da concorrência.

De todo este vasto sector da moderna gestão das empresas com fins lucrativos, altamente profissionalizado, depende cada vez mais o êxito ou inexistência comercial, o lucro ou a falência. Esta orientação, ou necessidade resultante do estágio mais avançado do desenvolvimento das sociedades baseadas em economia de mercado, fez desviar as empresas da finalidade de optimizar a relação custos/benefícios sociais, ou da obtenção de menores custos para os maiores benefícios colectivos. É o sentido da falta de benefício social na produção de bens supérfluos (por ex. um filme pornográfico) ou aumento de custos com propaganda redundante (caso do medicamento), mas com lucros garantidos. Criados ou recriados, os clientes "participam" na gestão das empresas de fins lucrativos com a decisão de comprar, ou não comprar os bens ou serviços, mantendo a interdependência indispensável entre a oferta e a procura, entre o sistema e o seu ecossistema.

Nos serviços de saúde, (sentido lato que engloba o sector hospitalar), não existem estes "mecanismos de mercado", propiciadores, no entanto, de certa forma de participação dos utentes, o que torna indispensável a organização de formas adequadas de intercomunicação entre os sistemas e os respectivos ecossistemas, com vista ao seu equilíbrio dinâmico (homeostase).

Sendo indubitável hoje em dia que os serviços de saúde não podem ter fins lucrativos, (ou por opção política ou por mera constatação da não reprodutividade dos investimentos neste sector, em termos de economia de mercado) conclui-se que a saúde não tem preço, todavia, tem um orçamento: a actividade dos serviços de saúde tem o limite dos recursos materiais e humanos disponíveis em cada país, sendo certo que os hospitais pelos seus custos cada vez mais elevados (quer em capital fixo, quer em capital variável) sofrem, em primeira linha, essa limitação.

Apesar de tudo o lucro, nas empresas privadas de fins lucrativos, constitui uma forma simplista de medida dos resultados mesmo em contradição com o grau de prioridade de satisfação das necessidades colectivas, ou com desprezo de correcto objectivo do mais baixo custo. Na gestão dos serviços de saúde considera-se indispensável encontrar formas adequadas de optimizar a relação custos/benefícios sociais,

com as necessidades evidentes de quantificar os benefícios a atingir.

Nas sociedades com economia de mercado, os serviços de saúde tendem, assim, a constituir "ilhas" de finalidades não lucrativas mas sem evitar a "pressão" dos sectores lucrativos. As despesas de exploração hospitalares, se a gestão do seu património for correctamente contabilizada, distribuem-se em cerca de 40% com gastos de material e de 50% com gastos de pessoal. A pressão das empresas fornecedoras de equipamentos, de manutenção e de bens de consumo, desde a mais sofisticada aparelhagem, passando pelos medicamentos, até aos produtos de limpeza, constitui um factor a ter em conta na justa defensiva perante a avidez do lucro.

3. O aumento em espiral de gastos em cuidados de saúde, no sentido amplo, tem a sua principal base no crescimento dos custos hospitalares.

Enquanto nas empresas de fins lucrativos o aumento do capital fixo foi ocasionado pela necessidade de aumentar a produtividade (ou o lucro) diminuindo os investimentos em capital variável (mão de obra), os investimentos nos hospitais crescem tanto em capital fixo como em capital variável, e o aumento da produtividade significa, aqui, aumento da produtividade de diagnosticar e tratar as doenças, fazendo aumentar, de forma simultânea, os custos e o consumo de cuidados hospitalares.

Veja-se a evolução da terapêutica medicamentosa, o recurso à electrónica na exploração de dados biológicos, o raios X, a ecografia, a termografia, a electroencefalografia, a electrocardiografia, a métrica do sangue, a microscopia electrónica, a utilização de infravermelhos, do laser, a automatização em cuidados intensivos, etc., e o concomitante desenvolvimento de ciência na prevenção, diagnóstico e cura das doenças. Toda esta evolução tecnológica exige equipas pluri-disciplinares, desde a medicina, à paramedicina e à engenharia bio-médica, com aumento substancial de mão de obra especializada.

