



Instituto Politécnico de Portalegre
Escola Superior de Saúde de Portalegre



Mestrado em Enfermagem Especialização em Gestão de Unidades de Saúde

A DOTAÇÃO DE ENFERMEIROS NO SERVIÇO DE URGENCIA GERAL DO CHCB: A SEGURANÇA DOS CUIDADOS NA SAZONALIDADE

João Infante

Março

2012

Instituto Politécnico de Portalegre

Escola Superior de Saúde de Portalegre

Mestrado em Enfermagem Especialização em Gestão de Unidades de Saúde

**A DOTAÇÃO DE ENFERMEIROS NO SERVIÇO DE
URGÊNCIA GERAL DO CHCB: A SEGURANÇA DOS
CUIDADOS NA SAZONALIDADE**

João Infante

Março

2012

RESUMO

Com a realização deste estágio pretende-se fazer um levantamento do número de pessoas que recorrem ao Serviço de Urgência Geral do centro Hospitalar Cova da Beira, fazendo uma análise da sazonalidade dessa procura e posteriormente projetar possíveis adaptações à dotação de enfermeiros.

Pretende-se também contribuir para a segurança dos cuidados de Enfermagem, prestados no Serviço de Urgência do Centro Hospitalar Cova da Beira e calcular a dotação de Enfermeiros necessária baseada na necessidade de cuidados de Enfermagem por atendimento.

Vamos fazer referência aos métodos de cálculo de dotação de Enfermagem nos serviços de Urgência e a legislação existente. Caracterizar o referido serviço e proceder ao levantamento, apresentação e análise do número de atendimentos no ano de 2010.

PALAVRAS CHAVE : Dotação, Segurança, Urgência, Enfermagem e Sazonalidade

ABSTRACT

With the achievement of this stage it is intended to make a survey the number of people using the ER General, Hospital Center Cova da Beira, by analyzing the seasonality of demand and designing possible further adjustments to the allocation of nurses.

It is also intended to contribute to the safety of nursing care, provided in the emergency department of Centro Hospitalar Cova da Beira and calculate the allocation of nurses needed, based on the need for nursing care by attendiment.

We will refer to the methods of calculating the allocation of nursing services and emergency legislation. We will also characterize that service and to collect, display and analyse the number of attendances in 2010.

KEYWORDS: Endowment, Security, Emergency, Nursing and Seasonality

Abreviaturas e símbolos

AAM – Auxiliar de Acção Médica

At – Número de atendimentos por ano

CHCB – Centro Hospitalar Cova da Beira

DI – Dias de internamento por ano

EN – Número de Enfermeiros necessários

EPE – Entidade Pública Empresarial

GEPI – Gabinete Estudos Planeamento e Informação

HCN – Horas de cuidados necessários

HCN/AC – Horas de cuidados necessários por sessão/actividade/área de intervenção

HCN/At – Número de horas de cuidados necessárias por atendimento

HCN/DI – Horas de Cuidados Necessários por Dia de Internamento

HCN/HCP*100 – Taxa de Utilização

HCP/DI – Horas de Cuidados Prestados por Dia de Internamento

HF/D – Horas de funcionamento por dia

ICN – International Council of Nurses

IGIF – Instituto de Gestão e Informática e Financeira da Saúde

INE – Instituto Nacional de Estatística

MCDT – Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica

NDF/A – Numero de dias de funcionamento por ano

OE – Ordem dos Enfermeiros

SCDGDCE – Sistema de Classificação de Doentes por Graus de Dependência em Cuidados de Enfermagem

SCD/E – Sistema de classificação de doentes em Enfermagem

SO – Serviço de Observações

SPSS – Statistical Package for Social Sciences

T – Número de horas de trabalho por Enfermeiro e por ano

UG – Urgência Geral

UICD – Unidade de Internamento de Curta Duração

Índice

	f
INTRODUÇÃO	5
1 – ESTADO DA ARTE	7
2 – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	11
2.1 – DOTAÇÃO DE PESSOAL DE ENFERMAGEM	11
2.2 – CÁLCULO DA DOTAÇÃO DE ENFERMEIROS NOS SU.....	23
3 – CARACTERIZAÇÃO DA REGIÃO	27
3.1 – CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO.....	34
3.2 – CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO DE URGÊNCIA GERAL DO C.H.C.B.	37
4 – METODOLOGIA	45
4.1 – CARACTERIZAÇÃO DOS ATENDIMENTOS NO SU DO CHCB.....	49
4.2 – CÁLCULO DA DOTAÇÃO DE ENFERMEIROS NO SERVIÇO DE URGÊNCIA DO CHCB.....	107
CRONOGRAMA	110
CONCLUSÃO	111
BIBLIOGRAFIA	117
ANEXOS	121
Anexo 1 – Planta do SU do CHCB.....	122

INTRODUÇÃO

No decorrer do 3º semestre do Mestrado em Enfermagem - Especialização em Gestão de Unidades de Saúde, foi-nos proposto pelos coordenadores a opção entre a realização de um projecto de intervenção ou um estágio, privilegiando a área de gestão em enfermagem. Após profunda reflexão e ultrapassando uma fase de grande indecisão sobre qual seria o trabalho mais adequado, quer para a realização pessoal quer para uma tentativa de melhoria dos cuidados de Enfermagem, decidimo-nos pela realização de um estágio.

O estágio deverá ser realizado no serviço de Urgência Geral do Centro Hospitalar Cova da Beira, serviço onde o autor deste trabalho desenvolve a sua actividade profissional, proporcionando o aproveitamento do conhecimento das estruturas e rotinas do referido serviço. Este serviço de urgência, assim como outros espalhados pelo País, baseiam a dotação de enfermeiros em postos de trabalho, método que poderia estar adequado no passado mas que actualmente, pensamos estar obsoleto. Os cuidados de Enfermagem evoluíram nos últimos anos, em termos quantitativos mas especialmente em termos qualitativos, com as novas exigências por parte dos utentes e também com a evolução científica constante. Actualmente procura-se uma adaptação da dotação de enfermeiros baseada em cálculo de tempo dispendido por atendimento.

A escolha deste tema parece-nos pertinente pois acaba de ser estabelecido um acordo entre o Ministério da Saúde e a Ordem dos Enfermeiros, em 4 de Março de 2011, acerca das políticas de cálculo de dotação de Enfermeiros para o Serviço Nacional de Saúde.

Os enfermeiros são elementos fundamentais na gestão de cuidados e dos serviços integrantes das várias valências nos cuidados de saúde primários e diferenciados, assim o acesso em tempo útil à informação é crucial para potenciar a eficácia e a eficiência na administração dos recursos disponíveis, evitando gastos desnecessários, especialmente nesta conjuntura de grave crise em que a contenção financeira se impõe.

Citando o boletim informativo do IGIF nº 3, (2000):

“ os estudos baseados no Sistema de Classificação de Doentes em Enfermagem, revelam que de uma forma geral existe carência de enfermeiros nas unidades de saúde, contudo a informação obtida, permite, em função das variações previsíveis para cada período de 24 horas, que a distribuição dos recursos disponíveis seja feita em função das necessidades efectivas de cuidados, minimizando-se sub ou sobre utilizações. Permite também obter indicadores para a elaboração futura de quadros de pessoal adequados à realidade e na definição de metas e políticas de gestão.”

A realização deste estágio tem como objectivo principal fazer um levantamento do número de pessoas que recorrem ao Serviço de Urgência Geral do CHCB, fazendo uma análise da sazonalidade dessa procura e posteriormente projectar possíveis adaptações à dotação de enfermeiros.

Os objectivos específicos são:

- Contribuir para a segurança dos cuidados de Enfermagem prestados no serviço de UG do CHCB
- Calcular a dotação de enfermeiros necessária no serviço de UG do CHCB, baseada na necessidade de cuidados de enfermagem por atendimento

De forma a atingir os objectivos propostos vamos inicialmente fazer referência aos métodos de cálculo de dotação de enfermagem nos serviços de urgência e a legislação existente. Fazer a caracterização do serviço de UG do CHCB assim como o levantamento, apresentação e análise do número de atendimentos. Utilizámos neste estudo dados que nos foram fornecidos pelo Departamento de Informática e do GEPI do CHCB, relativos ao número de Urgências no ano de 2010.

1 – ESTADO DA ARTE

O estudo acerca da correcta dotação de enfermeiros nos diversos serviços de saúde tem-se prolongado ao longo dos anos, tendo sido objecto de negociações entre a tutela e a Ordem dos Enfermeiros.

Esta situação chegou finalmente a um consenso neste mês de Março de 2011, tendo sido tornado público o acordo feito entre o Ministério da Saúde e a Ordem dos Enfermeiros, para a posterior implementação das novas directrizes acerca das correctas dotações de Enfermeiros nos serviços de saúde.

A OE citando documento do IGIF, (1995), refere que:

“ O Sistema de Classificação de Doentes por Graus de Dependência em Cuidados de Enfermagem (SCDGDCE), implementado em Portugal desde 1987, resulta na melhor ferramenta disponível para desenvolver a medição das necessidades dos utentes em cuidados de Enfermagem e permitir a afectação de enfermeiros de forma mais racional.”

“... O SCDGDE foi validado para Portugal cumprindo todos os passos necessários à sua validade e fiabilidade e é o único que permite adequar real e continuamente a dotação de Enfermeiros às necessidades variáveis dos clientes.” (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2008: 8).

A dotação de enfermeiros nos SU é feita essencialmente por postos de trabalho, pois até ao referido acordo não era possível fazer o cálculo através do número de atendimentos. Neste momento utilizando a Circular Normativa nº 1 de 12/01/2006, torna-se possível fazer esse cálculo utilizando fórmula específica para serviços de Urgência.

Conforme é referido pela OE:

“ O grau de responsabilidade pelos serviços de saúde e o conceito de prestação de cuidados de qualidade estão na linha da frente da maior parte das discussões políticas e entre profissionais de saúde. No entanto, a

responsabilidade torna-se difícil quando há uma dotação inadequada de prestadores de cuidados, tal como no caso dos enfermeiros.” (OE, 2008: 7)

Apesar de existirem poucos estudos em Portugal acerca dos benefícios para os utentes, das correctas dotações do número de Enfermeiros nas instituições de saúde, a nível internacional vão surgindo dados que corroboram a teoria de que há uma correlação entre a dotação e os ganhos em saúde e a melhoria dos cuidados de saúde. Situação referida por Oliveira (2011):

“ Fundamentado pela evidência científica, está demonstrado haver uma correlação entre a dotação (numero de profissionais e suas competências), a qualidade dos cuidados e ganhos em saúde. De acordo com o Conselho Internacional de Enfermeiros, 2006, num amplo estudo efectuado por Aiken, Clarke, Sloane, Sochalski e Silber (2002), foram recolhidos e analisados dados de 10.184 Enfermeiros e 232.342 doentes submetidos a cirurgia. Os autores verificaram que cada doente adicional por Enfermeiro com uma carga de quatro doentes estava associado a um aumento de 7% na probabilidade de morte no intervalo de 30 dias após a admissão e um aumento de 7% na probabilidade de insucesso na reanimação.

Segundo a mesma fonte, uma análise sistemática conduzida num outro estudo confirmou que as dotações adequadas estão associadas a uma menor mortalidade dos doentes internados e a estadias mais curtas no hospital. Lang, Hodge, Olson, Romano & Kravitz (2004) e Person et al. (2004) avaliaram a associação entre as dotações de Enfermeiros e a mortalidade de doentes internados com enfarte agudo do miocárdio. Verificaram que os doentes tratados em ambientes com dotações mais elevadas de Enfermeiros tinham uma menor probabilidade de morrer durante o internamento.

Inferindo que “*dotações seguras, salvam vidas*”, apesar da necessidade de mais estudos, nomeadamente em Portugal, conclui-se que a adequada dotação de Enfermeiros nas instituições de saúde são condição para promover a melhoria contínua da qualidade dos cuidados e factor decisivo para a gestão eficiente das organizações de saúde, garantindo assim a sua sustentabilidade financeira...”. (Oliveira, 2011: 2)

Num estudo publicado pela revista Brasileira Rene, efectuado nos serviços de Urgência/Emergência sobre os processos de trabalho de Enfermagem, é referido que quando a dotação do pessoal de Enfermagem é insuficiente surge “... descontentamento com relação à grande quantidade de pacientes para cada profissional. Alegam ser cansativo e desumano, tanto para o trabalhador quanto para o paciente, uma vez que a sobrecarga de trabalho os esgota fisicamente e emocionalmente...”, (Barbosa et al, 2009: 73). Percepção dos profissionais de Enfermagem sugestiva da deterioração das

condições de trabalho e essencialmente da falta de qualidade dos cuidados prestados aos utentes.

No mesmo artigo é sugerido fazer estudos, com uma análise detalhada que consubstanciem a percepção, de que é necessário adequar o número de Enfermeiros disponíveis por turno para uma prestação de cuidados inerentes á gravidade dos pacientes que aí sejam atendidos, pois a sua grande maioria necessitaria de maior atenção e mais tempo de prestação de cuidados de Enfermagem.

Surge também a constatação de que “ ...Essa sobrecarga das acções, separa o trabalhador de enfermagem da sua assistência de qualidade, o que acaba acarretando atos esvaziados de sentido e com conseqüente desresponsabilização do trabalhador pelo cuidado prestado. O resultado é o descaso e a desumanização da assistência aos pacientes, com conseqüente diminuição da resolutividade.”, (Barbosa et al, 2009:75)

Estes dados que foram aqui citados, levantam o véu de uma situação complexa e seguramente perigosa para a qualidade dos cuidados prestados que é a desresponsabilização do profissional de Enfermagem pelos cuidados que presta assente, na contínua sobrecarga de trabalho a que é obrigado pelas entidades empregadoras, que fazem cortes cegos nos orçamentos dos diferentes serviços de saúde.

Os cuidados de saúde quando são prestados com qualidade insuficiente, têm implicações no aumento do número de eventos adversos e conseqüentemente, um aumento do impacto financeiro no lado das despesas com os cuidados de saúde, que resultam da ocorrência desses eventos.

A qualidade não é um valor absoluto, significa diferentes coisas em diferentes situações, não pode ser medida como uma escala quantitativa. Aquilo que consideramos qualidade aceitável varia com o tempo. Os constantes progressos clínicos e organizacionais vão aumentando a capacidade e qualidade do desempenho dos profissionais de saúde mas vão aumentando também as expectativas dos doentes.

O sector da saúde vive uma crise que se traduz por baixa qualidade, ineficiência e iniquidade. Esta percepção foi agravada ultimamente com o aumento das taxas moderadoras onde a faixa da população que tem sido mais sacrificada pela crise, com

cortes salariais, cortes nos subsídios, aumentos vários viram ser aumentadas as referidas taxas que seguramente irão condicionar o acesso aos serviços de saúde pelo seu custo.

Conforme é referido no Plano Nacional de Saúde (2004/2010), é por todos visível que o sistema de saúde peca por uma escassa cultura de qualidade. Um foco de descontentamento e das reclamações apresentadas pelas populações atendidas nos serviços de saúde é a desumanização que a prestação de cuidados da saúde sofre, devido a inúmeros factores intrínsecos ao trabalho desenvolvido. Existe uma constante insuficiência de medidas concretas para minimizar este problema e melhorar a qualidade do atendimento prestado.

No Plano Nacional de Saúde (2011/2016), salienta-se que o planeamento dos recursos humanos a médio e longo prazo, em função da evolução das necessidades de cuidados de saúde da população, é uma das missões mais importantes no planeamento dum sistema de saúde.

A saúde é um sector fundamental para reforçar a coesão, solidariedade e justiça das políticas sociais.

Estas indicações da adequação correcta do número de Enfermeiros estão assim em plena actualidade devendo os Gestores das unidades de saúde fazer estudos para a sua correcta implementação, não esquecendo que na selecção do método de trabalho, deve ser considerado os objectivos da organização, do serviço em si, do número e tipo de doentes, o seu grau de dependência, características das instalações e recursos humanos e materiais disponíveis.

Para Barros (2009), os principais problemas sentidos na Saúde são, não estarem organizados por nível de importância, as listas de espera, o excesso de urgências, a insatisfação de utentes e profissionais, o crescimento da despesa e o aparecimento de grupos com necessidades especiais, idosos em número crescente, toxicodependentes, alcoólicos, generalização dos transplantes, doentes com SIDA e acidentes de viação.

Todos estes problemas não têm uma solução evidente, nem porventura única. Tal torna ainda mais aliciante a aplicação da análise económica, teórica e empírica, ao sector da saúde.

2 – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 - DOTAÇÃO DE PESSOAL DE ENFERMAGEM

Dotação é segundo a sua definição prover algum lugar do pessoal que se considera conveniente e/ou dos móveis, utensílios e demais materiais necessários ao seu funcionamento. Pode também ser definido pela adequação do pessoal em termos quantitativos e qualitativos, (Dicionário Houaiss, 2005). Pela sua aplicabilidade à Enfermagem como sendo a previsão de enfermeiros que são necessários para prestar de forma directa ou indirecta os cuidados aos utentes/clientes.

Segundo Frederico e Leitão (1999:28):

“ a dotação de pessoal de enfermagem refere-se a uma actividade que visa estabelecer de forma quantitativa e qualitativa as necessidades em pessoal de enfermagem para prestar cuidados a um determinado grupo de doentes, com a finalidade não só de concretizar aspectos do plano de acção de uma instituição de saúde, no que respeita ao pessoal (número, tipo e custos), mas também contribuir para avaliar o nível de cuidados de enfermagem.”

A dotação deve ser calculada através de um processo sistemático, que irá servir de base ao planeamento e à avaliação dos enfermeiros necessários, para prestar os cuidados de Enfermagem com a garantia de qualidade, previamente estabelecida ao público-alvo, de acordo com a filosofia e estrutura organizacional, sempre tendo em consideração que cada serviço tem as suas especificidades.

Para Marquis e Huston (1999:137), os maiores gastos de uma organização de saúde são com os recursos humanos, pois o atendimento aos utentes é um trabalho ininterrupto. Assim o administrador prudente deve utilizar os dados históricos sobre as flutuações estatísticas da unidade ao prever as necessidades de pessoal a curto e a longo prazo. Deve ser uma das funções de gestão monitorizar o orçamento com pessoal de modo a evitar carência ou excesso de profissionais.

Para os mesmos autores, (2009:138), a maioria dos processos de alocação de recursos humanos baseia-se num padrão pré-determinado que pode ser referido como horas por paciente/dia (unidades médicas), visitas mensais (cuidados domiciliares) ou minutos por caso (sala de cirurgia), uma vez que estes dados nunca permanecem constantes, o gestor necessita de estar preparado para alterar a alocação dos recursos humanos em consonância com as necessidades.

O orçamento de pessoal deve incluir as horas reais trabalhadas, também denominadas como horas produtivas ou despesas salariais e as horas pagas ao funcionário quando ele não está a prestar trabalho efectivo (trabalho não produtivo ou benefícios). Este trabalho não produtivo inclui o custo dos benefícios, orientação de funcionários novos/estagiários, rotatividade do funcionário, os dias de baixa por doença, feriados e os períodos de formação.

Um gestor de unidades de saúde deve recorrer à aplicação de ferramentas de gestão de modo a permitir medir a carga de trabalho e assim obter uma dotação de pessoal de Enfermagem e outro, mais ajustada às reais necessidades do seu serviço.

Por vezes é difícil para um gestor admitir que necessita de reforçar a equipa, principalmente nos dias actuais em que a palavra de ordem é reduzir custos com pessoal e não só, obedecendo às directrizes emanadas dos círculos decisores condicionados pelas circunstâncias económicas actuais. Apesar desta situação, os cálculos devem ter vistas mais largas e não cingirem-se ao curto prazo, porque o risco que se tem ao manter uma equipa sujeita a elevada carga de trabalho, poderá transformar-se num fardo bem mais pesado do que a simples contratualização de mais um elemento.

Os recursos humanos sempre se revelaram uma área de conflito entre custos e benefícios, não se revela grande dificuldade em convencer as pessoas, de que melhorar a qualidade é profícuo tanto para os doentes como para os profissionais. É mais difícil convencê-los de que quando se melhora a qualidade há uma ajuda à redução de custos com a consequente poupança de dinheiro.

Para Tappen, citado por Marquis e Huston (1999:140), estar assoberbado de trabalho e restrições de tempo causam um maior número de erros, omissão de tarefas importantes e sentimentos gerais de stress e ineficácia. Embora algumas pessoas pareçam ter uma grande naturalidade com a administração do tempo, esta qualidade é

adquirida e desenvolve-se com a prática. Dois erros comuns de gestão são subestimar a importância de um plano diário e não dedicar o tempo necessário ao planeamento, este planeamento diário é de extrema importância se se quiser gerir com eficiência e não por resolução de crises.