Esta explosão leva a estabelecer para a actividade hospitalar verdadeiros princípios de economia de necessidades: por um lado vigiando para que os hospitais prestem só cuidados pertinentes ao seu nível diferenciado, deixando aos outros níveis a prestação de cuidados menos especializados, a prevenção e a triagem. Contrariamente à generalidade das empresas, as quais interessam aumentar progressivamente a produção, numa visão global de serviços de saúde interessará fazer diminuir o consumo de cuidados hospitalares, evitando as situações de necessidade e que sejam prestados de maneira redundante.

Se apesar do contexto sintetizado ninguém hoje põe em dúvida que os hospitais devem assumir estruturas empresariais de prestação de serviços, sem fins lucrativos, outra particularidade fundamental consiste que esses serviços são prestados na pessoa do utente, o que levanta toda a problemática dos seus direitos com as limitações de âmbito normativo.

Os problemas da humanização exigem maiores investimentos nos sectores da hotelaria hospitalar, com a necessidade de maior tecnicidade do respectivo pessoal.

Os aspectos sociais e psicológicos são considerados cada vez mais importantes, exigindo o recurso a técnicos especializados, desde o acolhimento dos doentes, ao apoio directo no diagnóstico e tratamento.

O exercício individual da profissão médica tende a ser substituído pelo exercício individual da profissão médica tende a ser substituída pela prática de grupo, dentro de quadros institucionais.

Mercê da evolução das técnicas de diagnóstico e tratamento, cada vez mais as ciências bio-médicas obrigam ao recurso de equipas pluri-disciplinares, a equipamentos e consumos variados. A divisão do trabalho é uma consequência natural neste processo, e os hospitais são o seu principal exemplo, constituindo organizações sociais com expressão qualitativa própria, onde igualmente se impõe a procura profissionalizada das soluções adequadas à sua gestão e organização.

4. Para fazer funcionar o trabalhador colectivo hospitalar, combinação de trabalhadores pluri-disciplinares, será extremamente importante que a definição dos objectivos a atingir (qualidade e quantidade de cuidados) seja elaborada com a maior nitidez e precisão, com meios adequados, não possibilitando interpretações arbitrarias, individuais ou de subgrupos, por parte de todos aqueles que formam a malha viva do conjunto que deve funcionar harmonicamente para um objectivo comum. A importância da informação médica para a definição desses objectivos, na previsão dos meios necessários, na avaliação constante das relações objectivos/meios/resultados conseguidos, torna irrefutável que os médicos terão de desempenhar papel proeminente nas estruturas de gestão hospitalar, aos vários níveis.

Os médicos terão de responsabilizar-se pelos problemas de gestão hospitalar de forma integrada com base multi-disciplinar, constituindo verdadeiros órgãos colegiais, em esquema de clara solidariedade.

Redizendo de outro modo, se quisermos hierarquizar as várias disciplinas profissionais que constituem um hospital, na participação para obter o "produto final" (cuidados aos doentes), será indiscutível que o médico será colocado em primeiro plano, devendo a estrutura de organização propiciar essa hierarquia, no sentido responsabilizante. Nesse contexto, os hospitais são aquilo que os médicos quiserem no binómio custos/benefícios.