O planeamento leva tempo, requer capacidade de pensar, analisar dados, visualizar alternativas e tomar decisões.

As ferramentas usadas na gestão dos recursos de enfermagem são bastantes e variadas, mas não têm a capacidade de abrangência que seria expectável de modo a abarcar a totalidade dos cuidados que são prestados sendo necessário ter em conta o contexto onde decorre essa prestação de cuidados. A carga de trabalho de Enfermagem não é frequentemente apenas influenciada pelas condições do doente, mas também pelo ambiente onde se desenrola a prestação de cuidados, como seja má arrumação, excesso de material e espaços de armazenamento dispersos podem ser factores que aumentam a carga de trabalho. Uma carga de trabalho elevada pode conduzir a uma elevada rotatividade da equipa, taxas de absentismo elevadas, podendo conduzir a uma redução na qualidade dos cuidados prestados e pondo em risco a segurança do utente.

O cálculo das necessidades de pessoal de Enfermagem, não leva em conta que cada vez mais as necessidades dos utentes / clientes, são diferentes para cada um, ou seja exige cada vez mais uma prestação de cuidados personalizados nas suas vertentes qualitativas e quantitativas, dificultando sobremaneira uma padronização na prestação dos cuidados de Enfermagem. A deficiente formação das equipas de Enfermagem podem acarretar erros clínicos, que se podem traduzir em resultados que prejudicam o doente assim como a organização onde se inserem.

O conceito das dotações seguras emerge em consequência das mudanças no paradigma da prestação de cuidados de saúde que vão ocorrendo mais ou menos por todo o mundo, tem-se assistido nos últimos anos a pandemias como a SIDA e ameaças de outras como a gripe, por outro lado a recessão económica tem levado à diminuição do número de Enfermeiros nos serviços de saúde. Hoje existem instrumentos que permitem avaliar as implicações das deficientes dotações de Enfermeiros, na segurança, morbidade e mortalidade dos doentes.

Segundo o ICN (2006), tem havido um aumento na investigação que demonstra que o nível das dotações tem um impacto nos resultados dos doentes, tal como a mortalidade. Ainda que esta investigação esteja apenas no início, e seja frequentemente efectuada num contexto de cuidados hospitalares, destaca uma relação positiva entre as dotações de Enfermeiros e os resultados globais de cuidados dos doentes.

Há uma relação inversa entre a mortalidade e o numero de Enfermeiros por dia/doente, assim como os eventos adversos, (quedas, erros de medicação...). Dotações adequadas estão relacionadas a menor mortalidade e morbidade, internamentos hospitalares mais curtos.

Rácios elevados doentes/Enfermeiro estão associados a um risco aumentado de exaustão emocional, insatisfação no emprego e consequentemente a maior absentismo e pior saúde.

Na apresentação de Campos, Ana P. (2006), “ Dotações Seguras Salvam Vidas “ é referido que dotações seguras significam que está sempre disponível uma quantidade adequada de pessoal, com uma combinação adequada de níveis de aptidões, no sentido de assegurar a ida ao encontro das necessidades de cuidados dos doentes e a manutenção de condições de trabalho isentas de riscos. Contribuem para a segurança dos doentes através de:

- Melhores resultados de saúde
- Continuidade dos cuidados
- Diminuição da demora média no hospital
- Diminuição dos custos

Contribuem para a segurança dos Enfermeiros através de:

- Cargas laborais suportáveis
- Menos stress
- Maior satisfação profissional
- Menores níveis de absentismo, de rotação de pessoal e burnout.

Nesta apresentação é também referido que rácios para dotações seguras proporcionam:

- a) Melhor qualidade dos cuidados e resultados para os doentes
- b) Melhor recrutamento e retenção de Enfermeiros
- c) Melhoria do bem-estar dos Enfermeiros
- d) Aumento na capacidade de prestação de serviços ao público
- e) Aumento da confiança no sistema de saúde pública.

Os contras apontados aos referidos rácios são:

- a) Dispendiosos
- b) Poderão não reflectir exactamente as necessidades dos doentes ou a complexidade dos cuidados necessários
- c) Constituem uma medida grosseira das necessidades de pessoal
- d) Não têm em conta as alterações na acuidade dos doentes, planta do serviço, presença ou não de Enfermeiros ou de tecnologia
- e) Poderão não estar dirigidos para as questões do local de trabalho – nem sempre são relevantes a nível internacional.

Segundo o ICN (2006:14),

“houve casos de Enfermeiros que foram considerados como culpados pelos resultados dos cuidados que prestaram. A questão da responsabilidade concentra-se em aspectos de cuidados que incluem o indivíduo, bem como a equipa. Portanto independentemente da situação (ou seja, do contexto em que os erros ocorrem), o Enfermeiro é responsável. As dotações seguras constituem portanto um elemento crítico para os Enfermeiros, já que têm impacto sobre a sua capacidade para efectuar cuidados adequados. A responsabilidade aumenta num contexto clínico no qual haja infra-estruturas e dotações inadequadas.”

Na mesma apresentação, do ICN (2006), e citando a Associação de Enfermeiros da Califórnia:

“... os hospitais com níveis seguros de dotações podem conseguir poupanças financeiras consideráveis. Os resultados das dotações inadequadas relativamente aos custos adicionais decorriam das maiores taxas de rotação de Enfermeiros e na necessidade de contratar Enfermeiros a título temporário. As dotações seguras mostraram repetidamente contribuir para melhores resultados dos doentes, o que, em última instância, se manifesta em

custos reduzidos de saúde para os indivíduos, as famílias e as comunidades e em receitas aumentadas de impostos, uma vez que os doentes regressam à força de trabalho activa.”

No contexto económico a área da saúde é dispendiosa, e nesta altura de fortes restrições económicas há inúmeros interesses instalados que disputam a fatia do dinheiro destinado à saúde, os diferentes países diferem no seu investimento relativamente às questões de saúde. Mas na maioria dos casos as fatias mais substanciais destinam-se aos serviços farmacêuticos, tecnológicos e medicina. As sobras vão para as instituições e cuidados comunitários onde se inserem os cuidados de Enfermagem, assim como as dotações seguras. É fundamental colar as dotações seguras à segurança dos doentes, sob pena de estas nunca atingirem os níveis de atenção necessários por parte dos dirigentes.

Segundo Spetz, citado pelo ICN (2006:19):

“... a principal razão pela qual os Hospitais nos Estados Unidos da América não atingem os níveis óptimos de dotações de Enfermeiros consiste no facto de os Enfermeiros não serem pagos de acordo com a qualidade dos cuidados que prestam. Os hospitais recebem poucos benefícios por aumentarem a sua qualidade nos cuidados, mas o resultado disso poderá consistir em gastos elevados. Em resultado, ainda que maiores dotações de Enfermeiros possam beneficiar o cuidados dos doentes, os custos associados a ter mais Enfermeiros ultrapassam os ganhos para os hospitais. No entanto, fontes de custos, tais como o absentismo, rotação de pessoal, morbilidade e mortalidade mais elevadas têm de ser consideradas como um custo global e contínuo para o sistema e a sociedade.”

Durante muitos anos a Enfermagem tem vindo a lutar por quantificar o seu trabalho. É comumente aceite que os instrumentos existentes, são incapazes de capturar mais do que 40% do trabalho de Enfermagem nalguns ambientes. Estes instrumentos têm sido muito úteis na identificação das tarefas dos enfermeiros, mas a maior parte não foi capaz de capturar os aspectos cognitivos/intelectuais do seu papel. Algumas funções de grande importância tais como a coordenação, a facilitação e a tomada de decisão, não foram descritas ou quantificadas de forma adequada. Portanto ainda que tenham sido utilizados instrumentos de medição da carga laboral no debate sobre as dotações seguras, estes não constituem de forma alguma uma solução completa na determinação das dotações seguras.

Tem sido objectivo de cada instituição de saúde procurar a forma estratégica que possibilite a gestão dos recursos disponíveis em função das necessidades dos doentes ao menor custo.

Muitas opiniões, (Balderas, M. de la L.; Campos, Ana C.) defendem que ao invés de ser proposta legislação específica para as dotações, sejam as variadas organizações a identificar as suas dotações seguras desde que se tenha em consideração a complexidade dos doentes, a estrutura organizacional e as características da equipa de Enfermagem.

Para se determinar dotações seguras para cada Hospital, Campos, Ana P.(2006), sugere que se deve ter em conta os factores internos e externos assim como os relacionados com o doente.

Factores internos:

- 1) Estrutura organizacional
- 2) Complexidade dos cuidados
- 3) Competências e qualificações dos profissionais
- 4) Expectativas dos doentes e famílias

Factores externos:

- 1) Contexto sociopolítico
- 2) Políticas de recursos humanos
- 3) Flutuações no fluxo de doentes
- 4) Articulação com outras instituições
- 5) Competitividade

Relacionadas com os cuidados ao doente:

- 1) Número de doentes
- 2) Necessidades individuais
- 3) Intensidade dos cuidados
- 4) Número de horas de cuidados por doente e dia de internamento
- 5) Contexto em que os cuidados são prestados (arquitectura, dispersão geográfica dos doentes, tecnologia disponível, organização dos cuidados).

Relacionadas com os profissionais:

- 1) Experiência profissional
- 2) Competências e qualificações
- 3) Necessidades de formação e supervisão dos menos experientes
- 4) Envolvimento em actividades de gestão, formação, assessoria, investigação, projectos de qualidade
- 5) Turnover

Relacionadas com a organização:

- 1) Serviços de apoio (hotelaria, transporte de doentes, laboratórios, aprovisionamento)
- 2) Sistemas de informação
- 3) Sistemas de comunicação interna
- 4) Estrutura física
- 5) Clima organizacional

Muitos países determinam a utilização de ratios como metodologia para garantir a segurança dos doentes, o referido ratio determina o número máximo de doentes distribuídos a um Enfermeiro durante um turno. Tem em consideração as características inerentes de cada doente.

Para Soares de Lima, et al, (2007), o desenvolvimento da qualidade em qualquer sector do mercado depende da existência de um ambiente competitivo, da cultura empresarial, da participação dos trabalhadores e da organização dos consumidores. O sector da saúde vem, nos últimos anos a passar por profundas mudanças e reordenando as suas acções no atendimento aos clientes. Há um compromisso inadiável para os cientistas e trabalhadores da saúde, que é construir modelos de avaliação institucional, cientificamente fundamentados que permitam viabilizar o conceito complexo, mas essencial em saúde, o controle da qualidade. Este deve ter como prioridade, a preocupação de levar ao máximo e universalizar os benefícios, reduzindo custos, procurando controlar o desperdício dos sempre escassos recursos humanos, económicos dos investimentos sociais.

Os administradores hospitalares que têm como meta proporcionar cuidados de saúde de qualidade devem ter a preocupação de adequar os recursos, humanos, materiais e financeiros aos diversos serviços de saúde.

O quadro de pessoal das instituições não se limita simplesmente á relação entre o número de trabalhadores que são distribuídos pelos diversos serviços, mas deve resultar de estudos de adequação quantitativa de recursos humanos de acordo com as qualificações e as dotações necessárias.

As estruturas hospitalares devem ter como fulcro os utentes/clientes, sendo caracterizadas por serem complexas e grandes organizações prestadoras de cuidados onde há uma crescente procura de cuidados de Enfermagem de qualidade que são prestados a esses utentes. Na área de Enfermagem o desafio de adequação dos recursos humanos é maior pois respondem pela maioria nos quadros de pessoal das instituições hospitalares.

Neste contexto Chenso et al (2004) referindo o Conselho Federal de Enfermagem (1996), no dimensionamento de recursos de Enfermagem em hospitais, deve-se considerar:

- a) A missão do hospital
- b) O tamanho do hospital
- c) Estrutura organizacional e física
- d) Tipos de serviços e programas desenvolvidos
- e) Tecnologia e complexidade dos serviços
- f) Política de pessoal, atribuições e competências dos integrantes da equipa
- g) O modelo de gestão
- h) O modelo assistencial
- i) Os métodos de trabalho, a jornada de trabalho, carga horária semanal
- j) Padrões de desempenho dos profissionais
- k) Especificidades dos utentes
- l) Realidade socioeconómica e cultural

No nosso País tem-se investido na diminuição das listas de espera e do período médio de internamento através de um aumento da rotatividade dos doentes e aumentando a oferta dos cuidados prestados em ambulatório ou ao domicílio. Tem-se

assistido também a um aumento do nível de dependência dos doentes em cuidados de Enfermagem, conjugado com um constante aumento da complexidade das atitudes terapêuticas, o que exige um aumento do número de Enfermeiros com maior nível de formação e experiência.

Em vista desta situação as instituições têm tentado encontrar estratégias, que lhes permitam maximizar a gestão dos recursos disponíveis, para satisfazer as crescentes necessidades dos doentes, com o menor gasto possível.

Essas estratégias têm passado por implementar a utilização de instrumentos de medida das necessidades dos doentes em cuidados de Enfermagem traduzíveis em horas de cuidados (SCD/E).

É da necessidade de medir as horas de trabalho de Enfermagem, que surge um sistema de Classificação de Doentes baseado em Níveis de Dependência de Cuidados de Enfermagem (SCD/E), que começou a ser desenvolvido a partir do ano de 1984.

Este sistema consiste na categorização dos doentes por indicadores críticos, de acordo com as suas necessidades em cuidados de Enfermagem e tem como objectivos:

- 1) Optimizar os recursos de Enfermagem disponíveis
- 2) Planear cuidados a prestar
- 3) Gerir com eficácia o número de Enfermeiros necessários em cada serviço
- 4) Identificar as necessidades em recursos de Enfermagem
- 5) Adequar a dotação dos quadros de Enfermagem

Este Sistema de Informação, tem como grande objectivo produzir indicadores que permitam calcular o número de Enfermeiros que em cada momento é necessário para prestar cuidados de Enfermagem de acordo com o padrão de qualidade que lhe está subjacente:

- a) Horas de Cuidados Necessários por dia de Internamento (HCN/DI)
- b) Horas de Cuidados Prestados por Dia de Internamento (HCP/DI)
- c) Taxa de utilização (HCN/HCP*100)
- d) Variação em Enfermeiros necessários

Estes indicadores, utilizados em associação com outros emanados da Secretaria-Geral da Saúde, permitem calcular o número de Enfermeiros necessários em cada serviço e no total dos serviços da Instituição:

- 1) Taxa de ocupação de cada unidade de internamento
- 2) Lotação oficial dos serviços de internamento
- 3) Número de horas de Trabalho/Enfermeiro/Ano
- 4) Número de horas de funcionamento do serviço
- 5) Número de atendimentos por ano

A posição do ICN (2006), acerca da segurança dos doentes passa por uma identificação precoce dos riscos, sendo esta a chave para a prevenção das lesões dos doentes. Depende de uma manutenção da cultura de confiança, honestidade, integridade e comunicação aberta entre os doentes e os prestadores no sistema de cuidados de saúde.

A segurança dos doentes é fundamental para a qualidade da saúde e dos cuidados de Enfermagem. A melhoria da segurança dos doentes envolve um largo espectro de acções no recrutamento, formação e retenção de profissionais de saúde, melhoria do desempenho, segurança ambiental e gestão do risco, incluindo o controlo de infecções, utilização segura dos medicamentos, segurança do equipamento, prática clínica segura, ambiente de cuidados seguro e acumulação de um corpo integrado de conhecimentos científicos focados na segurança do doente e as infra-estruturas para apoiar o seu desenvolvimento. Os Enfermeiros estão dirigidos para a segurança dos doentes em todos os aspectos do cuidar. Tal inclui informar os doentes e outros relativamente ao risco e à redução do risco, advogando pela segurança do doente e relatando os eventos adversos.

Para o ICN (2006), há uma evidência crescente de que os níveis institucionais inadequados de dotações estão correlacionados com o aumento nos eventos adversos tais como quedas, úlceras de pressão, erros de medicação, infecções hospitalares e taxas de readmissão que podem levar a estadias mais prolongadas no hospital e taxas de mortalidade hospitalar aumentadas.

O absentismo, fraco desempenho pessoal devido à pouca motivação ou a competências técnicas insuficientes são também determinantes importantes na segurança dos doentes

O ICN (2006), acredita que os enfermeiros e as associações nacionais de Enfermagem têm a responsabilidade de:

- a) Informar os doentes e as famílias dos riscos potenciais.
- b) Desempenhar um papel activo na avaliação da segurança e qualidade dos cuidados
- c) Melhorar a comunicação com os doentes e com outros profissionais de saúde
- d) Exercer pressão no sentido de conseguir níveis adequados de dotações
- e) Apoiar medidas que melhorem a segurança dos doentes
- f) Promover programas rigorosos do controlo da infecção
- g) Exercer pressão no sentido das políticas padronizadas de tratamento e de protocolos que minimizem os erros
- h) Criar ligações com organismos profissionais de representação de farmacêuticos, médicos e outros, de forma a melhorar a embalagem e rotulagem dos medicamentos
- i) Colaborar com sistemas nacionais de relato para registar, analisar e aprender com os eventos adversos
- j) Desenvolver mecanismos, por exemplo através de acreditação, para reconhecer as características dos prestadores de cuidados de saúde que ofereçam um marco de excelência na segurança dos doentes

Como conclusão pode-se afirmar que as dotações seguras proporcionam benefícios para todo sistema de saúde sendo de salientar os seguintes aspectos:

- a) Doentes/público – cuidados de saúde assegurados
- b) Entidades empregadoras – menor risco e custos mais baixos
- c) Reguladores – menos casos para investigar
- d) Enfermeiros – maior satisfação na carreira e melhor crescimento profissional

Não existem fórmulas ideais para determinar com exactidão quais são as dotações seguras. O aspecto subjectivo ou intangível do cuidar em Enfermagem é algo que não se

pode sujeitar á simples aplicação de fórmulas matemáticas consubstanciado pela grande quantidade de variáveis a ter em consideração.

É expectável que, num futuro próximo, se disponha de rácios e indicadores de desempenho que permitam quantificar as necessidades de pessoal de Enfermagem nas organizações.

2.2 – CÁLCULO DA DOTAÇÃO DE ENFERMEIROS NOS SU

A forma de calcular o número de horas de cuidados de Enfermagem para os SU, é no momento regulada pela publicação da Circular Normativa Nº 1 de 12/01/2006, da Secretaria – Geral do Ministério da Saúde, (Regime de horário acrescido – Critérios). Esta circular pretende estabelecer a metodologia que deve estar subjacente aos novos critérios determinados pelo Despacho nº 27144/2005 (2ª série), publicado no Diário da República nº 250, de 30 de Dezembro, que procede à uniformização do processo de atribuição do regime de horário acrescido ao pessoal de Enfermagem, técnico superior de saúde e técnico de diagnóstico e terapêutica.

O referido despacho determinou que as propostas a apresentar pelos serviços deverão fundamentar a “ necessidade do recurso ao regime de horário acrescido, como forma indispensável de assegurar o regular e eficiente funcionamento dos serviços “, através de um conjunto de critérios objectivos que, embora não exaustivos, deverão constituir uma plataforma mínima de justificação do recurso a tal regime.

Conforme referido na Circular Normativa nº 1, é expectável que, num futuro próximo, se disponha de rácios e indicadores de desempenho que permitam quantificar as necessidades de pessoal para todos os grupos profissionais visados, tendo em conta a conclusão de diversos trabalhos em curso no âmbito das respectivas associações profissionais e das escolas Superiores de Tecnologias de Saúde.

No imediato, no entanto, apenas existem de forma consistente, elementos daquela natureza para o pessoal de Enfermagem, fruto de um longo trabalho desenvolvido por diversas entidades, nomeadamente, a Secretaria – Geral do Ministério da Saúde, a Direcção – Geral da Saúde e o Instituto de Gestão Informática e Financeira da saúde.

Em anexo da referida circular, na metodologia é referido no ponto 1, “ calcular, por área de actividade e para a globalidade da instituição, o número de horas anuais de cuidados de Enfermagem necessárias, segundo a aplicação das fórmulas de cálculo e dos rácios constantes do anexo 1. Estas fórmulas e rácios têm por base estudos efectuados, bem como indicadores e valores de referência a serem fornecidos pelas Agências, no âmbito do processo de contratualização;”.

A fórmula para calcular o número de Enfermeiros nos Hospitais e mais concretamente no serviço de Urgência consta do Anexo 1 – Fórmulas de Cálculo Relativamente a Necessidades de Enfermeiros, na alínea B – Hospitais no ponto B.5 URGÊNCIA:

$$EN = \frac{At \times HCN/At}{T}$$

EN – Número de Enfermeiros Necessários

At – Número de Atendimentos por ano

HCN/At – Número de horas de cuidados necessárias por atendimento – *a fornecer pela agência (média da região)*

T – Número de horas de trabalho por Enfermeiro e por ano, valor de T: 1435 H (correspondentes a 41 semanas úteis por ano).

Após contacto em 11/03/2011, com o Departamento de Contratualização da ARS Centro, onde foi questionado o valor a atribuir à variável HCN/At foi enviado a seguinte mensagem por correio electrónico:

“...Nesse Relatório apresentavam-se propostas para a medição de algumas variáveis e operacionalização do modelo. Não temos conhecimentos se as propostas apresentadas tiveram aprovação superior, pelo que apenas podemos sugerir a sua aplicação.

Uma das propostas refere-se precisamente ao nº de horas de cuidados de enfermagem para a Urgência:

“Para a variável HCH/At (Nº de horas de cuidados necessários por atendimento – média da região), foi calculado o valor médio regional por tipo de urgência (geral, obstétrica e pediátrica) cruzando variáveis

disponíveis no Plano de Desempenho, que culminam com o quociente entre o número de atendimentos esperados e nº total de horas/ano/afectas a esta linha de produção.”

Com os melhores cumprimentos,

Conceição Toscano “ (ARS CENTRO, 11/03/2011).

Esta indicação dada pela ARS CENTRO, permite efectivamente fazer um cálculo da dotação de Enfermeiros no SU, pelo número de atendimentos que é um dos objectivos a que nos propusemos com a realização deste estágio.

Neste mesmo relatório (pág. 4), é referido na apreciação crítica deste modelo de cálculo do número de Enfermeiros necessários, os pontos fortes:

- a) Utilização de métodos quantitativos no apoio á tomada de decisões de gestão
- b) Uniformização dos critérios de atribuição do horário acrescido e de avaliação das necessidades nas diferentes carreiras e diferentes serviços
- c) Constituição de uma plataforma mínima de justificação do recurso ao regime do horário acrescido
- d) Possibilidade de se constituir como instrumento de racionalização de recursos, promovendo a eficiência do sistema

São referidos como pontos fracos os seguintes:

- a) Inexistência de alguns parâmetros para operacionalização da metodologia (exemplo: inexistência de HCN/DI para algumas linhas de actividade como o bloco de partos, MCDT,)
- b) Possibilidade de erros tendo em conta que a análise dos Enfermeiros necessários versus existentes é desenvolvida em termos físicos e não em número de horas
- c) A utilização dos resultados obtidos deverá fazer-se com alguma parcimónia, tendo em conta os riscos associados à evidência de deficits, contrariando o espírito que presidiu à criação desta metodologia
- d) Impossibilidade de cálculo dos critérios relativamente ao grupo profissional dos técnicos superiores de saúde e de técnicos de diagnóstico e terapêutica, por

razões que se prendem com a ausência de registos de medição dos actos e tempos médios por grupo

Face ao exposto é conveniente salientar-se que neste SU, os internamentos que são efectuados nos diferentes serviços do Hospital do Fundão, em número significativo, carecem de acompanhamento de Enfermagem o que também não entra para o cálculo do número de elementos necessários por turno, assim como acompanhamento aos MCDT e transferências para outras instituições por inexistência de valências médicas.

3 - CARACTERIZAÇÃO DA REGIÃO

A região da Cova da Beira é constituída pelos concelhos da Covilhã, Fundão, Belmonte e Penamacor numa área cujo raio é de 1352 km² e com uma população de aproximadamente 100 000 habitantes. Nas tabelas que se apresentam a seguir, faz-se uma caracterização dos indicadores da população desta região, informação que foi colhida no Instituto Nacional de Estatística.

NUTS 2002 completa (lista cumulativa - PT, NUTS I, II, III, CC, FR)	Período de referência dos dados	Densidade populacional (N.º/ km ²) por Local de residência; Anual	População residente em cidades estatísticas (N.º) por Local de residência; Anual (1)	Superfície (km ²) do território nacional por Localização geográfica; Anual (2)	População residente em lugares censitários (N.º) por Local de residência e Escalão de dimensão populacional; Decenal (3)
					Escalão de dimensão populacional
					Total
		N.º/ km ²	N.º	Km ²	N.º
Portugal	2009	115,4	X	92 207,4	X
	2008	115,4	4 092 128	92 094,4	X
	2001	112,3	X	92 151,8	10 356 117
Continente	2009	113,9	X	89 084,3	X
	2008	113,9	3 871 954	88 971,3	X
	2001	110,9	X	89 045,1	9 869 343
Cova da Beira	2009	65,5	X	1 374,5	X
	2008	66,0	43 141	1 374,5	X
	2001	67,3	X	1 374,8	93 579

Densidade populacional (N.º/ km²) por Local de residência; Anual - INE, Estimativas Anuais da População Residente

População residente em cidades estatísticas (N.º) por Local de residência; Anual - INE, Sistema Integrado de Nomenclaturas Estatísticas

Superfície (km²) do território nacional por Localização geográfica; Anual - Instituto Geográfico Português

População residente em lugares censitários (N.º) por Local de residência e Escalão de dimensão populacional; Decenal - INE, Recenseamento da População e Habitação

Nota(s):

(1) A população residente por cidade encontra-se à data dos Censos de 2001. As alterações nos valores de população nas cidades reflectem, por isso, apenas a criação de novas cidades.

(2) A informação constante da Carta Administrativa Oficial de Portugal é permanentemente actualizada, devido a alterações nas circunscrições administrativas e à integração de informação mais precisa. O critério adoptado é o da unidade territorial administrativa, incluindo os casos em que a unidade territorial é constituída por territórios descontínuos, com excepção do município de Santa Cruz que, em 2004, não inclui o território das ilhas Desertas.

(3) Conforme os resultados definitivos dos Censos de 2001, afectou-se a população do corpo diplomático e embarcada ao município de Lisboa de acordo com artigo 17º do Decreto-Lei Nº 143/2000. Neste sentido, esta população está contabilizada no Lugar de Lisboa.

Quadro 35 – Fonte INE, Indicadores da População

Como se pode verificar pela análise deste quadro a densidade populacional na região da Cova da Beira está bastante abaixo da média nacional (quase metade), e dessa população também quase metade vive em cidades. Grande número de habitantes terá de percorrer grandes distâncias para obter cuidados de saúde hospitalares.

NUTS 2002 completa (lista cumulativa - PT, NUTS I, II, III, CC, FR)	Período de referência dos dados	Hospitais (N.º) por Localização geográfica e Natureza institucional; Anual	Farmácias e postos farmacêuticos móveis (N.º) por Localização geográfica e Tipo de unidade local de farmácia; Anual	Centros de saúde (N.º) por Localização geográfica e Tipo de serviço; Anual	Extensões (N.º) dos centros de saúde por Localização geográfica; Anual
		Natureza institucional	Tipo de unidade local de farmácia	Tipo de serviço	
		Total	Total	Total	
		N.º	N.º	N.º	N.º
Portugal	2009	186	3 046	375	1 318
Continente	2009	171	2 914	345	1 180
Cova da Beira	2009	1	32	3	59

Hospitais (N.º) por Localização geográfica e Natureza institucional; Anual - INE, Inquérito aos Hospitais

Farmácias e postos farmacêuticos móveis (N.º) por Localização geográfica e Tipo de unidade local de farmácia; Anual - INE, Estatísticas das Farmácias

Centros de saúde (N.º) por Localização geográfica e Tipo de serviço; Anual - INE, Inquérito aos Centros de Saúde

Extensões (N.º) dos centros de saúde por Localização geográfica; Anual - INE, Inquérito aos Centros de Saúde

Quadro 36 – Fonte INE, indicadores do nº de hospitais, postos de farmácia, centros de saúde e suas extensões, por localização

Neste quadro observamos que em toda a região da Cova da Beira existe apenas um Hospital, 3 Centros de Saúde com 59 Extensões e 32 Farmácias e Postos farmacêuticos.

NUTS 2002 completa (lista cumulativa - PT, NUTS I, II, III, CC, FR)	Período de referência dos dados	Poder de compra per capita por Localização geográfica; Bienal (1)	Factor dinamismo relativo de poder de compra por Localização geográfica; Bienal (1)	Índice sintético de desenvolvimento regional (Índice global) por Localização geográfica (NUTS - 2002); Anual	Índice sintético de desenvolvimento regional (Competitividade) por Localização geográfica (NUTS - 2002); Anual	Índice sintético de desenvolvimento regional (Qualidade ambiental) por Localização geográfica (NUTS - 2002); Anual
		-	-	-	-	-
Portugal	2008	X	X	100,00	100,00	100,00
	2007	100,00	-0,215	100,00	100,00	100,00
Continente	2008	X	X	100,33	100,33	100,00
	2007	100,51	-0,229	100,36	100,28	100,14
Cova da Beira	2008	X	X	97,43	86,31	104,62
	2007	77,41	-0,181	97,74	86,59	105,53

Poder de compra per capita por Localização geográfica; Bienal - INE, Estudo sobre o poder de compra concelhio

Factor dinamismo relativo de poder de compra por Localização geográfica; Bienal - INE, Estudo sobre o poder de compra concelhio

Índice sintético de desenvolvimento regional (Índice global) por Localização geográfica (NUTS - 2002); Anual - INE, Índice Sintético de Desenvolvimento Regional

Índice sintético de desenvolvimento regional (Competitividade) por Localização geográfica (NUTS - 2002); Anual - INE, Índice Sintético de Desenvolvimento Regional

Índice sintético de desenvolvimento regional (Qualidade ambiental) por Localização geográfica (NUTS - 2002); Anual - INE, Índice Sintético de Desenvolvimento Regional

Nota(s):

(1) A partir do Estudo sobre o Poder de Compra Concelhio 2005 (INE, 2007) o período de referência dos dados encontra-se associado ao momento de referência da informação de base mais actual utilizada.

Quadro 37 – Fonte INE, Indicadores Económicos por região

O poder de compra nesta região é mais baixo do que a média nacional, a qualidade ambiental é superior.

NUTS 2002 completa (lista cumulativa - PT, NUTS I, II, III, CC, FR)	Período de referência dos dados	Esperança de vida à nascença (Anos) por Local de residência (NUTS - 2002); Anual	Taxa bruta de natalidade (‰) por Local de residência; Anual	Taxa bruta de mortalidade (‰) por Local de residência; Anual	Esperança de vida aos 65 anos (Metodologia 2007 - Anos) por Local de residência (NUTS - 2002); Anual
		Ano	‰	‰	Ano
Portugal	2007 – 2009	X	X	X	18,19
	2009	X	9,4	9,8	X
	2004	77,8	10,4	9,7	X
Continente	2007 – 2009	X	X	X	18,43
	2009	X	9,3	9,8	X
	2004	78,0	10,3	9,7	X
Cova da Beira	2007 – 2009	X	X	X	18,79
	2009	X	6,8	12,4	X
	2004	79,3	7,6	11,3	X

Esperança de vida à nascença (Anos) por Local de residência (NUTS - 2002); Anual - INE, Indicadores Demográficos

Taxa bruta de natalidade (‰) por Local de residência; Anual - INE, Indicadores Demográficos

Taxa bruta de mortalidade (‰) por Local de residência; Anual - INE, Indicadores Demográficos

Esperança de vida aos 65 anos (Metodologia 2007 - Anos) por Local de residência (NUTS - 2002); Anual - INE, Indicadores Demográficos

Quadro 38 – Fonte INE, Indicadores da População

A esperança de vida e a taxa de mortalidade nesta região é superior á média nacional, mas a taxa de natalidade é bastante inferior.

Local de residência	Período de referência dos dados	Índice de envelhecimento (N.º) por Local de residência; Anual	Índice de dependência de idosos (N.º) por Local de residência; Anual	Índice de longevidade (N.º) por Local de residência; Anual	Índice de dependência total (N.º) por Local de residência; Anual
		N.º	N.º	%	N.º
Portugal	2009	117,6	26,7	46,8	49,4
Continente	2009	120,3	27,1	46,9	49,7
Cova da Beira	2009	185,9	35,0	51,9	53,8

Índice de envelhecimento (N.º) por Local de residência; Anual - INE, Estimativas Anuais da População Residente

Índice de dependência de idosos (N.º) por Local de residência; Anual - INE, Estimativas Anuais da População Residente

Índice de longevidade (N.º) por Local de residência; Anual - INE, Estimativas Anuais da População Residente

Índice de dependência total (N.º) por Local de residência; Anual - INE, Estimativas Anuais da População Residente

Quadro 39 – Fonte INE, Indicadores da População

Analisando este quadro verificamos que, a população desta região está mais envelhecida e é mais dependente do que a média nacional.

Local de residência (à data dos Censos 2001)	Idade média (Anos) da população residente por Local de residência (à data dos Censos 2001); Decenal
	Período de referência dos dados
	2001
	Ano
Portugal	39,01
Continente	39,19
Cova da Beira	42,17

Idade média (Anos) da população residente por Local de residência (à data dos Censos 2001); Decenal - INE, Censos - séries históricas

Quadro 40 – Fonte INE, Indicadores da População

A idade média desta região é superior à do país em 3 anos, 42,17 na Cova da Beira para 39,01 anos, em Portugal.

Localização geográfica (NUTS - 2002)	Consultas por habitante (N.º) por Localização geográfica (NUTS - 2002); Anual
	Período de referência dos dados
	2009
	N.º
Portugal	4,4
Continente	4,5
Cova da Beira	5,0

Consultas por habitante (N.º) por Localização geográfica (NUTS - 2002); Anual - INE, Estatísticas dos Estabelecimentos de Saúde

Quadro 41 – Fonte INE, Indicadores da Saúde

Na Cova da Beira a média de consultas por habitante é também superior à média de Portugal.

Sexo	Grupo etário (Por ciclos de vida)	População média anual residente (N.º) por Local de residência, Sexo e Grupo etário (Por ciclos de vida); Anual		
		Período de referência dos dados		
		2009		
		Local de residência		
		Portugal	Continente	Cova da Beira
		N.º	N.º	N.º
HM	Total	10 632 481,5	10 140 124,5	90 387,0
	0 - 14 Anos	1 619 804,0	1 530 718,5	11 123,0
	15 - 24 Anos	1 194 247,5	1 123 844,5	9 769,5
	25 - 64 Anos	5 930 749,0	5 660 572,5	49 026,5
	65 E mais anos	1 887 681,0	1 824 989,0	20 468,0
H	Total	5 145 384,5	4 906 937,5	43 658,5
	0 - 14 Anos	830 610,5	784 780,5	5 719,0
	15 - 24 Anos	609 176,5	573 034,0	5 078,5
	25 - 64 Anos	2 917 631,0	2 784 599,0	24 524,5
	65 E mais anos	787 966,5	764 524,0	8 336,5
M	Total	5 487 097,0	5 233 187,0	46 728,5
	0 - 14 Anos	789 193,5	745 938,0	5 404,0
	15 - 24 Anos	585 071,0	550 810,5	4 691,0
	25 - 64 Anos	3 013 118,0	2 875 973,5	24 502,0
	65 E mais anos	1 099 714,5	1 060 465,0	12 131,5

População média anual residente (N.º) por Local de residência, Sexo e Grupo etário (Por ciclos de vida); Anual - INE, Estimativas Anuais da População Residente

Quadro 42 – Fonte INE, Indicadores da População

Nesta região há mais mulheres que homens e a faixa etária mais numerosa em ambos os sexos é a dos 25 – 64 anos.

Período de referência dos dados	NUTS 2002 completa (lista cumulativa - PT, NUTS I, II, III, CC, FR)	Internamentos por 1000 habitantes (N.º) por Localização geográfica (NUTS - 2002); Anual	Taxa de ocupação das camas (%) nos estabelecimentos de saúde por Localização geográfica (NUTS - 2002); Anual	Camas (N.º) dos hospitais por Localização geográfica; Anual (1)	Período de internamento (Dias) nos hospitais por Localização geográfica; Anual	Camas (lotação praticada) por 1000 habitantes (N.º) por Localização geográfica (NUTS - 2002); Anual	Camas (N.º) dos centros de saúde por Localização geográfica; Anual (1)
		N.º	%	N.º	Dia	N.º	N.º
2009	Portugal	113,9	77,6	35 593	10 123 895	3,4	484
	Continente	113,6	77,8	32 442	9 228 552	3,2	186
	Cova da Beira	148,3	77,9	342	97 284	3,8	0

Internamentos por 1000 habitantes (N.º) por Localização geográfica (NUTS - 2002); Anual

Taxa de ocupação das camas (%) nos estabelecimentos de saúde por Localização geográfica (NUTS - 2002); Anual

Camas (N.º) dos hospitais por Localização geográfica; Anual

Período de internamento (Dias) nos hospitais por Localização geográfica; Anual

Camas (lotação praticada) por 1000 habitantes (N.º) por Localização geográfica (NUTS - 2002); Anual

Camas (N.º) dos centros de saúde por Localização geográfica; Anual

Nota(s):

(1) O número de camas refere-se à lotação praticada.

Quadro 43 – Fonte INE, Indicadores da Saúde

Neste quadro salientamos que o número de internamentos por 1000 habitantes é bastante superior à da média nacional 148,3 para 113,9.

Período de referência dos dados	NUTS 2002 completa (lista cumulativa - PT, NUTS I, II, III, CC, FR)	Enfermeiros por 1000 habitantes (N.º) por Local de trabalho; Anual	Médicos por 1000 habitantes (N.º) por Local de residência; Anual
		N.º	N.º
2009	Portugal	5,6	3,8
	Continente	5,5	3,8
	Cova da Beira	6,3	2,3

Enfermeiros por 1000 habitantes (N.º) por Local de trabalho; Anual

Médicos por 1000 habitantes (N.º) por Local de residência; Anual

Quadro 44 – Fonte INE, Indicadores da Saúde

Nesta região o número de Enfermeiros é superior à média nacional enquanto o número de médicos é inferior.

Após análise destes dados estatísticos, podemos chegar a algumas conclusões, acerca da população residente na Cova da Beira, assim como de alguns indicadores da sua saúde. Quase metade da população esta concentrada nas cidades da região, sendo que a outra metade terá de fazer grandes distâncias para alcançar cuidados de saúde diferenciados. Esta situação agrava-se pelo menor poder económico que esta população possui.

A esperança de vida e a idade média é maior na região, assim como a taxa de longevidade, mas também o índice de dependência de terceiros. O que talvez explique que o numero de consultas por habitante, internamentos e a taxa de ocupação das camas hospitalares é superior á média nacional. Nesta região os Centros de Saúde não possuem camas pelo que recai sobre a unidade hospitalar essa responsabilidade.

Sendo o índice de envelhecimento maior é também maior a taxa de mortalidade, que conjugada com uma taxa de natalidade mais reduzida em comparação com a média nacional, terá necessariamente que induzir a uma desertificação populacional desta região.

O número de enfermeiros por 1000 habitantes está ligeiramente acima da média nacional, mas o número de médicos está abaixo dessa média.

3.1 – CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO

O CHCB é um Estabelecimento Público do Serviço Nacional de Saúde, de natureza empresarial, sendo uma Pessoa Colectiva dotada de autonomia administrativa, financeira e patrimonial nos termos do D.L. nº 588/99, de 17 de Dezembro, e do artigo 18º, do anexo da Lei nº 27/2002, de 8 de Novembro.

O CHCB tem sede na Quinta do Alvito, Alameda Pêro da Covilhã, 6200 – 251, Covilhã.

O Centro Hospitalar Cova da Beira, engloba duas unidades hospitalares que são:

- Hospital Pêro da Covilhã, na Covilhã
- Hospital do Fundão, no Fundão

A área de influência do CHCB e consequentemente o seu SU é a da população servida pelos Centros de Saúde dos concelhos da Covilhã, Fundão, Belmonte e uma parte do concelho de Penamacor.

Segundo o Regulamento Interno o CHCB tem por missão:

1. Prestar cuidados de saúde, com eficiência, qualidade, em tempo útil e a custos socialmente comportáveis, à população da sua área de influência e a todos os cidadãos em geral.
2. Desenvolve ensino de alta responsabilidade, por ser Hospital nuclear da Faculdade de Ciências da Saúde, da Universidade da Beira Interior, nos termos do Protocolo nº 11/2001, publicado em Diário da República, IIª Série, de 16 de Abril de 2006.
3. Participa, no ensino médico pré e pós graduado, e colabora com as Escolas Superiores de Enfermagem e Escolas Superiores de Tecnologias da Saúde, e outras com as quais venham a ser celebrados protocolos.