Às relações de tipo fornecedores/clientes, que já aduzimos se devem manter na razão de interdependência e formas participativas, deverão realizar-se também na vida interna dos próprios hospitais. A gestão sectorial de uma lavandaria ou de um laboratório hospitalares, por exemplo, terá em

conta que são fornecedores de serviços a clientes (sectores internos que deles carecem). Nesse sentido, e igualmente com carácter multi-disciplinar, interessa criar formas de organização que permitam a "participação" desses clientes, na gestão da própria lavanderia e do laboratório. O esquema de gestão de um hospital, como de qualquer outra empresa, poderá ser apresentada na visão de sistema aberto:

Em que:

- 1 - Fixação de OBJECTIVOS: previsão de número de doentes, demora média, unidades de medida.
- 2 - Acordo com o regulador (responsável, equipa), quanto aos objectivos fixados, adequação prevista de energia e estrutura.
- 3-4- Interacção regulador (responsável) com a estrutura.
- 5-6- Interacção e estrutura/clientes, ecossistema, resultados.
- 7- Se a acção é estável (ou homeostática) dentro dos objectivos previstos (parâmetros, variáveis essenciais), ou plano, não há intervenção do controle (órgão de gestão), bastando a acção do regulador (responsável directo).
- 8 - Se há desvios (diferenças entre previsões e realizações) controle (órgão de gestão) poderá, conforme as causas:

-acordar novos parâmetros de acção modificando a previsão de entradas e/ou estrutura;

-modificar a previsão de objectivos (variáveis essenciais).

Às dificuldades em conseguir o equilíbrio dinâmico (homeostase) de qualquer empresa são muito aumentadas em gestão hospitalar. Dada a grande mobilidade na interdependência entre o hospital (sistema) e o ecossistema, a continua evolução da capacidade de diagnóstico e tratamento das doenças, e das próprias doenças, e ainda a enorme interdependência e dinâmica entre as componentes internas (sub-sistemas), torna muito difícil a investigação e fixação de variáveis essenciais.

Tal complexidade constitui obstáculo à definição das áreas programáveis, obrigando os gestores a intervir predominantemente nas áreas de decisão. O tratamento de dados é fundamental nestas circunstâncias, assim como a celeridade dos "feed-back" (histerese), fazendo que seja indispensável, e rendável, a instrumentalização da Informática.

5. Mil camas hospitalares, com uma taxa de ocupação de 80% e uma demora média de 20 dias por doente tratado, representam 292 mil dias de internamento e o tratamento anual de 14.600 doentes. A redução da demora média de 20 para 15 dias, mantendo a mesma taxa de ocupação, traduziria a possibilidade de tratar mais 4.867 doentes, ou sejam mais 250 camas, mantendo 200 desocupadas para acorrer a variações de emergência de afluxo de doentes. Eis um possível bom exemplo de intervenção em gestão hospitalar na óptica de otimizar a relação custos benefícios, considerando até a sua melhor qualidade derivada da redução do período médio de internamento. Mas vejamos as possíveis variáveis essenciais para prosseguir esse objectivo, que parece evidentemente possível inscrever num plano de acção anual.

A primeira hipótese que surgirá será o estudo da situação pela análise das razões da actual demora média de 20 dias. Poderia verificar-se em que unidades de internamento, ou grupos de patologias, é superior à média geral. A decomposição da demora média em dois períodos, anterior e posterior ao diagnóstico definitivo, poderá fazer-nos conhecer o número médio de dias necessários ao estudo e observação dos sintomas de doenças, em principio anteriores também à prescrição das terapêuticas. Seria de averiguar também em que termos são apresentados os dados anteriores a cada hospitalização, ou seja os elementos das histórias clínicas, quer relativos a hospitalizações anteriores, quer referentes a estudos e observações dos serviços de saúde periféricos, pois acontece muitas vezes repetirem-se observações e meios complementares de diagnóstico nos primeiros dias de internamento. Mas para os exames que, apesar de tudo, são necessários efectuar durante os internamentos, será necessário saber os tempos médios de resposta - do laboratório de análises, do raios x, da electrocardiografia (ECO), da electro-encefalografia (EEG), etc.