O CHCB, E.P.E., desenvolve-se em torno do primado do doente, em primeiro lugar traduzindo uma cultura orientadora de cuidados personalizados e de excelência, tendo por objectivos:

- a) Prestar cuidados de saúde de qualidade, acessíveis, em tempo oportuno, e em ambiente humanizado;
- b) Desenvolver um nível de ensino das ciências médicas, de enfermagem, e das tecnologias da saúde, e outras, consentâneo com os padrões nacionais e internacionais;
- c) Desenvolver a investigação clínica e científica, promovendo a afirmação internacional da ciência Portuguesa e contribuindo para suportar iniciativas empresariais credíveis, nas áreas das tecnologias da saúde;
- d) Eficácia e eficiência num quadro de desenvolvimento económico e financeiro sustentável;

- e) Cumprir os contratos programa e os planos de acção;
- f) Desenvolver projectos de prestação de cuidados de saúde em ambulatório e no domicílio, para minimizar o impacto de hospitalização;
- g) Desenvolver e fomentar a integração de cuidados de saúde, através da colaboração activa com os Centros de Saúde da área de influencia, garantindo dessa forma a complementaridade dos cuidados prestados aos cidadãos e promovendo sinergias entre estabelecimentos hospitalares, com vista à rentabilização e à melhoria dos cuidados de saúde prestados;
- h) Desenvolver funções de formação, consideradas necessárias ao desempenho dos seus colaboradores, assegurando o seu desenvolvimento profissional;

No desenvolvimento da sua actividade, o CHCB, E.P.E. e os seus colaboradores regem-se pelos seguintes princípios:

- a) Legalidade, Igualdade, Proporcionalidade, colaboração e da Boa fé;
- b) Humanismo, tanto no relacionamento com os utentes, como com os colegas de trabalho;
- c) Respeito pela dignidade Humana;
- d) Qualidade na acção, assegurando os melhores níveis de serviço e de resultados;
- e) Competência e da responsabilidade

Os valores estruturais e duradouros que orientam o comportamento e a actuação do CHCB, E.P.E. são:

- a) Atitude centrada no doente e na promoção da saúde da comunidade, respeitando os valores do individuo/utente e da família;
- b) Cultura de excelência técnica, científica e do conhecimento, como um valor a prosseguir continuamente;
- c) Cultura interna de multidisciplinaridade e de bom relacionamento no trabalho;
- d) Responsabilidade Social, contribuindo para a optimização na utilização dos recursos e da capacidade instalada

3.2 – CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO DE URGENCIA GERAL DO CHCB

O Serviço de Urgência Geral do Hospital Pêro da Covilhã é um serviço multidisciplinar que tem como objectivo a prestação de cuidados de saúde em todas as situações enquadradas nas definições de urgência e emergência médicas.

De acordo com estas normas funciona 24 horas por dia como urgência geral polivalente de adultos e no período das 00:00 horas às 08:00 também engloba doentes pediátricos.

A UG subdivide-se em áreas principais de serviços de acordo com as necessidades específicas e circuito de gestão de doentes:

- a) Serviço de admissão de doentes
- b) Sala de espera para doentes ambulatoriais não urgentes e acompanhantes
- c) Gabinete de informações
- d) Gabinete do serviço social
- e) Triagem de prioridades
- f) Área de reanimação
- g) Área de equipa da viatura médica de emergência e reanimação
- h) Sala de espera de doentes urgentes
- i) Área de triagem médica (2 gabinetes de consulta, sala de apoio de enfermagem)
- j) Área médica (3 gabinetes de consulta para especialidades medicas e sala de apoio de enfermagem, com monitorização e capacidade para suporte avançado de vida, gabinete de ECG e sala de pessoal)
- k) Área ortopédica (gabinete de consulta e sala de gessos)
- l) Área cirúrgica (gabinete de consulta e sala de pequena cirurgia)
- m) Área urológica (gabinete de consulta e sala de tratamento)
- n) Área de observação
- o) Área de direcção

Apresenta-se em anexo, (anexo 1, pág. 122) a planta do SU do CHCB, e a respectiva legenda para consulta.

O serviço de UG do Hospital Pêro da Covilhã funciona 24 horas por dia com a missão de prestar cuidados de saúde aos doentes emergentes e urgentes.

Os objectivos do serviço de UG são:

- a) Não existirem queixas com relevância clínica.
- b) Manter o número de readmissões igual ou inferior a 4%.
- c) Manter, por intermédio de auditorias, o número de doentes correctamente triados (acima dos 80%).
- d) Todo o doente observado no serviço de UG tem de estar inscrito administrativamente.
- e) Todo o doente admitido no serviço de UG tem de estar triado.
- f) É desejável não existir mais de 10 doentes em lista para serem triados.
- g) Os doentes são observados respeitando o protocolo de Encaminhamento e o Protocolo de triagem de Manchester (Vermelho – imediato; Laranja – 10 minutos; Amarelo – 60 minutos; Verde – 120 minutos; Azul – 240 minutos).
- h) Todos os MCDT devem respeitar as prioridades atribuídas pela triagem.
- i) A demora média do episódio clínico (primeira observação médica/decisão clínica) não deverá ultrapassar as 4 horas.
- j) Se for previsível que a demora do episódio ultrapasse e/ou quando ultrapasse as 12 horas o doente deve ser internado nas zonas disponíveis para o efeito.
- k) A todo o doente com alta devem ser explicados com clareza pelo médico a nota de alta e receituário, sendo também portador dos MCDT disponíveis (excepto em situações com eventual implicação Médico – legal)
- l) A decisão clínica deve ser fundamentada em protocolos clínicos.

Existe no serviço de UG uma Unidade de Internamento de Curta Duração (UICD), também comumente denominada de serviço de Observações (SO), que tem como principal objectivo estabilizar clinicamente os doentes provenientes das áreas de atendimento especializado e reanimação.

A admissão do doente à UICD obedece aos critérios clínicos definidos para o internamento de doentes e á prévia autorização do médico chefe de equipa que informará o enfermeiro de serviço na unidade.

Por norma nenhum doente já internado deve descer para a UICD.

Esta unidade de internamento está dotada de 5 camas, sendo uma de isolamento. Todas as unidades de doente são monitorizadas e têm disponíveis gases medicinais (oxigénio, ar comprimido e vácuo).

A equipa é constituída pelo médico da especialidade que interna o doente, um enfermeiro e um auxiliar de acção médica.

A demora média de internamento na UICD é desejável situar-se entre as 24 e as 48 horas. O objectivo não será estabelecer um diagnóstico definitivo mas sim estabilizar funções vitais, de modo a que o doente possa ser transferido.

Após 48 horas de permanência na UICD preconiza-se que seja efectuado o internamento na especialidade responsável, mesmo que o doente tenha de permanecer provisoriamente na UICD.

A transferência de doentes para outras unidades de internamento deve ser efectuada administrativa e informaticamente. Após este registo o enfermeiro passa telefonicamente o doente ao colega da unidade de internamento que o vai receber e solicita ao AAM que o transporte ao respectivo serviço.

As visitas à UICD estão sujeitas a uma inscrição prévia, a efectuar junto do serviço informativo. Preconiza-se que seja efectuada no horário normal de visitas estipulado no CHCB. É proporcionada a duas pessoas por doente durante um curto período de tempo (5 a 10 minutos), devendo por isso ser reservadas para familiares directos.

A informação sobre a evolução do estado clínico é prestada pelo médico responsável pelo doente. Qualquer informação solicitada pelos familiares e que não exceda o âmbito da Enfermagem deve ser prestada pelo enfermeiro de serviço.

A equipa de Enfermagem é constituída por 6 elementos nos turnos das 08 - 16 horas e das 16 – 00 horas e por 4 elementos no turno das 00 – 08 horas, distribuídos de acordo com escala mensal pela, UICD, posto de triagem, áreas funcionais e reanimação. Há um

enfermeiro responsável do serviço de UG. Por cada turno existe um elemento responsável de equipa.

Os objectivos do enfermeiro responsável do serviço de UG são:

- 1) Determinar as necessidades em enfermeiros, tendo em vista os Cuidados de Enfermagem a prestar, cabendo-lhe a responsabilidade de os distribuir e adequar às necessidades existentes, nomeadamente através da elaboração de horários e planos de férias.
- 2) Orientar e supervisionar os Cuidados de Enfermagem prestados aos doentes em todas as áreas do serviço de UG.
- 3) Planear e concretizar, com a equipa de Enfermagem, acções que visem a melhoria da qualidade dos Cuidados de Enfermagem, procedendo à respectiva avaliação.
- 4) Determinar as necessidades em AAM, cabendo-lhes a responsabilidade de os distribuir e adequar às necessidades existentes, nomeadamente através de horários e planos de férias.
- 5) Supervisionar o cumprimento das actividades dos AAM, tendo em conta as normas de procedimento para o serviço e da comissão de controlo de infecção.

As funções do enfermeiro responsável do serviço de UG são:

- a) Promove e colabora na definição ou actualização de normas e critérios para a prestação de Cuidados de Enfermagem.
- b) Incrementa métodos de trabalho que favoreçam um melhor nível de desempenho do pessoal de Enfermagem e responsabilizar-se pela garantia da qualidade dos Cuidados de Enfermagem prestados.
- c) Planeia e concretiza com a equipa a integração de novos elementos no serviço.
- d) Conhece os custos dos recursos utilizados na prestação de cuidados na unidade e encontra mecanismos que garantam a sua utilização correcta e o controlo dos gastos efectuados.
- e) Responsabiliza-se pela concretização, na unidade de cuidados, das políticas ou directivas formativas emanadas pelo órgão de gestão do estabelecimento ou serviço.

- f) Promove a manutenção e reparação do equipamento.
- g) Participa nas comissões de escolha de material e equipamento para prestação de cuidados no serviço.
- h) Favorece boas relações interpessoais na equipa de Enfermagem e outro pessoal.
- i) Avalia o pessoal de Enfermagem e AAM.
- j) Promove a divulgação no serviço da informação com interesse para os Enfermeiros e AAM.
- k) Responsabiliza-se pela concretização dos compromissos assumidos pelo órgão de gestão do estabelecimento ou serviço com os estabelecimentos de ensino, relativamente à formação básica e pós-básica de Enfermeiros.
- l) Supervisiona o cumprimento do plano de trabalho do pessoal do serviço (enfermeiros e AAM)
- m) Reúne periodicamente com a equipa de Enfermagem
- n) Reúne periodicamente com a equipa de AAM
- o) Supervisiona o consumo de estupefacientes, providencia a reposição semanal e comunica falhas.
- p) Detecta necessidades de formação em serviço e colabora na execução do plano de formação.
- q) Assegura o correcto registo de todo o material entrado ou saído do serviço, por empréstimo, facilitando a sua recuperação e devolução.

Os objectivos do enfermeiro responsável de equipa são:

- 1) Resolver problemas pontuais, técnicos ou disciplinares dos enfermeiros e dos AAM durante o turno, na ausência do enfermeiro responsável.
- 2) Orientar e supervisionar a equipa de enfermagem apoiando-a e incentivando-a na prestação de cuidados de enfermagem personalizados aos doentes, no cumprimento das normas e critérios adoptados pelo serviço.

Globalmente, são funções dos enfermeiros responsáveis de equipa as seguintes:

- a) Distribuir os enfermeiros pelos postos de trabalho de acordo com a rotação acordada com a equipa.
- b) Responsabilizar-se pela integração de novos elementos na equipa, mesmo quando esta esteja delegada noutro elemento.

- c) Assegurar a manutenção e o bom funcionamento dos carros de urgência.
- d) Prestar cuidados de enfermagem aos doentes que lhe estejam atribuídos.
- e) Coordenar a actuação da equipa de enfermagem numa situação de urgência.
- f) Manter actualizado o plano de doentes
- g) Supervisionar o consumo e executar o registo de estupefacientes.
- h) Assistir e participar nas reuniões de passagem de turno e transmitir todas as informações que considere relevantes para o bom funcionamento do turno seguinte.
- i) Registar durante os turnos todas as ocorrências importantes em livro próprio, com a respectiva data, hora e forma como foi resolvida (acidentes de serviço, transferência de doentes do internamento, avarias de equipamento, entre outros).
- j) Assegurar o seguimento de turnos, sempre que necessário, tanto de enfermeiros como de AAM, de modo a assegurar a dotação mínima estabelecida para cada turno.
- k) Deve informar o enfermeiro responsável do serviço relativamente a situações anómalas ao serviço, bem como solicitar ajuda sempre que necessário, seja por falta de recursos humanos ou materiais, saídas de profissionais para acompanhamento de doentes nas transferências intra-hospitalares.

O objectivo chave do enfermeiro é prestar cuidados de enfermagem autónomos e/ou dependentes de prescrição de outros membros da equipa de reanimação a doentes em risco de vida e de acordo com as normas e procedimentos do serviço de UG.

As funções principais do enfermeiro são:

- a) Colaborar em actos clínicos.
- b) Participar em manobras de reanimação cárdio-respiratória.
- c) Efectuar registos de enfermagem de forma cronológica.

Todos os profissionais de saúde que trabalham no serviço de UG estão abrangidos pelos seguintes princípios base:

- 1) Respeito pelos doentes e acompanhantes mantendo sempre postura e discurso apropriado.
- 2) Apresentarem-se no serviço correctamente fardados e identificados.

- 3) Respeitem as normas de acesso ao serviço (apresentação do cartão de livre trânsito à entrada.
- 4) Manter o respeito pela privacidade, diferença cultural, religiosa ou étnica e pelos doentes com problemas de comunicação, deficiências mentais ou motoras.
- 5) Manter o sigilo profissional em relação às situações clínicas com que se confrontam.
- 6) Todos os profissionais de saúde deverão respeitar a lei de protecção de bases de dados informáticos. A violação, cópia não autorizada, é punida por lei.
- 7) O acesso aos processos clínicos está vedado a pessoas estranhas ao serviço (profissionais de saúde ou não) devendo ser solicitado à direcção clínica do CHCB.
- 8) É obrigatório em todos os postos de trabalho existir rendição com passagem de informação ao turno seguinte.
- 9) Se o elemento que recebe o turno não comparecer atempadamente o profissional de saúde não pode abandonar o seu posto de trabalho, devendo alertar de imediato a sua chefia para esta proceder em conformidade.
- 10) Os profissionais não abandonam os postos de trabalho sem a autorização da respectiva chefia de equipa.
- 11) Em caso de doença ou impedimento deverá o profissional avisar o serviço com o máximo tempo possível para efectivar a sua substituição.
- 12) O não aviso dessa falta ao serviço será considerado como falta injustificada e contará do cadastro do funcionário.
- 13) O serviço de UG existe para tratamento de doentes urgentes pelo que está vedada a sua utilização para realização de actividade programada devendo estar canalizada para as áreas do hospital previstas para esse efeito.
- 14) Todos os profissionais de saúde que não estão fisicamente no serviço de UG e que estão contactáveis por telemóvel devem responder após contacto num prazo máximo de 15 minutos. Se por questões da sua actividade lhe for de todo impossível fazê-lo devem solicitar a outro funcionário para o fazer para avaliação do grau de urgência desse contacto.
- 15) Os profissionais que fazem o contacto devem registar no processo clínico a hora a que foi efectuado.

- 16) É obrigatório o registo de assiduidade no livro de ponto até o primeiro dia útil do mês seguinte, para evitar atrasos no processamento dos ordenados.
- 17) Após o horário normal de trabalho a direcção do serviço de UG é substituída pelas chefias das respectivas equipas.
- 18) É recomendável sair do sistema informático retirando a palavra-passe do sistema. O profissional que após ter realizado um registo não encerrar a sua palavra-passe poderá ser responsabilizado por actos que não cometeu.
- 19) Toda a ocorrência que o funcionário do serviço de UG acha que justifique a participação à sua chefia deverá fazê-lo por escrito com cópia para a direcção do serviço.

O não cumprimento do regulamento sujeita os profissionais a sanções disciplinares, penais e/ou legais.

4 – METODOLOGIA

A metodologia que nos propomos utilizar é a seguinte, realizar uma revisão bibliográfica acerca do cálculo de dotação de Enfermeiros, com especial ênfase nos Serviços de Urgência, legislação existente, sistema de classificação de doentes em cuidados de Enfermagem.

Caracterização do serviço onde se vai realizar o estágio (SU do CHCB), a sua área de influencia, principais actividades de Enfermagem desenvolvidas no referido serviço.

Levantamento exaustivo do número de episódios de Urgência no serviço de Urgência Geral do CHCB, ao longo do ano de 2010, levantamento esse que será feito através dos dados estatísticos do programa informático ALERT, usado no referido serviço.

Após esta recolha de dados, os mesmos serão tratados com os programas informáticos SPSS e Excel, para análise e verificação de eventuais flutuações no número de atendimentos que possam justificar ajustes no número de enfermeiros, em dias ou horários específicos, para a correcta prestação de cuidados com os níveis de qualidade que são exigidos.

Será então feita uma avaliação dos resultados, prevendo-se que haja uma flutuação, do número de episódios de urgência assinalável por dias da semana, e horas do dia. Prevemos também que a dotação de enfermeiros seja inferior àquilo que é recomendado pelas novas directrizes.

Nas conclusões a que chegaremos no final do relatório de estágio, temos expectativas de que possam contribuir para uma melhoria dos cuidados de Enfermagem prestados aos utentes que procuram o SU do CHCB. Contribuir para uma maior satisfação dos próprios enfermeiros que prestam cuidados no referido serviço, na prossecução dos mais elevados padrões de qualidade que são preconizados pela instituição.

Pensamos também que os resultados alcançados possam ser uma mais-valia para uma gestão mais adequada às reais necessidades de cuidados de Enfermagem que são prestados neste serviço.

A metodologia que nos propomos utilizar, é baseada no Sistema de Classificação de Doentes em Enfermagem, (SCD/E), que permite um cálculo em termos de horas necessárias em cuidados de Enfermagem, para posteriormente adequar as dotações ao serviço de Urgência Geral do CHCB.

Macaia, Damas (2005:9) refere que:

“Com a intenção de melhorar o planeamento do pessoal de enfermagem surgiu a necessidade de se criar um instrumento de gestão de RH, que permita adequar a gestão dos enfermeiros às necessidades dos doentes. Assim, começou a ser desenvolvido desde 1984, o Sistema de Classificação de Doentes baseado em níveis de dependência de cuidados de enfermagem (SCD/E), que tem sido implementado gradualmente nos hospitais da rede do SNS e nestes igualmente de forma gradual nos diferentes serviços de internamento, servindo de instrumento de apoio aos gestores, quer na tomada de decisão relativa à introdução de medidas correctivas e no planeamento da admissão de novos enfermeiros, quer na fundamentação para actualizar o quadro de pessoal, no contexto orçamental da instituição.”

A mesma autora chega á seguinte conclusão:

” Após a análise dos resultados chegámos a conclusão de que existe uma relação linear significativa entre a informação do SCD/E e o número de enfermeiros distribuídos nos serviços de internamento, sendo o modelo, na sua globalidade, estatisticamente significativo na explicação da variabilidade do número de enfermeiros disponíveis nas unidades de internamento para prestar os cuidados de enfermagem. Os parâmetros do modelo “horas de cuidados necessárias por dia de internamento (HCN/DI)” e “horas de cuidados prestados por dia de internamento (HCP/DI)” são os que mais contribuem na explicação deste fenómeno.”

O SCD/E é um objecto que estabelece um processo de planeamento de recursos humanos, factor que consubstancia a escolha desta metodologia para a realização deste trabalho.

A Enfermagem por ser apreciada como ciência e arte, está sempre atrelada aos mais variados ramos do conhecimento, dentre eles, a ciência da administração coopera com uma parcela que se consolida, principalmente, na administração do pessoal de Enfermagem, (Filha, Aida de Carvalho, et al, 2010: 2).

A mesma autora citando Antunes e Costa (2003) refere que:

“O dimensionamento do pessoal de Enfermagem é um assunto que hoje em dia, está sendo discutido e analisado nos fóruns e na literatura de Enfermagem. Esse maior empenho pelo assunto tem ocorrido porque as instituições carecem adequar seus gastos com pessoal a uma nova situação cujos recursos financeiros são insuficientes, necessitando aprimorar o serviço prestado ou implantar novos métodos de assistência.”

As metodologias que nos propomos utilizar estão em linha com o que sugere Kurcgant, Paulina (1991), para o cálculo da dotação de pessoal de Enfermagem nos diferentes serviços de saúde, devendo observar os passos seguintes:

- 1) Caracterização da instituição
- 2) Caracterização do serviço de Enfermagem
- 3) Caracterização dos utilizadores/clientes do serviço
- 4) Cálculo do pessoal
- 5) Avaliação do processo

Na caracterização da instituição é importante conhecer a sua filosofia, objectivos e as diversas propostas de assistência fazendo o levantamento dos recursos humanos, materiais, físicos, sociais e económicos que têm influência na instituição.