Este exemplo considera a importância das aplicações de informática intermediárias entre a gestão do

hospitais e as aplicações puramente médicas: ou sejam os ficheiros de condensados médicos. A sua organização poderia de imediato fornecer-nos pistas válidas para a intervenção em vista, para a definição de áreas-chaves: o que fazer para as informações clínicas individuais estarem presentes nos actos de internamento; o que é necessário proceder para fazer baixar os tempos médios de resposta dos meios complementares de diagnóstico e terapêutica; desencadear estudos para alteração de estruturas sectoriais nas unidades de internamento (meios humanos, equipamento) e laboratórios; averiguar das implicações e acções necessárias em outros sectores de apoio geral, como a rouparia e lavandaria, farmácia, aprovisionamento, alimentação, etc., dada a previsão do aumento de 25% dos doentes a tratar. Uma vez tomada a decisão sobre as variáveis de intervenção, seria necessário organizar os meios de controle e de regulação, ou seja o apuramento dos desvios entre a previsão e o realizado, e os indispensáveis meios de correcção - com a melhor histerese possível, verificar se a demora média dos doentes passou realmente para 15 dias. Em caso negativo, saber se as restantes variáveis se realizaram conforme as previsões - presença das informações clínicas nos actos de internamento, tempos médios de resposta dos meios complementares, até análise por grupos de patologias, se necessário, etc. De certo que no caso de desvios, a aprendizagem com a investigação do comportamento das variáveis seleccionadas nos levaria à descoberta de outros parâmetros de intervenção, ao aperfeiçoamento da determinação do sistema.

O ficheiro de condensados médicos poderá constituir uma autêntica "caixa negra" de utilizações múltiplas, além do seu papel de registo e de actualização das fichas médicas. Se o médico enviar ao computador uma lista de sintomas, poderá receber uma relação das fichas de doentes que apresentaram os mesmos sintomas, podendo igualmente saber qual a terapêutica que foi aplicada e os seus resultados, e quais as possibilidades de êxito dos diversos tratamentos no mesmo tipo de casos. Em cirurgia os índices de comparação entre os diagnósticos pré e post-operatórios pode constituir uma chave de avaliação qualitativa dos próprios serviços, etc.

Recentemente, e com processos manuais, um dos hospitais de Lisboa realizou uma experiência com resultados importantes: em cada serviço, (correspondentes a agrupamentos de patologias), todos os doentes que ultrapassaram o número de dias considerado razoável de internamento, foram anotados em impresso apropriado, o qual continha a base de inquérito sobre as razões do prolongamento das hospitalizações, com sistematização das causas: razões sociais que dificultavam a alta, atraso de meios complementares, e outras. A análise individualizada de cada inquérito permitiu a intervenção nas razões da demora, quando possível. Este simples expediente ocasionou a diminuição da demora média dos doentes em cerca de seis dias, sendo evidente que a informatização destes inquéritos é extraordinariamente simples a partir da organização de um ficheiro de doentes, e os resultados seriam de certo enriquecidos com a possibilidade de registar outros dados e pela maior rapidez de acesso.

6. A Secretaria de Estado da Saúde foi de certo pioneira ao aprovar o Plano Director de Informática da Saúde, nos fins de 1974. Trata-se de um longo trabalho elaborado com a participação activa de empresas privadas fornecedoras de serviços de organização, e tendo como ponto de partida as experiências iniciadas com alguns centros de Informática, nomeadamente nos Hospitais Cívicos de Lisboa, Serviço de Luta Anti-Tuberculosa, centros hospitalares de Coimbra, do Hospital de St.º António e de S. João do Porto.

Recentemente esse mesmo Plano foi completado com a inserção dos Serviços médico-Sociais, e foi publicado pelo V Governo Constitucional o decreto-lei que permite instituir o Serviço de informática da Saúde, de âmbito nacional, prevendo o arranque de três centros regionais de Informática, em Lisboa, Porto e Coimbra, aglutinando os já existentes.

O sistema de informação de gestão que a função informática pode alimentar, no mais curto prazo de tempo, pode ser vital para a própria melhoria dos serviços de saúde. Pensamos que os nossos hospitais, apesar das muitas vicissitudes, reúnem hoje as condições objectivas e subjectivas mínimas para encetar o caminho real de instrumentalização da Informática, na visão global, sistémica, que preconizamos, se outras condicionantes não vierem alterar os objectivos de gestão integrada, que estão implícitos no Plano Director.