A caracterização do serviço de Enfermagem deve incluir a análise da filosofia, dos objectivos, programas e propostas. Verificar as horas de trabalho semanal, distribuição da equipe pelas 24 horas, analisar as diversas actividades desenvolvidas nos diferentes turnos de trabalho, assim como o método de trabalho existente. Deve ter em consideração a taxa de absentismo devido a faltas, dispensas, férias e licenças.

A caracterização dos utentes da unidade de saúde deve ser feito através de factores epidemiológicos da população que faz parte da área de influência da instituição e através do sistema de classificação de doentes, que permita calcular as necessidades de cuidados directos e indirectos de Enfermagem.

O cálculo do pessoal de Enfermagem faz-se através da aplicação de fórmula que compreende força média de trabalho de Enfermagem necessária para cada tipo de cuidado, número de utentes, etc.

A avaliação de todo este processo deve ser feita de forma contínua, pois o dimensionamento dos recursos humanos é dinâmico, complexo e tem interferência dos diversos factores abordados.

Pensamos que através desta metodologia se consegue obter um cálculo da dotação de Enfermeiros, utilizando instrumentos administrativos lógicos, de forma eficaz, eficiente e económica, possibilitando influenciar a determinação do modelo de gestão do pessoal de Enfermagem.

A identificação e a medição da produção tem sido um aspecto fundamental para a investigação em gestão de serviços de saúde. Tem-se revelado muito difícil a medição da produção dos sectores incluídos numa instituição de saúde que compreende sectores tão díspares como consultas externas, serviço de urgência, hospital de dia, centros de saúde, etc.

O planeamento nomeadamente na vertente dos recursos humanos é fundamental para os Enfermeiros que estão envolvidos no papel de gestão dos serviços:

“ Cabe aos Enfermeiros gestores refletirem sobre a compreensão que têm do planeamento como um dos instrumentos gerenciais, relevantes para a assistência e organização dos serviços, e analisarem se os pressupostos predominantes na visão sistémica aqui explorada, se adequam ao modelo de gestão adotado na instituição de saúde onde actua.” (Kurcgant et al, 2006: 355)

O planeamento é baseado na antecipação das tomadas de decisão e é dirigido para os resultados, estabelecimento de prioridades e para a mudança. Impõe a racionalização dando rumos à organização, estabelece coordenação e integração entre as diferentes unidades de trabalho.

Perante “ os desafios que a Enfermagem precisa superar estão, entre outros, a política de recursos humanos, que intervêm expressivamente em algumas normas do serviço de Enfermagem e o baixo domínio na tomada de decisão da Enfermeira sobre a contratação.” (Filha, Aida; et al, 2010: 13) devem os Enfermeiros com base em estudos, tomar consciência de que devem ter um papel mais activo na definição das políticas de recursos humanos das diversas instituições de saúde.

4.1 – CARACTERIZAÇÃO DOS ATENDIMENTOS NO SU DO CHCB

Número de atendimentos por turno no ano 2010 no SU do CHCB

2010							
Turno	0 – 4 H	4 – 8 H	8 – 12H	12 – 16 H	16 – 20 H	20 – 24 H	Total
Atendimentos	3499	2896	20688	16945	13463	9141	66632
Percentagem	5,251 %	4,346 %	31,048 %	25,430 %	20,205 %	13,718 %	100 %

Quadro 1 – Nº de atendimentos por turno no ano 2010

Da análise a este quadro o número total de atendimentos no Serviço de Urgência Geral do CHCB é de 66632, no ano de 2010, o turno com mais atendimentos é o período das 8 – 12 h e com menos é o das 4 – 8 h. O turno da manhã 8 – 16h tem perto de 56,5% dos atendimentos diários e o período das 8 – 20 h representa mais de 76,5% dos atendimentos diários. Sendo que no turno da noite 0 – 8 h há 9,6% de atendimentos o no turno das 20 – 8 h há 23,3% do total de atendimentos. A procura por parte da população do SU é feita essencialmente no período diurno.

	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AG	SET	OUT	NOV	DEZ
média	29,6	29,8	31,7	31,3	29,3	31,2	32,3	33,3	28,9	28,9	27,9	30,8
mín	1	3	2	2	2	3	4	4	2	4	2	3
máx	81	83	77	77	81	85	79	80	68	71	73	78
mediana	30,5	28,25	31	31,75	30	30,5	32,5	33,5	29,5	28	27,5	28,5
desv padrão	20,248	21,611	22,953	21,108	19,364	19,438	19,632	21,102	19,292	20,063	20,341	21,809

Quadro 2 – Estatísticas descritivas por mês

Como se pode observar, os dados contidos neste quadro incluem os números médios, mínimos, máximos, mediana e desvio padrão do total dos atendimentos por

turno e por mês no ano de 2010. Fazendo uma análise a estes dados podemos verificar que o número de atendimentos não sofre grandes oscilações ao longo dos meses. Assim como as variações por turno são também bastantes regulares, a média de atendimentos varia entre 27,9 em Outubro e 33,3 em Agosto. O número mínimo de atendimentos varia entre 1 e 4, sendo que a maioria é 2, o máximo de atendimentos varia entre 85 em Junho e 68 em Setembro. A mediana varia entre 27,5 em Novembro e 33,5 em Agosto. O desvio padrão tem uma distribuição normal variando entre 19,292 em Setembro e 21,809 em Dezembro.

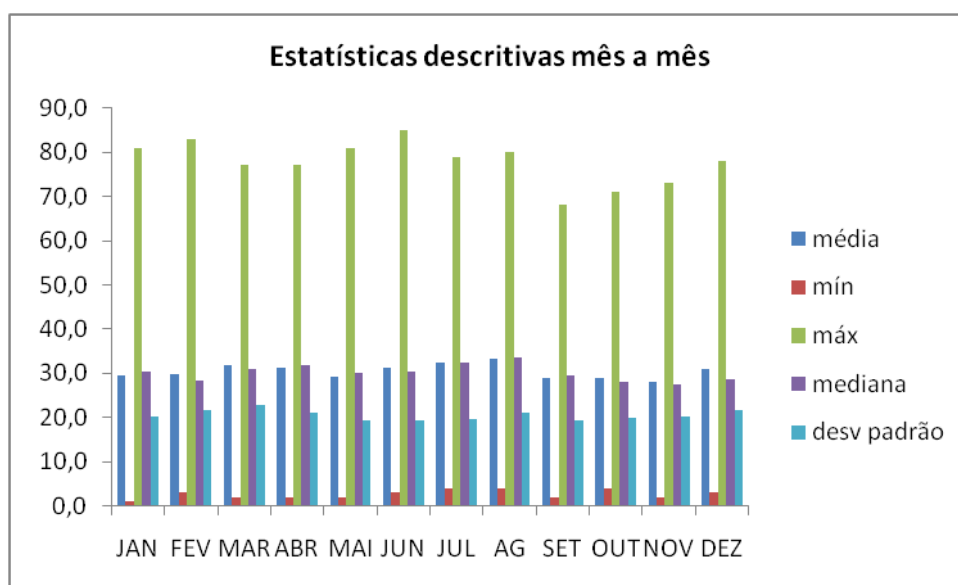


Gráfico 1 – Estatísticas descritivas por mês

Observando este gráfico verifica-se o anteriormente referido, não há grandes variações no número de atendimentos ao longo do ano de 2010, apenas nos números do máximo de atendimentos se verificam ligeiras oscilações.

	Sex	Sáb	Dom	Seg	Ter	Qua	Qui	Sex	Sáb	Dom	Seg	Ter	Qua	Qui	Sex	Sáb	Dom	Seg	Ter	Qua	Qui	Sex	Sáb	Dom	Seg	Ter	Qua	Qui	Sex	Sáb	Dom
Estáticas Descritivas por dia do mês JANEIRO	Dia 1	Dia 2	Dia 3	Dia 4	Dia 5	Dia 6	Dia 7	Dia 8	Dia 9	Dia 10	Dia 11	Dia 12	Dia 13	Dia 14	Dia 15	Dia 16	Dia 17	Dia 18	Dia 19	Dia 20	Dia 21	Dia 22	Dia 23	Dia 24	Dia 25	Dia 26	Dia 27	Dia 28	Dia 29	Dia 30	Dia 31
Média	28,0	37,8	27,8	32,0	30,7	30,0	27,2	30,5	27,5	18,0	26,5	27,7	32,0	28,5	34,2	30,3	27,5	37,8	33,2	29,0	30,0	27,3	29,2	24,5	33,5	28,3	25,2	34,0	32,0	31,3	26,5
Mínimo	14	8	10	4	5	6	12	5	7	7	6	5	4	5	5	3	8	12	6	1	7	6	7	5	8	6	2	3	5	2	8
Máximo	39	81,0	48	68	52	65	56	61	43	30	47	46	55	56	67	62	60	68	63	72	50	50	49	39	62	60	52	63	52	53	46
Mediana	30	33	26	31,5	36,5	31	23	30,5	30,5	16,5	27	31,5	35,5	26	35	31	21	33	35,5	25,5	32,5	29	29,5	27	33	24,5	23	40	36,5	35	30
Desvio-padrão	10,918	28,3	16,290	25,417	21,500	21,817	16,327	22,188	16,183	8,741	18,382	18,140	21,568	20,840	25,206	23,972	20,695	24,766	22,781	26,138	19,026	16,955	18,236	13,708	23,535	22,967	20,971	25,076	20,775	20,829	15,489

Quadro 3 – Estatística descritiva no mês de Janeiro de 2010

Analisando este quadro verifica-se que em Janeiro a média de atendimentos varia entre 18 e 37,8 o mínimo varia entre 1 e 14, o máximo entre 30 e 81, a mediana entre 21 e 36,5 e o desvio padrão entre 8,741 e 28,3. Relativamente aos dias da semana não parece haver um dia específico cujos valores e desvio padrão sejam consistentemente repetidos.

Estatísticas Descritivas por turno do mês JANEIRO	Média	Mínimo	Máximo	Mediana	Desvio-padrão
Turno 0-4h	9,1	2	17	9	3,763
Turno 4-8h	7,0	1	14	7	3,157
Turno 8-12h	52,8	30	81	52	11,596
Turno 12-16h	48,0	26	68	48	9,326
Turno 16-20h	37,1	19	49	37	8,678
Turno 20-24h	23,6	13	34	24	5,123

Quadro 4 – Estatística descritiva por turno no mês de Janeiro de 2010

Neste quadro relativo aos atendimentos por turno em Janeiro quanto maior é a média de atendimentos assim é o desvio padrão. O turno com menor média é o das 4 -8 h e com a maior é o das 8 – 12 h.

	Seg	Ter	Qua	Qui	Sex	Sáb	Dom	Seg	Ter	Qua	Qui	Sex	Sáb	Dom	Seg	Ter	Qua	Qui	Sex	Sáb	Dom	Seg	Ter	Qua	Qui	Sex	Sáb	Dom
Estatísticas Descritivas por dia do mês FEVEREIRO	Dia 1	Dia 2	Dia 3	Dia 4	Dia 5	Dia 6	Dia 7	Dia 8	Dia 9	Dia 10	Dia 11	Dia 12	Dia 13	Dia 14	Dia 15	Dia 16	Dia 17	Dia 18	Dia 19	Dia 20	Dia 21	Dia 22	Dia 23	Dia 24	Dia 25	Dia 26	Dia 27	Dia 28
Média	36,2	32,5	30,3	28,3	32,0	32,8	30,3	34,8	26,2	26,3	32,3	33,7	32,8	26,0	25,5	28,7	32,7	28,0	27,8	29,0	28,0	31,8	31,7	29,3	25,8	30,7	26,3	25,0
Mínimo	3	9	7	6	7	9	13	5	6	4	9	8	6	6	3	5	5	4	7	7	3	8	5	5	7	4	9	5
Máximo	83	55	64	50	61	70	50	63	54	51	71	64	55	47	53	50	69	64	46	52	66	65	61	56	51	53	49	58
Mediana	28,5	32	30	30	26	28	29,5	34,5	22,5	24,5	30,5	35	38,5	25,5	25,5	30	25	23,5	30,5	30	27,5	27	31,5	26,5	24	34,5	22	20
Desvio-padrão	32,369	20,560	21,040	18,446	24,282	23,164	15,996	25,530	19,343	20,539	23,149	21,951	21,885	16,817	19,491	20,704	27,725	24,585	18,148	19,380	23,392	22,868	22,624	23,619	19,135	19,664	18,085	20,601

Quadro 5 – Estatística descritiva no mês de Fevereiro de 2010

Analisando este quadro verifica-se que em Fevereiro a média de atendimentos varia entre 25 e 36,2 o mínimo varia entre 3 e 13, o máximo entre 46 e 83, a mediana entre 20 e 38,5 e o desvio padrão entre 15,996 e 32,369. Relativamente aos dias da semana não parece haver um dia específico cujos valores e desvio padrão sejam consistentemente repetidos.

Estatísticas Descritivas por turno do mês FEVEREIRO	Média	Mínimo	Máximo	Mediana	Desvio-padrão
Turno 0-4h	8,7	3	16	8	2,842
Turno 4-8h	7,0	3	13	7	2,701
Turno 8-12h	56,1	37	83	54,5	10,430
Turno 12-16h	50,4	39	66	49,5	7,828
Turno 16-20h	35,8	27	52	35	5,801
Turno 20-24h	20,9	12	35	20	6,475

Quadro 6 – Estatística descritiva por turno no mês de Fevereiro de 2010

Neste quadro relativo aos atendimentos por turno em Fevereiro quanto maior é a media de atendimentos assim é o desvio padrão. O turno com menor média é o das 4 -8 h e com a maior é o das 8 – 12 h.

	<i>Seg</i>	<i>Ter</i>	<i>Qua</i>	<i>Qui</i>	<i>Sex</i>	<i>Sáb</i>	<i>Dom</i>	<i>Seg</i>	<i>Ter</i>	<i>Qua</i>	<i>Qui</i>	<i>Sex</i>	<i>Sáb</i>	<i>Dom</i>	<i>Seg</i>	<i>Ter</i>	<i>Qua</i>	<i>Qui</i>	<i>Sex</i>	<i>Sáb</i>	<i>Dom</i>	<i>Seg</i>	<i>Ter</i>	<i>Qua</i>	<i>Qui</i>	<i>Sex</i>	<i>Sáb</i>	<i>Dom</i>	<i>Seg</i>	<i>Ter</i>	<i>Qua</i>
<i>Estatísticas Descritivas</i> por dia do mês MARÇO	<i>Dia 1</i>	<i>Dia 2</i>	<i>Dia 3</i>	<i>Dia 4</i>	<i>Dia 5</i>	<i>Dia 6</i>	<i>Dia 7</i>	<i>Dia 8</i>	<i>Dia 9</i>	<i>Dia 10</i>	<i>Dia 11</i>	<i>Dia 12</i>	<i>Dia 13</i>	<i>Dia 14</i>	<i>Dia 15</i>	<i>Dia 16</i>	<i>Dia 17</i>	<i>Dia 18</i>	<i>Dia 19</i>	<i>Dia 20</i>	<i>Dia 21</i>	<i>Dia 22</i>	<i>Dia 23</i>	<i>Dia 24</i>	<i>Dia 25</i>	<i>Dia 26</i>	<i>Dia 27</i>	<i>Dia 28</i>	<i>Dia 29</i>	<i>Dia 30</i>	<i>Dia 31</i>
<i>Média</i>	39,8	35,2	31,8	36,5	31,7	27,3	24,2	33,0	30,0	33,7	33,3	35,2	28,7	25,0	34,7	33,3	33,3	33,0	29,5	27,8	27,2	32,5	32,7	31,0	26,3	28,2	28,5	30,7	35,0	37,7	36,0
<i>Mínimo</i>	8	8	8	7	6	6	7	6	10	5	4	3	3	6	8	10	4	6	3	3	10	6	8	8	4	9	6	6	3	2	6
<i>Máximo</i>	73	65	62	66	60	63	39	57	49	63	76	62	52	45	65	64	58	68	66	60	51	61	77	66	54	48	56	49	62	68	67
<i>Mediana</i>	41	33	27,5	37,5	28,5	22	26,5	36	32,5	32,5	31,5	40,5	29	23,5	34	27	39,5	32,5	28,5	26	24	30,5	31	25,5	29	30	27	38,5	40,5	46,5	36,5
<i>Desvio-padrão</i>	29,708	23,928	23,592	25,805	24,072	23,295	15,484	23,942	17,158	25,500	28,563	25,577	21,814	15,862	24,889	23,183	24,262	23,850	24,809	23,086	17,128	25,273	24,631	22,361	18,991	15,263	18,426	19,582	26,253	28,076	27,188

Quadro 7 – Estatística descritiva no mês de Março de 2010

Analisando este quadro verifica-se que em Março a média de atendimentos varia entre 24,2 e 39,8 o mínimo varia entre 2 e 10, o máximo entre 39 e 77, a mediana entre 22 e 46,5 e o desvio padrão entre 15,263 e 29,708. Relativamente aos dias da semana não parece haver um dia específico cujos valores e desvio padrão sejam consistentemente repetidos.

Estatísticas Descritivas por turno do mês MARÇO	Média	Mínimo	Máximo	Mediana	Desvio-padrão
Turno 0-4h	8,1	3	13	8	2,932
Turno 4-8h	6,7	2	13	7	2,623
Turno 8-12h	59,3	38	77	60	9,286
Turno 12-16h	50,8	36	66	49	8,727
Turno 16-20h	41,2	25	66	39	11,176
Turno 20-24h	24,1	13	45	23	6,266

Quadro 8 – Estatística descritiva por turno no mês de Março de 2010

Neste quadro relativo aos atendimentos por turno em Março, o maior desvio padrão não corresponde ao turno com maior média de atendimentos mas sim no turno das 16 – 20 h. O turno com menor média é o das 4 -8 h e com a maior é o das 8 – 12 h.

	Qui	Sex	Sáb	Dom	Seg	Ter	Qua	Qui	Sex	Sáb	Dom	Seg	Ter	Qua	Qui	Sex	Sáb	Dom	Seg	Ter	Qua	Qui	Sex	Sáb	Dom	Seg	Ter	Qua	Qui	Sex
Estadísticas Descriptivas por dia do mês ABRIL	Dia 1	Dia 2	Dia 3	Dia 4	Dia 5	Dia 6	Dia 7	Dia 8	Dia 9	Dia 10	Dia 11	Dia 12	Dia 13	Dia 14	Dia 15	Dia 16	Dia 17	Dia 18	Dia 19	Dia 20	Dia 21	Dia 22	Dia 23	Dia 24	Dia 25	Dia 26	Dia 27	Dia 28	Dia 29	Dia 30
Média	28,8	33,7	32,7	28,2	37,5	31,2	32,5	32,2	35,2	33,7	32,0	34,0	31,2	33,2	32,3	29,7	29,8	29,2	38,8	34,2	29,2	29,7	27,2	26,7	25,5	32,8	29,5	32,8	29,7	26,8
Mínimo	9	5	12	6	10	12	9	11	10	9	7	8	3	9	5	7	9	8	11	5	7	2	6	6	2	7	5	8	6	8
Máximo	51	70	66	58	75	53	66	68	59	58	61	62	65	59	58	57	55	48	68	77	55	54	59	51	51	55	55	67	59	49
Mediana	27	32	32	29,5	30	32	28,5	26,5	39	34	35	30,5	24,5	31,5	33,5	33,5	26,5	33	38	35	25,5	28	24,5	28	29	38	32,5	33	32,5	27,5
Desvio-padrão	16,400	25,735	20,304	18,798	27,340	16,928	21,989	22,355	21,217	22,214	20,010	22,812	24,935	22,347	22,713	19,552	19,884	18,005	25,349	26,769	21,849	21,445	20,913	16,170	19,867	21,433	17,785	21,683	20,265	16,167

Quadro 9 – Estatística descritiva no mês de Abril de 2010

Analisando este quadro verifica-se que em Abril a média de atendimentos varia entre 25,5 e 38,8 o mínimo varia entre 2 e 12, o máximo entre 48 e 77, a mediana entre 24,5 e 39 e o desvio padrão entre 16,167 e 26,769. Relativamente aos dias da semana não parece haver um dia específico cujos valores e desvio padrão sejam consistentemente repetidos.

Estatísticas Descritivas por turno do mês ABRIL	Média	Mínimo	Máximo	Mediana	Desvio-padrão
Turno 0-4h	9,0	2	15	9	3,327
Turno 4-8h	9,1	2	14	9	2,921
Turno 8-12h	57,9	31	77	58,5	10,171
Turno 12-16h	48,4	31	68	49,5	9,420
Turno 16-20h	37,4	28	55	37	5,916
Turno 20-24h	26,1	13	41	25	5,726

Quadro 10 – Estatística descritiva por turno no mês de Abril de 2010

Neste quadro relativo aos atendimentos por turno em Abril quanto maior é a média de atendimentos assim é o desvio padrão. O turno com menor média é o das 0 -4 h e com a maior é o das 8 – 12 h.