Vamos terminar com dois exemplos: um pretende mostrar a possibilidade de desvio de utilização do computador do objectivo optimização custos/benefícios; outro relativo à ineficácia das decisões, pelo menos em grandes sectores, quando tomadas sem informação prévia adequada.

E sabido que ainda se defende o esquema de remuneração por acto médico em serviços públicos, idêntico ao sistema de remuneração à peça nas empresas privadas de fins lucrativos. Para além da desigualdade que origina relativamente aos restantes trabalhadores, acabando por degradar o ambiente geral do trabalho hospitalar, tal sistema só poderá ser realmente exequível com auxílio da Informática como simples substituição da mão de obra administrativa, tal como sucede nos países onde ainda está em vigor.

Tal esquema fundamenta a chamada medicina convencionada, mantendo o princípio de honorários clínicos com limitação por tabelas previamente aprovadas, embora hoje em dia ninguém ponha em dúvida que os médicos devem constituir, no contexto hospitalar, a profissão com direito às remunerações mais elevadas. Naquele esquema torna-se indispensável fiscalizar a aplicação das tabelas, com pesadas estruturas para processar os pagamentos, de inspecção clínica, etc. Nesta orientação burocrática, compreende-se a defesa da utilização dos computadores, embora seja sabido que apesar de todas as inspecções, burocracia e Informática, será sempre impossível controlar todas as decisões clínicas que tenham reflexos nos honorários, tal como se poderão constatar com os resultados da experiência em curso na Região Autónoma da Madeira. Como os montantes das remunerações dependem do número de actos médicos praticados; motivando o seu aumento sem possibilidade de controlar das necessidades, esta orientação pode vir a originar belas aplicações no ponto de vista restrito da técnica informática, mas nada terá a ver com a optimização da relação custos/benefícios.

Vejamos por fim, a carência de Informação que permita intervenções eficazes:

Os serviços de urgência dos hospitais centrais encontram-se em situação de ruptura devido ao constante e incontrolável aumento do número de doentes que a eles afluem, tal como vem referido em projecto recente de despacho governamental, Conhece-se igualmente que o recurso directo a esses serviços de urgência, por própria iniciativa dos utentes, origina que grande parte dos doentes podia ser tratada em serviços menos diferenciados, mais próximos dos seus domicílios, e sem quebra da qualidade de cuidados.

Independentemente de poderem vir a ser tomadas outras medidas tendentes a aumentar o período de funcionamento de postos de atendimento periféricos, no referido projecto de despacho considerou-se prioritário fazer face, de imediato, à indisciplina de acesso dos doentes de fora das áreas directas de atracção dos hospitais centrais. Nesse sentido são preconizadas várias orientações, entre as quais a devolução dos doentes a sua origem.

No sector da saúde infantil a aplicação dessas medidas não se prevê venham alterar substancialmente a situação de estrangulamento dos serviços de urgência dos hospitais centrais. No caso do Hospital Pediátrico de Coimbra, único hospital da especialidade, na categoria de central, para a região centro do País, verifica-se que:

- 81,8% dos doentes que vem a urgência são oriundos do próprio distrito.

-74% são do próprio concelho.

-54,4% vivem na cidade de Coimbra.

-90% dos utentes do serviço de urgência são em princípio beneficiários dos Serviços Médico-Sociais: na cidade existem quatro postos clínicos desses serviços com a valência infantil, havendo listas de espera de três a dez dias; a freguesia onde se localiza o hospital fornece 21,4% dos doentes socorridos na urgência, e não possui um único posto dos S.M.S.

Também aqui, as aplicações de Informática intermediárias entre a gestão hospitalar e as aplicações puramente médicas, neste caso

O ficheiro de doentes assistidos nos serviços de urgência dos hospitais centrais, poderia ser fornecido outras pistas de intervenção prioritária.