	Sáb	Dom	Seg	Ter	Qua	Qui	Sex	Sáb	Dom	Seg	Ter	Qua	Qui	Sex	Sáb	Dom	Seg	Ter	Qua	Qui	Sex	Sáb	Dom	Seg	Ter	Qua	Qui	Sex	Sáb	Dom	Seg
Estadísticas Descriptivas por dia do mês MAIO	Dia 1	Dia 2	Dia 3	Dia 4	Dia 5	Dia 6	Dia 7	Dia 8	Dia 9	Dia 10	Dia 11	Dia 12	Dia 13	Dia 14	Dia 15	Dia 16	Dia 17	Dia 18	Dia 19	Dia 20	Dia 21	Dia 22	Dia 23	Dia 24	Dia 25	Dia 26	Dia 27	Dia 28	Dia 29	Dia 30	Dia 31
Média	24,8	20,3	30,7	29,2	30,3	23,7	28,7	30,0	23,5	35,7	30,8	31,0	26,3	27,7	27,5	23,5	31,2	30,7	28,7	31,0	31,8	27,2	32,3	39,0	34,7	29,3	29,5	30,2	25,3	28,5	34,0
Mínimo	8	4	5	7	5	3	7	7	7	8	5	9	7	3	6	5	10	7	2	7	5	10	14	8	7	7	5	9	5	11	8
Máximo	51	34	67	60	51	42	62	66	45	64	55	60	50	52	47	38	67	58	71	60	64	48	50	81	54	55	52	53	47	46	68
Mediana	24,5	24	29,5	30	34	26,5	27,5	28,5	25	34	31,5	28,5	25,5	31,5	31,5	23,5	22	36	27,5	31,5	33,5	25,5	33,5	37,5	41	33,5	32	34	28	27,5	31
Desvio-padrão	15,690	12,258	25,145	18,595	20,685	14,989	20,704	22,539	14,612	24,312	22,113	20,649	19,128	18,500	16,574	13,035	24,277	20,067	24,897	19,422	23,575	14,811	13,750	27,727	20,925	18,981	20,037	17,209	15,870	15,630	23,580

Quadro 11 – Estatística descritiva no mês de Maio de 2010

Analisando este quadro verifica-se que em Maio a média de atendimentos varia entre 20,3 e 35,7 o mínimo varia entre 2 e 14, o máximo entre 34 e 81, a mediana entre 22 e 41 e o desvio padrão entre 12,258 e 27,727. Relativamente aos dias da semana não parece haver um dia específico cujos valores e desvio padrão sejam consistentemente repetidos.

Estatísticas Descritivas por turno do mês MAIO	Média	Mínimo	Máximo	Mediana	Desvio-padrão
Turno 0-4h	9,4	3	22	8	3,649
Turno 4-8h	7,6	2	14	7	2,961
Turno 8-12h	54,0	34	81	52	10,922
Turno 12-16h	43,6	27	66	41	10,033
Turno 16-20h	34,9	26	51	36	7,117
Turno 20-24h	26,1	13	39	26	6,371

Quadro 12 – Estatística descritiva por turno no mês de Maio de 2010

Neste quadro relativo aos atendimentos por turno em Maio quanto maior é a média de atendimentos assim é o desvio padrão. O turno com menor média é o das 4 -8 h e com a maior é o das 8 – 12 h.

	<i>Ter</i>	<i>Qua</i>	<i>Qui</i>	<i>Sex</i>	<i>Sáb</i>	<i>Dom</i>	<i>Seg</i>	<i>Ter</i>	<i>Qua</i>	<i>Qui</i>	<i>Sex</i>	<i>Sáb</i>	<i>Dom</i>	<i>Seg</i>	<i>Ter</i>	<i>Qua</i>	<i>Qui</i>	<i>Sex</i>	<i>Sáb</i>	<i>Dom</i>	<i>Seg</i>	<i>Ter</i>	<i>Qua</i>	<i>Qui</i>	<i>Sex</i>	<i>Sáb</i>	<i>Dom</i>	<i>Seg</i>	<i>Ter</i>	<i>Qua</i>
<i>Estatísticas Descritivas por dia do mês JUNHO</i>	<i>Dia 1</i>	<i>Dia 2</i>	<i>Dia 3</i>	<i>Dia 4</i>	<i>Dia 5</i>	<i>Dia 6</i>	<i>Dia 7</i>	<i>Dia 8</i>	<i>Dia 9</i>	<i>Dia 10</i>	<i>Dia 11</i>	<i>Dia 12</i>	<i>Dia 13</i>	<i>Dia 14</i>	<i>Dia 15</i>	<i>Dia 16</i>	<i>Dia 17</i>	<i>Dia 18</i>	<i>Dia 19</i>	<i>Dia 20</i>	<i>Dia 21</i>	<i>Dia 22</i>	<i>Dia 23</i>	<i>Dia 24</i>	<i>Dia 25</i>	<i>Dia 26</i>	<i>Dia 27</i>	<i>Dia 28</i>	<i>Dia 29</i>	<i>Dia 30</i>
<i>Média</i>	31,0	31,0	35,5	35,2	27,5	26,7	38,0	31,3	30,0	30,0	34,8	29,3	28,7	37,5	29,2	32,3	31,0	39,0	29,2	24,0	31,7	33,7	29,8	25,2	26,7	29,3	24,8	39,0	31,3	33,0
<i>Mínimo</i>	9	7	14	9	11	10	7	12	3	10	7	7	8	13	8	7	9	10	8	4	5	7	6	9	8	11	9	10	13	12
<i>Máximo</i>	61	49	57	71	53	47	85	62	72	63	72	58	47	67	43	56	65	58	62	38	63	56	60	47	49	57	38	70	56	73
<i>Mediana</i>	31,5	36	39	36	28,5	27	33	29,5	28,5	28	35,5	27,5	33,5	39,5	37	35	33,5	51	24,5	25	34	39,5	29,5	23	26,5	29,5	28	39	26,5	29,5
<i>Desvio-padrão</i>	18,708	18,623	19,087	22,719	15,176	14,814	29,967	19,159	25,298	19,829	24,408	18,063	16,789	22,537	15,433	18,074	20,543	22,619	20,740	13,609	22,304	19,886	20,721	14,233	15,591	17,236	13,934	24,380	16,403	22,253

Quadro 13 – Estatística descritiva no mês de Junho de 2010

Analisando este quadro verifica-se que em Junho a média de atendimentos varia entre 24 e 39 o mínimo varia entre 4 e 14, o máximo entre 38 e 85, a mediana entre 23 e 51 e o desvio padrão entre 13,609 e 29,967. Relativamente aos dias da semana não parece haver um dia específico cujos valores e desvio padrão sejam consistentemente repetidos.

Estatísticas Descritivas por turno do mês JUNHO	Média	Mínimo	Máximo	Mediana	Desvio-padrão
Turno 0-4h	11,1	5	21	11	3,367
Turno 4-8h	9,9	3	16	10	3,026
Turno 8-12h	58,3	37	85	58	11,265
Turno 12-16h	41,4	23	60	40	8,981
Turno 16-20h	37,1	21	54	36	8,033
Turno 20-24h	29,4	19	50	29	6,457

Quadro 14 – Estatística descritiva por turno no mês de Junho de 2010

Neste quadro relativo aos atendimentos por turno em Junho quanto maior é a media de atendimentos assim é o desvio padrão. O turno com menor média é o das 4 -8 h e com a maior é o das 8 – 12 h.

	<i>Qui</i>	<i>Sex</i>	<i>Sáb</i>	<i>Dom</i>	<i>Seg</i>	<i>Ter</i>	<i>Qua</i>	<i>Qui</i>	<i>Sex</i>	<i>Sáb</i>	<i>Dom</i>	<i>Seg</i>	<i>Ter</i>	<i>Qua</i>	<i>Qui</i>	<i>Sex</i>	<i>Sáb</i>	<i>Dom</i>	<i>Seg</i>	<i>Ter</i>	<i>Qua</i>	<i>Qui</i>	<i>Sex</i>	<i>Sáb</i>	<i>Dom</i>	<i>Seg</i>	<i>Ter</i>	<i>Qua</i>	<i>Qui</i>	<i>Sex</i>	<i>Sáb</i>
Estatísticas Descritivas por dia do mês JULHO	Dia 1	Dia 2	Dia 3	Dia 4	Dia 5	Dia 6	Dia 7	Dia 8	Dia 9	Dia 10	Dia 11	Dia 12	Dia 13	Dia 14	Dia 15	Dia 16	Dia 17	Dia 18	Dia 19	Dia 20	Dia 21	Dia 22	Dia 23	Dia 24	Dia 25	Dia 26	Dia 27	Dia 28	Dia 29	Dia 30	Dia 31
Média	36,0	34,2	27,0	30,0	37,5	31,3	35,8	32,0	30,7	31,3	30,0	35,2	29,7	31,8	33,5	31,7	27,8	31,3	31,7	36,8	33,2	36,5	29,0	32,2	31,5	40,5	30,0	28,2	31,3	31,5	32,5
Mínimo	6	12	5	10	7	7	12	12	8	11	12	9	7	4	8	7	7	12	8	11	10	12	9	12	10	14	4	15	8	8	10
Máximo	77	61	54	47	75	62	66	57	49	61	50	67	52	65	65	66	56	54	56	65	63	58	52	54	58	79	62	51	66	66	61
Mediana	35,5	32	26,5	33	38,5	34,5	37,5	35,5	36,5	30,5	32	30,5	31,5	35,5	35,5	33,5	30	30,5	31,5	35	31,5	43	26,5	35	27	40,5	30	25	32,5	32	34,5
Desvio-padrão	24,827	20,114	17,459	15,518	25,066	19,856	19,610	17,424	16,354	18,705	14,751	23,794	18,715	22,248	22,188	22,268	17,600	16,219	18,074	23,241	20,469	19,491	18,676	16,080	19,847	23,671	20,976	13,167	20,781	22,116	19,295

Quadro 15 – Estatística descritiva no mês de Julho de 2010

Analisando este quadro verifica-se que em Julho a média de atendimentos varia entre 27 e 37,5 o mínimo varia entre 4 e 14, o máximo entre 47 e 79, a mediana entre 25 e 4,5 e o desvio padrão entre 13,167 e 38,5. Relativamente aos dias da semana não parece haver um dia específico cujos valores e desvio padrão sejam consistentemente repetidos.

Estatísticas Descritivas por turno do mês JULHO	Média	Mínimo	Máximo	Mediana	Desvio-padrão
Turno 0-4h	12,3	7	18	12	3,193
Turno 4-8h	10,2	4	16	10	3,304
Turno 8-12h	60,3	47	79	61	8,207
Turno 12-16h	43,1	26	62	42	8,862
Turno 16-20h	36,2	21	47	36	5,447
Turno 20-24h	31,8	21	43	31	5,514

Quadro 16 – Estatística descritiva por turno no mês de Julho de 2010

Neste quadro relativo aos atendimentos por turno em Julho o maior desvio padrão, corresponde ao turno das 12 – 16 h. O turno com menor média é o das 4 -8 h e com a maior é o das 8 – 12 h.

	Dom	Seg	Ter	Qua	Qui	Sex	Sáb	Dom	Seg	Ter	Qua	Qui	Sex	Sáb	Dom	Seg	Ter	Qua	Qui	Sex	Sáb	Dom	Seg	Ter	Qua	Qui	Sex	Sáb	Dom	Seg	Ter
Estatísticas Descritivas por dia do mês AGOSTO	Dia 1	Dia 2	Dia 3	Dia 4	Dia 5	Dia 6	Dia 7	Dia 8	Dia 9	Dia 10	Dia 11	Dia 12	Dia 13	Dia 14	Dia 15	Dia 16	Dia 17	Dia 18	Dia 19	Dia 20	Dia 21	Dia 22	Dia 23	Dia 24	Dia 25	Dia 26	Dia 27	Dia 28	Dia 29	Dia 30	Dia 31
Média	35,5	41,0	36,7	38,0	29,2	34,5	32,5	32,3	33,8	35,2	32,8	37,8	29,0	30,8	32,3	39,3	33,7	31,2	30,0	37,3	33,2	33,8	37,0	29,5	35,0	33,0	28,2	27,2	25,3	35,7	32,0
Mínimo	12	14	6	12	10	10	14	18	5	4	10	10	6	6	11	11	10	5	8	6	9	11	12	15	6	8	5	4	7	12	11
Máximo	59	71	80	59	59	72	54	63	78	77	61	73	50	65	56	67	66	66	53	78	56	56	75	48	78	65	56	63	37	57	62
Mediana	38	45,5	38	43,5	22	31,5	33,5	28	34	33,5	37	41	33,5	31,5	36	43	30	31	26,5	39	36	34	29	29,5	31	30,5	28,5	25,5	31,5	38	30,5
Desvio-padrão	17,953	23,529	27,053	21,204	20,430	24,468	15,821	16,525	26,999	29,593	19,467	23,995	16,565	20,952	16,931	24,728	22,070	22,728	17,933	26,718	17,498	19,041	26,084	13,487	28,256	20,620	20,779	20,469	13,246	19,806	19,215

Quadro 17 – Estatística descritiva no mês de Agosto de 2010

Analisando este quadro verifica-se que em Agosto a média de atendimentos varia entre 25,3 e 37 o mínimo varia entre 4 e 14, o máximo entre 50 e 80, a mediana entre 22 e 45,5 e o desvio padrão entre 13,246 e 29,593. Relativamente aos dias da semana não parece haver um dia específico cujos valores e desvio padrão sejam consistentemente repetidos.

Estatísticas Descritivas por turno do mês AGOSTO	Média	Mínimo	Máximo	Mediana	Desvio-padrão
Turno 0-4h	11,7	4	18	12	3,398
Turno 4-8h	10,5	4	20	11	4,319
Turno 8-12h	63,2	37	80	63	10,241
Turno 12-16h	46,2	28	63	45	9,051
Turno 16-20h	39,1	27	55	39	7,520
Turno 20-24h	29,2	16	38	29	5,945

Quadro 18 – Estatística descritiva por turno no mês de Agosto de 2010

Neste quadro relativo aos atendimentos por turno em Agosto quanto maior é a media de atendimentos assim é o desvio padrão. O turno com menor média é o das 4 -8 h e com a maior é o das 8 – 12 h.

	<i>Qua</i>	<i>Qui</i>	<i>Sex</i>	<i>Sáb</i>	<i>Dom</i>	<i>Seg</i>	<i>Ter</i>	<i>Qua</i>	<i>Qui</i>	<i>Sex</i>	<i>Sáb</i>	<i>Dom</i>	<i>Seg</i>	<i>Ter</i>	<i>Qua</i>	<i>Qui</i>	<i>Sex</i>	<i>Sáb</i>	<i>Dom</i>	<i>Seg</i>	<i>Ter</i>	<i>Qua</i>	<i>Qui</i>	<i>Sex</i>	<i>Sáb</i>	<i>Dom</i>	<i>Seg</i>	<i>Ter</i>	<i>Qua</i>	<i>Qui</i>
<i>Estatísticas Descritivas</i> <i>por dia do mês</i> SETEMBRO	<i>Dia 1</i>	<i>Dia 2</i>	<i>Dia 3</i>	<i>Dia 4</i>	<i>Dia 5</i>	<i>Dia 6</i>	<i>Dia 7</i>	<i>Dia 8</i>	<i>Dia 9</i>	<i>Dia 10</i>	<i>Dia 11</i>	<i>Dia 12</i>	<i>Dia 13</i>	<i>Dia 14</i>	<i>Dia 15</i>	<i>Dia 16</i>	<i>Dia 17</i>	<i>Dia 18</i>	<i>Dia 19</i>	<i>Dia 20</i>	<i>Dia 21</i>	<i>Dia 22</i>	<i>Dia 23</i>	<i>Dia 24</i>	<i>Dia 25</i>	<i>Dia 26</i>	<i>Dia 27</i>	<i>Dia 28</i>	<i>Dia 29</i>	<i>Dia 30</i>
<i>Média</i>	28,3	30,5	26,8	26,8	27,8	28,5	26,7	28,2	27,3	28,7	29,3	24,5	31,0	30,2	30,7	33,2	30,7	27,7	30,2	33,5	32,5	23,5	34,2	27,0	21,0	28,3	31,0	29,7	30,8	27,5
<i>Mínimo</i>	5	6	9	7	8	5	8	2	5	2	11	10	3	5	8	8	6	6	7	3	9	4	5	6	3	8	5	5	6	4
<i>Máximo</i>	67	55	45	62	56	64	47	60	46	50	52	41	60	55	60	64	57	47	56	68	56	50	59	50	33	42	61	64	65	49
<i>Mediana</i>	20,5	36	28,5	22	26	24,5	23,5	25,5	33,5	34	30,5	23,5	33,5	36	27,5	35,5	34	30	28,5	35	31	24	36,5	26,5	23,5	32,5	33	25	32,5	29
<i>Desvio-padrão</i>	24,345	20,007	15,316	21,461	17,759	22,634	16,464	20,856	17,236	19,222	14,976	13,338	21,157	19,884	20,588	22,284	19,674	16,083	20,798	25,018	19,419	17,085	22,355	18,612	10,936	14,320	20,804	25,041	21,977	19,118

Quadro 19 – Estatística descritiva no mês de Setembro de 2010

Analisando este quadro verifica-se que em Setembro a média de atendimentos varia entre 23,5 e 33,2 o mínimo varia entre 2 e 11, o máximo entre 33 e 68, a mediana entre 20,5 e 36 e o desvio padrão entre 10,936 e 25,018. Relativamente aos dias da semana não parece haver um dia específico cujos valores e desvio padrão sejam consistentemente repetidos.

Estatísticas Descritivas por turno do mês SETEMBRO	Média	Mínimo	Máximo	Mediana	Desvio-padrão
Turno 0-4h	9,1	2	15	9	3,441
Turno 4-8h	7,2	3	14	6,5	3,041
Turno 8-12h	54,4	33	68	56	8,803
Turno 12-16h	42,7	28	53	42,5	6,561
Turno 16-20h	34,9	22	54	35	6,857
Turno 20-24h	24,9	15	32	26	5,255

Quadro 20 – Estatística descritiva por turno no mês de Setembro de 2010

Neste quadro relativo aos atendimentos por turno em Setembro quanto maior é a média de atendimentos assim é o desvio padrão. O turno com menor média é o das 4 -8 h e com a maior é o das 8 – 12 h.

	Sex	Sáb	Dom	Seg	Ter	Qua	Qui	Sex	Sáb	Dom	Seg	Ter	Qua	Qui	Sex	Sáb	Dom	Seg	Ter	Qua	Qui	Sex	Sáb	Dom	Seg	Ter	Qua	Qui	Sex	Sáb	Dom
Estadísticas Descriptivas por dia do mês OUTUBRO	Dia 1	Dia 2	Dia 3	Dia 4	Dia 5	Dia 6	Dia 7	Dia 8	Dia 9	Dia 10	Dia 11	Dia 12	Dia 13	Dia 14	Dia 15	Dia 16	Dia 17	Dia 18	Dia 19	Dia 20	Dia 21	Dia 22	Dia 23	Dia 24	Dia 25	Dia 26	Dia 27	Dia 28	Dia 29	Dia 30	Dia 31
Média	26,2	27,3	20,8	36,5	27,2	29,3	28,0	27,7	30,0	25,7	35,0	31,0	30,0	31,8	32,2	31,2	24,3	31,3	32,0	30,7	31,8	27,7	29,8	19,3	32,0	28,7	33,3	30,5	24,2	30,0	21,3
Mínimo	5	5	6	4	5	6	5	7	7	8	8	6	8	4	5	9	4	9	8	4	5	4	7	4	5	6	5	8	6	7	5
Máximo	48	55	41	63	51	58	52	52	59	49	71	55	56	62	50	55	45	67	63	68	65	52	55	40	68	57	59	50	39	56	46
Mediana	27	27	21	43	27	23	29,5	23,5	27	25	35,5	31	30,5	28	36,5	29,5	24,5	25	33	31	36	29,5	28	19	32	28	36,5	34	25,5	27	17
Desvio-padrão	17,371	19,096	13,674	25,758	17,960	22,106	18,740	18,833	21,762	16,848	25,550	22,163	20,189	24,685	19,281	19,498	15,055	23,922	21,698	23,106	22,613	17,535	19,874	12,910	27,298	21,342	22,949	19,429	13,615	19,839	17,259

Quadro 21 – Estatística descritiva no mês de Outubro de 2010

Analisando este quadro verifica-se que em Outubro a média de atendimentos varia entre 20,8 e 35,0 o mínimo varia entre 4 e 9, o máximo entre 40 e 71, a mediana entre 17 e 36,5 e o desvio padrão entre 13,615 e 25,758. Relativamente aos dias da semana não parece haver um dia específico cujos valores e desvio padrão sejam consistentemente repetidos.

Estatísticas Descritivas por turno do mês OUTUBRO	Média	Mínimo	Máximo	Mediana	Desvio-padrão
Turno 0-4h	9,2	4	16	9	2,830
Turno 4-8h	6,5	4	13	6	1,997
Turno 8-12h	52,5	23	71	54	10,636
Turno 12-16h	46,2	26	60	48	8,090
Turno 16-20h	37,1	21	68	35	9,892
Turno 20-24h	22,0	13	33	22	4,943

Quadro 22 – Estatística descritiva por turno no mês de Outubro de 2010

Neste quadro relativo aos atendimentos por turno em Outubro quanto maior é a media de atendimentos assim é o desvio padrão. O turno com menor média é o das 4 -8 h e com a maior é o das 8 – 12 h.

	Seg	Ter	Qua	Qui	Sex	Sáb	Dom	Seg	Ter	Qua	Qui	Sex	Sáb	Dom	Seg	Ter	Qua	Qui	Sex	Sáb	Dom	Seg	Ter	Qua	Qui	Sex	Sáb	Dom	Seg	Ter
Estadísticas Descritivas por dia do mês NOVEMBRO	Dia 1	Dia 2	Dia 3	Dia 4	Dia 5	Dia 6	Dia 7	Dia 8	Dia 9	Dia 10	Dia 11	Dia 12	Dia 13	Dia 14	Dia 15	Dia 16	Dia 17	Dia 18	Dia 19	Dia 20	Dia 21	Dia 22	Dia 23	Dia 24	Dia 25	Dia 26	Dia 27	Dia 28	Dia 29	Dia 30
Média	23,3	34,3	30,7	30,8	26,5	29,5	20,0	32,5	31,7	29,0	27,0	30,3	31,2	26,3	34,5	31,2	26,3	26,0	25,0	27,3	24,5	30,2	30,2	21,7	27,7	26,7	27,0	25,2	24,7	26,8
Mínimo	4	5	4	8	7	3	4	3	8	4	4	7	11	7	6	6	5	7	5	7	7	7	5	4	2	5	3	4	7	5
Máximo	43	73	59	51	50	65	40	63	56	63	57	54	60	48	60	59	55	57	54	38	48	51	59	40	62	46	57	57	54	51
Mediana	24,5	27,5	27,5	33	23,5	24	14,5	33	35,5	27,5	28	30	31,5	24	36	33,5	23,5	24,5	21,5	35,5	23	31,5	32,5	21,5	22,5	31,5	25,5	22,5	20,5	28
Desvio-padrão	18,085	27,230	24,172	21,217	18,119	27,068	15,633	26,266	19,866	23,117	20,248	20,500	18,904	16,848	23,313	23,025	20,452	19,204	19,183	14,747	15,922	20,827	21,683	14,868	23,972	16,537	21,679	20,508	17,963	19,073

Quadro 23 – Estatística descritiva no mês de Novembro de 2010

Analisando este quadro verifica-se que em Novembro a média de atendimentos varia entre 21,7 e 34,5 o mínimo varia entre 2 e 11, o máximo entre 43 e 65, a mediana entre 14,5 e 36 e o desvio padrão entre 14,747 e 27,230. Relativamente aos dias da semana não parece haver um dia específico cujos valores e desvio padrão sejam consistentemente repetidos.

Estatísticas Descritivas por turno do mês NOVEMBRO	Média	Mínimo	Máximo	Mediana	Desvio-padrão
Turno 0-4h	7,5	3	13	7	2,738
Turno 4-8h	6,4	2	12	6,5	2,372
Turno 8-12h	53,3	37	73	54,5	8,910
Turno 12-16h	45,3	30	60	44	8,301
Turno 16-20h	35,1	15	51	35,5	7,986
Turno 20-24h	20,0	9	33	19,5	6,040

Quadro 24 – Estatística descritiva por turno no mês de Novembro de 2010

Neste quadro relativo aos atendimentos por turno em Novembro quanto maior é a média de atendimentos assim é o desvio padrão. O turno com menor média é o das 4 -8 h e com a maior é o das 8 – 12 h.

	Qua	Qui	Sex	Sáb	Dom	Seg	Ter	Qua	Qui	Sex	Sáb	Dom	Seg	Ter	Qua	Qui	Sex	Sáb	Dom	Seg	Ter	Qua	Qui	Sex	Sáb	Dom	Seg	Ter	Qua	Qui	Sex
Estadísticas Descriptivas por dia do mês DEZEMBRO	Dia 1	Dia 2	Dia 3	Dia 4	Dia 5	Dia 6	Dia 7	Dia 8	Dia 9	Dia 10	Dia 11	Dia 12	Dia 13	Dia 14	Dia 15	Dia 16	Dia 17	Dia 18	Dia 19	Dia 20	Dia 21	Dia 22	Dia 23	Dia 24	Dia 25	Dia 26	Dia 27	Dia 28	Dia 29	Dia 30	Dia 31
Média	25,5	26,2	32,2	26,5	23,8	33,5	34,2	28,7	37,0	29,8	31,2	30,5	37,3	28,2	31,7	31,8	28,7	27,3	25,0	25,7	30,3	32,2	24,5	25,3	30,0	35,7	40,5	38,0	42,3	36,8	25,8
Mínimo	4	4	7	5	7	6	5	10	8	4	10	7	5	11	6	3	7	10	8	4	6	5	3	9	12	8	8	8	10	13	8
Máximo	57	47	66	45	58	61	66	54	69	64	55	55	72	59	61	66	60	46	46	59	61	61	47	55	48	63	78	77	77	71	60
Mediana	24,5	30	28	28,5	18	35	32	26,5	37,5	31	27,5	27,5	41	24,5	32	30	24,5	27,5	24,5	22,5	26,5	36	26,5	16	29	37	34,5	31,5	40	33	20,5
Desvio-padrão	20,734	17,623	23,970	17,178	19,354	23,755	24,742	19,552	26,100	22,167	19,052	20,618	28,898	18,487	22,367	25,918	24,419	14,801	14,993	21,059	22,223	21,151	16,802	20,077	15,427	24,279	29,663	30,659	26,793	22,921	20,312

Quadro 25 – Estatística descritiva no mês de Dezembro de 2010

Analisando este quadro verifica-se que em Dezembro a média de atendimentos varia entre 23,8 e 40,5 o mínimo varia entre 3 e 12, o máximo entre 45 e 78, a mediana entre 16 e 37,5 e o desvio padrão entre 14,801 e 28,898. Relativamente aos dias da semana não parece haver um dia específico cujos valores e desvio padrão sejam consistentemente repetidos.

Estatísticas Descritivas por turno do mês DEZEMBRO	Média	Mínimo	Máximo	Mediana	Desvio-padrão
Turno 0-4h	9,8	4	19	9	3,787
Turno 4-8h	7,7	3	13	8	2,661
Turno 8-12h	57,7	33	78	60	10,952
Turno 12-16h	51,2	35	77	53	11,537
Turno 16-20h	36,5	20	59	38	8,687
Turno 20-24h	22,1	7	36	22	6,963

Quadro 26 – Estatística descritiva por turno no mês de Dezembro de 2010

Neste quadro relativo aos atendimentos por turno em Dezembro o maior desvio padrão corresponde ao turno das 12 – 16 h. O turno com menor média é o das 4 -8 h e com a maior é o das 8 – 12 h.

A dotação de Enfermeiros no serviço de Urgência Geral do CHCB: A segurança dos cuidados na sazonalidade

	d1	d2	d3	d4	d5	d6	d7	d8	d9	d10	d11	d12	d13	d14	d15	d16	d17	d18	d19	d20	d21	d22	d23	d24	d25	d26	d27	d28	d29	d30	d31	
d1 Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	1	.537	.264	.378	.492	.347	.242	.242	.230	.374	.634	.218	-.084	.002	.425	.631	.230	1.30	.285	.087	.592	.401	.361	-.114	.302	-.319	-.235	.192	.606	.644		
d2 Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.537	1	.289	.409	.301	.532	-.068	.535	.306	-.165	-.185	.378	.029	.012	.510	.703	.200	.217	.259	.308	-.154	.368	.309	-.229	-.022	.069	-.488	-.266	-.052	.233	.174	
d3 Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.274	.289	1	.117	-.014	-.192	-.321	.508	.342	.521	.145	.374	-.051	-.110	-.029	.288	.607	.123	-.167	-.127	-.112	.471	.160	.305	-.011	.093	-.235	.204	-.191	.385	.612	
d4 Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.409	.409	.117	1	-.102	-.076	-.055	-.116	.051	.078	.487	.400	-.514	-.199	.319	.520	.099	.552	.073	.064	.107	.304	.441	-.171	.375	-.244	-.341	-.016	-.363	.453	.058	
d5 Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.228	.365	.198	.754	1	.815	.914	.719	.874	.810	1.08	1.08	.088	.534	.312	.083	.760	.063	.822	.987	.740	.338	.151	.594	.229	.444	.278	.962	.272	.162	.902	
d6 Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.452	.301	-.014	-.102	-.102	1	.052	.218	.508	-.079	.202	-.022	.485	-.307	-.117	.063	-.178	.168	.095	.704	.579	.077	.271	-.012	.432	-.027	.432	-.351	-.263	-.115	-.212	.574
d7 Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.104	.341	.965	.754	.859	.497	.094	.807	.528	.945	1.09	.332	.718	.846	.580	.607	.768	.011	.050	.813	.394	.970	.161	.933	.161	.264	.409	.737	.532	.178	.324	
d8 Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.439	.075	.637	.815	.859	.087	.051	.236	.236	1.334	.410	.659	-.038	.149	.246	.012	-.331	.019	.314	.021	.397	-.128	.305	.071	.529	.271	-.172	.250	.311	-.324	.644	
d9 Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.242	-.068	.321	-.274	.280	1	-.085	.085	.085	.085	.085	.085	.085	.085	.085	.085	.085	.085	.085	.085	.085	.085	.085	.085	.085	.085	.085	.085	.085	.085	.085	.085
d10 Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.448	.634	.309	.914	.497	.403	1	.960	.361	.535	.130	.461	.800	.082	.708	.333	.118	.338	.338	.648	.530	.274	.181	.144	.891	.168	.610	.316	.354	.081	.862	
d11 Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.625	.535	.508	.116	.506	.236	-.016	1	-.012	.201	.007	.624	-.131	-.250	-.097	.062	.501	-.005	-.010	.040	-.485	.572	.205	.262	-.119	.086	-.607	-.445	-.099	.167	.844	
d12 Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.022	.306	.342	.051	-.079	.634	.290	-.012	1	.230	.151	.341	.511	.240	.488	.544	-.137	-.222	.073	.047	-.077	.438	-.429	-.417	-.021	.451	.484	.298	.393	.343	-.260	
d13 Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.496	.333	.277	.874	.807	.027	.061	.070	.630	.278	.089	.452	-.108	.087	.671	.488	.822	.884	.822	.884	.822	.884	.822	.884	.822	.884	.822	.884	.822	.884	.822	.884
d14 Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.273	-.165	.521	.078	.202	-.134	.199	.201	.230	1	.304	.543	-.429	.077	-.106	.096	.517	-.282	-.036	.320	.142	.333	.279	.684	.004	.278	.195	-.117	-.109	.140	.696	
d15 Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.470	.608	.083	.810	.528	.677	.535	.531	.472	.472	1	.305	.068	.164	.811	.744	.786	.085	.374	.311	.461	.291	.380	.046	.991	.381	.631	.717	.750	.681	.082	
d16 Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.374	-.185	.149	.487	-.022	-.032	.463	.007	.151	.394	1	.403	-.244	.414	-.329	.187	.298	.207	-.111	-.072	.289	.322	.101	.010	-.040	.074	.135	.236	-.019	.402	-.050	
d17 Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.231	.565	.652	-.108	.945	.920	1	.390	.882	.639	.205	1	.194	.445	.181	.296	.581	.347	.519	.732	.824	.362	.307	.784	.975	.903	.819	.676	.460	.958	.221	.901
d18 Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.634	.376	.374	.400	.486	.410	.236	.624	.341	.543	.403	1	-.209	-.089	.057	.282	.372	-.074	.135	.406	-.020	.730	-.182	.345	.340	.480	-.063	-.349	-.116	.435	.593	
d19 Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.027	.228	.231	.198	.109	.481	.631	.278	.068	.109	.145	.403	1	.514	.784	.764	.234	.818	.677	.191	.952	.007	.572	.272	.266	.115	.846	.266	.734	.181	.160	
d20 Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.192	.12	.12	.12	.12	.12	.12	.12	.12	.12	.12	.12	.12	.12	.12	.12	.12	.12	.12	.12	.12	.12	.12	.12	.12	.12	.12	.12	.12	.12	.12	.12
d21 Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.487	.358	.876	.088	.332	.022	.085	.085	.131	.550	-.243	-.208	1	-.206	-.088	-.088	-.243	-.381	-.243	.011	.608	.037	.121	.487	.428	.084	.444	.023	.587	.188	.563	
d22 Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.12	.12	.12	.12	.12	.12	.12	.12	.12	.12	.12	.12	.12	.12	.12	.12	.12	.12	.12	.12	.12	.12	.12	.12	.12	.12	.12	.12	.12	.12	.12	.12
d23 Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.002	.510	-.129	.319	.063	1.49	-.333	-.097	.488	-.108	-.329	.097	.088	-.088	1	.459	-.403	.095	.196	.131	-.203	.113	-.149	-.376	.125	.055	.089	.039	.137	.191	-.067	
d24 Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.425	.703	.288	.520	-.178	.548	.118	.062	.544	.096	.187	.282	.098	.208	.459	1	.212	.077	-.030	.263	.194	.351	.374	-.331	-.051	.154	.023	-.038	.088	.508	.004	
d25 Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.168	.068	.068	.068	.068	.068	.068	.068	.068	.068	.068	.068	.068	.068	.068	.068	.068	.068	.068	.068	.068	.068	.068	.068	.068	.068	.068	.068	.068	.068	.068	.068
d26 Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.631	.200	.697	.099	.168	.012	.192	.501	-.137	.517	.298	.372	-.282	-.135	-.403	.212	1	.070	-.079	.108	.078	.229	.586	.628	-.185	.000	-.277	-.084	.162	.445	.824	
d27 Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.028	.538	.019	.760	.697	.971	.591	.097	.671	.985	.314	.234	.430	.876	.194	.508	.828	.828	.828	.828	.828	.828	.828	.828	.828	.828	.828	.828	.828	.828	.828	.828
d28 Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.259	.217	.123	.582	.095	-.331	-.336	.005	-.222	-.282	.207	-.074	-.381	.465	.096	.677	.070	1	.302	-.230	.299	.165	.627	-.005	.278	-.137	-.489	-.631	.052	.310	.026	
d29 Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.454	.497	.702	.063	.768	.294	.286	.987	.488	.374	.519	.818	.222	.128	.769	.812	.828	.340	.472	.345	.609	.935	.988	.381	.672	.106	.076	.879	.354	.958	.058	
d30 Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.130	.259	-.187	.073	.704	-.018	.216	-.010	.073	-.038	.111	.135	-.235	.456	.196	-.030	-.079	.302	1	.513	.278	-.157	-.079	-.020	.136	-.209	-.118	-.879	-.322	-.134		
d31 Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.688	.416	.604	.822	.011	.956	.501	.974	.822	.910	.732	.677	.462	.136	.542	.927	.806	.340	.088	.381	.627	.807	.953	.950	.674	.515	.715	.582	.334	.774	.192	
d32 Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.265	.308	-.127	.005	.575	.314	.132	.040	.047	.320	-.072	.400	-.209	-.133	.111	.263	.108	-.230	.513	1	.312	.021	.415	.330	.212	.463	-.004	-.496	-.304	.223	.280	
d33 Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.406	.329	.696	.987	.059	.321	.684	.903	.884	.311	.824	.191	.352	.679	.685	.409	.739	.472	.088	1	.089	.949	.180	.295	.507	.129	.991	.101	.231	.509	.530	
d34 Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.087	-.154	-.112	.117	.021	.846	.483	-.077	.142	.268	-.281	.886	-.203	.194	.876	.876	.278	.512	1	.012	.004	.267	.337	.451	.212	.260	.051	.114	-.160	.111	.111	
d35 Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.787	.633	.729	.740	.813	.940	.023	.110	.812	.661	.362	.952	.431	.046	.527	.547	.814	.345	.381	.089	1	.970	.524	.401	.284	.141	.508	.433	.881	.739	.747	
d36 Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.502	.358	.471	.304	.277	.307	.530	.572	.438	.333	.322	.301	.015	.168	.113	.351	.229	.165	-.157	.021	.012	.111	-.131	.163	.216	.838	.062	.020	.242	.356	.423	
d37 Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.043	.254	.122	.336	.394	.201	.077	.052	.154	.291	.307	.007	.963	.602	.727	.263	.475	.609	.627	.949	.970	.685	.614	.501	.027	.849	.950	.474	.058	.337	.111	
d38 Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.401	.309	.160	.441	-.012	1.28	-.274	.205	.393	.097	.101	.162	-.606	-.153	-.149	.374	.268	.027	-.079	.415	.204	-.131	1	.341	.035	-.334	-.491	-.580	-.533	.045	.534	
d39 Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.198	.326	.819	.161	.970	.698	.522	.164	.360	.764	.3																					

A dotação de Enfermeiros no serviço de Urgência Geral do CHCB: A segurança dos cuidados na sazonalidade

		d1	d2	d3	d4	d5	d6	d7	d8	d9	d10	d11	d12	d13	d14	d15
d1	Pearson Correlation	1	,537	,264	,378	,492	,247	,242	,625	-,022	,230	,374	,634	-,218	-,064	,002
	Sig. (2-tailed)		,072	,407	,226	,104	,439	,448	,030	,946	,473	,231	,027	,497	,843	,995
	N	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12
d2	Pearson Correlation	,537	1	,289	,409	,301	,532	-,068	,535	,306	-,165	-,185	,376	,029	,012	,510
	Sig. (2-tailed)	,072		,362	,186	,341	,075	,834	,073	,333	,608	,565	,228	,930	,972	,090
	N	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12
d3	Pearson Correlation	,264	,289	1	,117	-,014	,152	,321	,508	,342	,521	,145	,374	-,051	,110	-,129
	Sig. (2-tailed)	,407	,362		,717	,965	,637	,309	,092	,277	,083	,652	,231	,876	,733	,689
	N	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12
d4	Pearson Correlation	,378	,409	,117	1	-,102	-,076	-,035	,116	,051	,078	,487	,400	-,514	,199	,319
	Sig. (2-tailed)	,226	,186	,717		,754	,815	,914	,719	,874	,810	,108	,198	,088	,534	,312
	N	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12
d5	Pearson Correlation	,492	,301	-,014	-,102	1	,057	,218	,506	-,079	,202	-,022	,486	-,307	,117	,063
	Sig. (2-tailed)	,104	,341	,965	,754		,859	,497	,094	,807	,528	,945	,109	,332	,718	,846
	N	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12
d6	Pearson Correlation	,247	,532	,152	-,076	,057	1	,266	,236	,634	-,134	-,032	,410	,650	-,038	,149
	Sig. (2-tailed)	,439	,075	,637	,815	,859		,403	,461	,027	,677	,920	,186	,022	,906	,643
	N	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12
d7	Pearson Correlation	,242	-,068	,321	-,035	,218	,266	1	-,016	,290	,199	,463	,236	,082	,705	-,333
	Sig. (2-tailed)	,448	,834	,309	,914	,497	,403		,960	,361	,535	,130	,461	,800	,010	,291
	N	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12
d8	Pearson Correlation	,625	,535	,508	,116	,506	,236	-,016	1	-,012	,201	,007	,624	-,131	-,250	-,097
	Sig. (2-tailed)	,030	,073	,092	,719	,094	,461	,960		,970	,531	,982	,030	,685	,433	,765
	N	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12
d9	Pearson Correlation	-,022	,306	,342	,051	-,079	,634	,290	-,012	1	,230	,151	,341	,511	,240	,488
	Sig. (2-tailed)	,946	,333	,277	,874	,807	,027	,361	,970		,472	,639	,278	,089	,452	,108
	N	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12
d10	Pearson Correlation	,230	-,165	,521	,078	,202	-,134	,199	,201	,230	1	,394	,543	-,429	,077	-,106
	Sig. (2-tailed)	,473	,608	,083	,810	,528	,677	,535	,531	,472		,205	,068	,164	,811	,744
	N	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12
d11	Pearson Correlation	,374	-,185	,145	,487	-,022	-,032	,463	,007	,151	,394	1	,403	-,244	,414	-,329
	Sig. (2-tailed)	,231	,565	,652	,108	,945	,920	,130	,982	,639	,205		,194	,445	,181	,296
	N	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12
d12	Pearson Correlation	,634	,376	,374	,400	,486	,410	,236	,624	,341	,543	,403	1	-,209	-,089	,097
	Sig. (2-tailed)	,027	,228	,231	,198	,109	,186	,461	,030	,278	,068	,194		,514	,784	,764
	N	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12
d13	Pearson Correlation	-,218	,029	-,051	-,514	-,307	,650	,082	-,131	,511	-,429	-,244	-,209	1	-,205	,068
	Sig. (2-tailed)	,497	,930	,876	,088	,332	,022	,800	,685	,089	,164	,445	,514		,522	,834
	N	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12
d14	Pearson Correlation	-,064	,012	,110	,199	,117	-,038	,705	-,250	,240	,077	,414	-,089	-,205	1	-,068
	Sig. (2-tailed)	,843	,972	,733	,534	,718	,906	,010	,433	,452	,811	,181	,784	,522		,834
	N	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12
d15	Pearson Correlation	,002	,510	-,129	,319	,063	,149	-,333	-,097	,488	-,106	-,329	,097	,068	-,068	1
	Sig. (2-tailed)	,995	,090	,689	,312	,846	,643	,291	,765	,108	,744	,296	,764	,834		,834
	N	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12

Quadro 28 – Teste de Correlação de Pearson entre todos os dias do mês para os 12 meses do ano de 2010 (parte – 1)

A dotação de Enfermeiros no serviço de Urgência Geral do CHCB: A segurança dos cuidados na sazonalidade

d16	d17	d18	d19	d20	d21	d22	d23	d24	d25	d26	d27	d28	d29	d30	d31
,425	,631	,239	,130	,265	,087	,592	,401	,361	-,114	,302	-,319	-,235	,192	,606	,644
,168	,028	,454	,688	,405	,787	,043	,196	,249	,724	,341	,313	,462	,572	,048	,118
12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	11	11	7
,703	,200	,217	,259	,308	-,154	,358	,309	-,229	-,022	,069	-,488	-,266	-,052	,233	,174
,011	,533	,497	,416	,329	,633	,254	,328	,474	,945	,832	,108	,403	,880	,490	,710
12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	11	11	7
,288	,697	,123	-,167	-,127	-,112	,471	,160	,305	-,011	,093	-,235	,204	,191	,385	,612
,364	,012	,702	,604	,695	,729	,122	,619	,335	,972	,773	,463	,524	,574	,242	,144
12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	11	11	7
,520	,099	,552	,073	,005	,107	,304	,441	-,171	,375	-,244	-,341	-,016	-,363	,453	,058
,083	,760	,063	,822	,987	,740	,336	,151	,594	,229	,444	,278	,962	,272	,162	,902
12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	11	11	7
-,178	,166	,095	,704	,575	,077	,271	-,012	,432	-,027	,432	-,351	-,263	-,115	-,212	,574
,580	,607	,768	,011	,050	,813	,394	,970	,161	,933	,161	,264	,409	,737	,532	,178
12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	11	11	7
,546	,012	-,331	,018	,314	,021	,397	-,126	-,305	,071	,529	,271	-,175	,250	,311	-,324
,066	,971	,294	,956	,321	,949	,201	,696	,336	,827	,077	,394	,587	,459	,351	,478
12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	11	11	7
,118	,192	,336	,216	,132	,646	,530	-,274	,181	,144	,691	,158	,510	,316	,304	-,081
,714	,551	,286	,501	,684	,023	,077	,388	,574	,655	,013	,624	,090	,344	,363	,862
12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	11	11	7
,062	,501	-,005	-,010	,040	-,485	,572	,205	,282	-,119	,086	-,607	-,445	-,099	,167	,846
,849	,097	,987	,974	,903	,110	,052	,522	,375	,714	,790	,036	,147	,773	,623	,017
12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	11	11	7
,544	-,137	-,222	,073	,047	-,077	,438	-,429	-,417	-,021	,451	,484	,298	,393	,343	-,268
,067	,671	,488	,822	,884	,812	,154	,164	,178	,949	,141	,110	,347	,231	,302	,561
12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	11	11	7
,096	,517	-,282	-,036	,320	,142	,333	,279	,584	,004	,278	,155	-,117	-,109	,140	,696
,766	,085	,374	,910	,311	,661	,291	,380	,046	,991	,381	,631	,717	,750	,681	,082
12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	11	11	7
,187	,298	,207	,111	-,072	,289	,322	,101	,010	-,040	,074	,135	,236	-,019	,402	-,059
,561	,347	,519	,732	,824	,362	,307	,754	,975	,903	,819	,676	,460	,956	,221	,901
12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	11	11	7
,282	,372	-,074	,135	,406	-,020	,730	,182	,345	,349	,480	-,063	-,349	-,116	,435	,593
,375	,234	,818	,677	,191	,952	,007	,572	,272	,266	,115	,846	,266	,734	,181	,160
12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	11	11	7
,098	-,252	-,381	-,235	-,295	-,251	,015	-,606	-,472	-,223	,253	,549	,244	,673	,184	-,565
,761	,430	,222	,462	,352	,431	,963	,037	,121	,487	,428	,064	,444	,023	,587	,186
12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	11	11	7
,206	-,135	,465	,456	,133	,585	,168	-,153	-,226	-,032	,243	-,088	,504	-,121	-,142	-,476
,520	,676	,128	,136	,679	,046	,602	,634	,480	,920	,446	,785	,095	,724	,677	,281
12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	11	11	7
,459	-,403	,095	,196	,131	-,203	,113	-,149	-,376	,125	,055	,085	,039	,137	,191	-,067
,134	,194	,769	,542	,685	,527	,727	,645	,229	,700	,864	,793	,905	,688	,574	,887
12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	11	11	7

Quadro 29 – Teste de Correlação de Pearson entre todos os dias do mês para os 12 meses do ano de 2010 (parte – 2)

A dotação de Enfermeiros no serviço de Urgência Geral do CHCB: A segurança dos cuidados na sazonalidade

d16	Pearson Correlation	,425	,703	,288	,520	-,178	,546	,118	,062	,544	,096	,187	,282	,098	,206	,459
	Sig. (2-tailed)	,168	,011	,364	,083	,580	,066	,714	,849	,067	,766	,561	,375	,761	,520	,134
	N	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12
d17	Pearson Correlation	,631	,200	,697	,099	,166	,012	,192	,501	-,137	,517	,298	,372	-,252	-,135	-,403
	Sig. (2-tailed)	,028	,533	,012	,760	,607	,971	,551	,097	,671	,085	,347	,234	,430	,676	,194
	N	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12
d18	Pearson Correlation	,239	,217	,123	,552	,095	-,331	,336	-,005	-,222	-,282	,207	-,074	-,381	,465	,095
	Sig. (2-tailed)	,454	,497	,702	,063	,768	,294	,286	,987	,488	,374	,519	,818	,222	,128	,769
	N	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12
d19	Pearson Correlation	,130	,259	-,167	,073	,704	,018	,216	-,010	,073	-,036	,111	,135	-,235	,456	,196
	Sig. (2-tailed)	,688	,416	,604	,822	,011	,956	,501	,974	,822	,910	,732	,677	,462	,136	,542
	N	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12
d20	Pearson Correlation	,265	,308	-,127	,005	,575	,314	,132	,040	,047	,320	-,072	,406	-,295	,133	,131
	Sig. (2-tailed)	,405	,329	,695	,987	,050	,321	,684	,903	,884	,311	,824	,191	,352	,679	,685
	N	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12
d21	Pearson Correlation	,087	-,154	-,112	,107	,077	,021	,646	-,485	-,077	,142	,289	-,020	-,251	,585	-,203
	Sig. (2-tailed)	,787	,633	,729	,740	,813	,949	,023	,110	,812	,661	,362	,952	,431	,046	,527
	N	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12
d22	Pearson Correlation	,592	,358	,471	,304	,271	,397	,530	,572	,438	,333	,322	,730	,015	,168	,113
	Sig. (2-tailed)	,043	,254	,122	,336	,394	,201	,077	,052	,154	,291	,307	,007	,963	,602	,727
	N	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12
d23	Pearson Correlation	,401	,309	,160	,441	-,012	-,126	-,274	,205	-,429	,279	,101	,182	-,606	-,153	-,149
	Sig. (2-tailed)	,196	,328	,619	,151	,970	,696	,388	,522	,164	,380	,754	,572	,037	,634	,645
	N	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12
d24	Pearson Correlation	,361	-,229	,305	-,171	,432	-,305	,181	,282	-,417	,584	,010	,345	-,472	-,226	-,376
	Sig. (2-tailed)	,249	,474	,335	,594	,161	,336	,574	,375	,178	,046	,975	,272	,121	,480	,229
	N	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12
d25	Pearson Correlation	-,114	-,022	-,011	,375	-,027	,071	,144	-,119	-,021	,004	-,040	,349	-,223	-,032	,125
	Sig. (2-tailed)	,724	,945	,972	,229	,933	,827	,655	,714	,949	,991	,903	,266	,487	,920	,700
	N	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12
d26	Pearson Correlation	,302	,069	,093	-,244	,432	,529	,691	,086	,451	,278	,074	,480	,253	,243	,055
	Sig. (2-tailed)	,341	,832	,773	,444	,161	,077	,013	,790	,141	,381	,819	,115	,428	,446	,864
	N	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12
d27	Pearson Correlation	-,319	-,488	-,235	-,341	-,351	,271	,158	-,607	,484	,155	,135	-,063	,549	-,088	,085
	Sig. (2-tailed)	,313	,108	,463	,278	,264	,394	,624	,036	,110	,631	,676	,846	,064	,785	,793
	N	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12
d28	Pearson Correlation	-,235	-,266	,204	-,016	-,263	-,175	,510	-,445	,298	-,117	,236	-,349	,244	,504	,039
	Sig. (2-tailed)	,462	,403	,524	,962	,409	,587	,090	,147	,347	,717	,460	,266	,444	,095	,905
	N	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12
d29	Pearson Correlation	,192	-,052	,191	-,363	-,115	,250	,316	-,099	,393	-,109	-,019	-,116	,673	-,121	,137
	Sig. (2-tailed)	,572	,880	,574	,272	,737	,459	,344	,773	,231	,750	,956	,734	,023	,724	,688
	N	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11
d30	Pearson Correlation	,606	,233	,385	,453	-,212	,311	,304	,167	,343	,140	,402	,435	,184	-,142	,191
	Sig. (2-tailed)	,048	,490	,242	,162	,532	,351	,363	,623	,302	,681	,221	,181	,587	,677	,574
	N	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11
d31	Pearson Correlation	,644	,174	,612	,058	,574	-,324	-,081	,846	-,268	,696	-,059	,593	-,565	-,476	-,067
	Sig. (2-tailed)	,118	,710	,144	,902	,178	,478	,862	,017	,561	,082	,901	,160	,186	,281	,887
	N	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7

Quadro 30 – Teste de Correlação de Pearson entre todos os dias do mês para os 12 meses do ano de 2010 (parte – 3)

A dotação de Enfermeiros no serviço de Urgência Geral do CHCB: A segurança dos cuidados na sazonalidade

1	,212	,077	-,030	,263	,194	,351	,374	-,331	-,051	,154	,023	-,036	,088	,508	,004
	,509	,812	,927	,409	,547	,263	,231	,293	,876	,632	,942	,911	,796	,111	,993
12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	11	11	7
,212	1	,070	-,079	,108	,076	,229	,566	,625	-,185	,000	-,277	-,084	,162	,445	,828
,509		,828	,806	,739	,814	,475	,055	,030	,564	1,000	,384	,796	,634	,170	,021
12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	11	11	7
,077	,070	1	,302	-,230	,299	,165	,027	-,005	,278	-,137	-,489	,531	,052	,310	,026
,812	,828		,340	,472	,345	,609	,935	,988	,381	,672	,106	,076	,879	,354	,956
12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	11	11	7
-,030	-,079	,302	1	,513	,278	-,157	-,079	-,019	-,020	,136	-,209	,118	-,187	-,322	-,134
,927	,806	,340		,088	,381	,627	,807	,953	,950	,674	,515	,715	,582	,334	,774
12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	11	11	7
,263	,108	-,230	,513	1	,512	,021	,415	,330	,212	,463	-,004	-,496	-,394	-,223	,289
,409	,739	,472	,088		,089	,949	,180	,295	,507	,129	,991	,101	,231	,509	,530
12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	11	11	7
,194	,076	,299	,278	,512	1	,012	,204	,267	,337	,451	,212	,250	-,051	,114	-,150
,547	,814	,345	,381	,089		,970	,524	,401	,284	,141	,508	,433	,881	,739	,747
12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	11	11	7
,351	,229	,165	-,157	,021	,012	1	-,131	,163	,216	,633	-,062	,020	,242	,586	,429
,263	,475	,609	,627	,949	,970		,685	,614	,501	,027	,849	,950	,474	,058	,337
12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	11	11	7
,374	,566	,027	-,079	,415	,204	-,131	1	,341	,035	-,334	-,451	-,560	-,533	,045	,534
,231	,055	,935	,807	,180	,524	,685		,278	,913	,289	,141	,059	,091	,894	,217
12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	11	11	7
-,331	,625	-,005	-,019	,330	,267	,163	,341	1	,217	,285	-,114	-,187	,008	,123	,875
,293	,030	,988	,953	,295	,401	,614	,278		,499	,369	,725	,561	,980	,719	,010
12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	11	11	7
-,051	-,185	,278	-,020	,212	,337	,216	,035	,217	1	,240	,057	-,009	-,269	,245	-,164
,876	,564	,381	,950	,507	,284	,501	,913	,499		,452	,860	,978	,424	,468	,725
12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	11	11	7
,154	,000	-,137	,136	,463	,451	,633	-,334	,285	,240	1	,408	,071	,361	,274	,105
,632	1,000	,672	,674	,129	,141	,027	,289	,369	,452		,188	,827	,275	,416	,823
12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	11	11	7
,023	-,277	-,489	-,209	-,004	,212	-,062	-,451	-,114	,057	,408	1	,289	,491	,237	-,443
,942	,384	,106	,515	,991	,508	,849	,141	,725	,860	,188		,363	,125	,482	,320
12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	11	11	7
-,036	-,084	,531	,118	-,496	,250	,020	-,560	-,187	-,009	,071	,289	1	,654	,343	-,470
,911	,796	,076	,715	,101	,433	,950	,059	,561	,978	,827	,363		,029	,301	,287
12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	11	11	7
,088	,162	,052	-,187	-,394	-,051	,242	-,533	,008	-,269	,361	,491	,654	1	,580	-,008
,796	,634	,879	,582	,231	,881	,474	,091	,980	,424	,275	,125	,029		,061	,986
11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	7
,508	,445	,310	-,322	-,223	,114	,586	,045	,123	,245	,274	,237	,343	,580	1	,245
,111	,170	,354	,334	,509	,739	,058	,894	,719	,468	,416	,482	,301	,061		,596
11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	7
,004	,828	,026	-,134	,289	-,150	,429	,534	,875	-,164	,105	-,443	-,470	-,008	,245	1
,993	,021	,956	,774	,530	,747	,337	,217	,010	,725	,823	,320	,287	,986	,596	
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7

Quadro 31 – Teste de Correlação de Pearson entre todos os dias do mês para os 12 meses do ano de 2010 (parte – 4)

O quadro anterior apresenta o teste de correlação de Pearson, apresenta-se primeiro o quadro na sua totalidade e depois dividiu-se o quadro em quatro para uma melhor visualização e verificação dos resultados. Testou-se a hipótese de haver algum grau de associação relativamente ao número de atendimentos no Serviço de Urgência Geral do CHCB entre os dias dos meses do ano de 2010. Foram testadas as correlações entre todos os dias do mês para os doze meses do ano de 2010.

Verificou-se que alguns dos resultados por estarem próximos de 1 poderia significar haver uma relação forte entre as variáveis.

As que são significativas estão assinaladas a amarelo, em que parece haver uma relação dos números dos dias 1 de cada mês com os dias 8, 12, 17, 22, e 30.

Após observação dos dados e também pelo próprio valor de Sig., que é maior que 0,05 e portanto não são dados estatisticamente valorizáveis. Também não se encontrou qualquer associação quer do número de atendimentos quer do próprio dia da semana.

Em suma este teste não apresenta dados estatísticos valorizáveis para o presente estudo e para a hipótese levantada.

Apresenta-se seguidamente a representação gráfica do número de ocorrências por turno em cada dia e nos meses do ano de 2010.

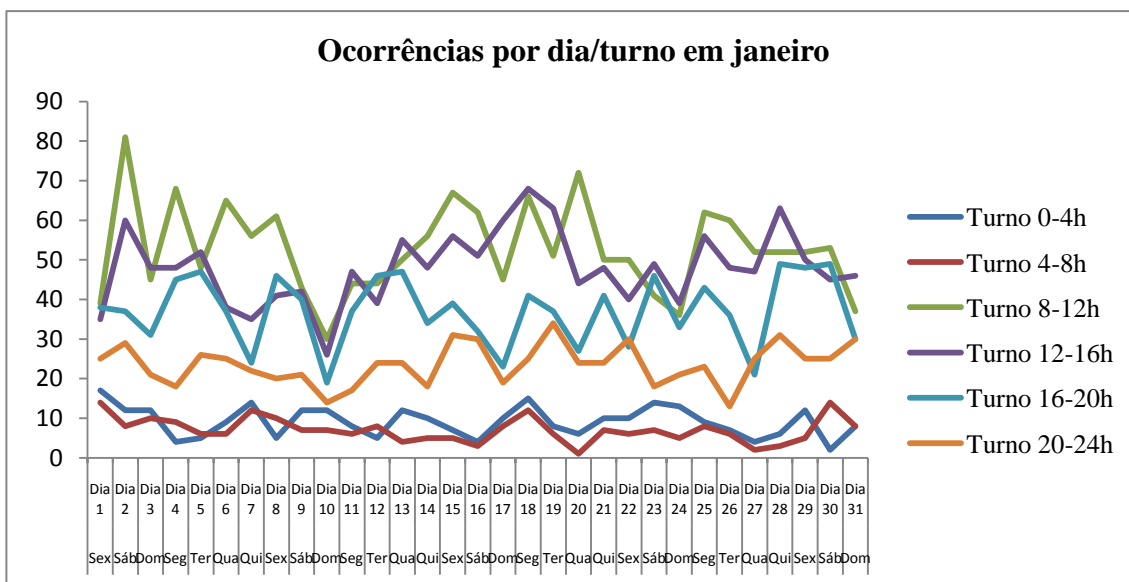


Gráfico 2 – Ocorrências por dia/turno em Janeiro de 2010

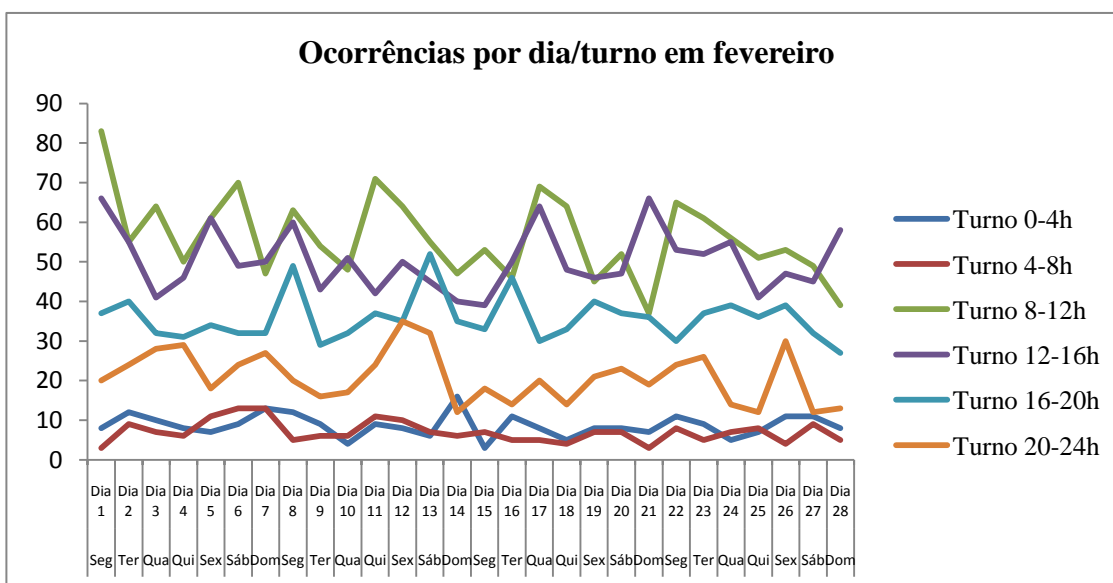


Gráfico 3 – Ocorrências por dia/turno em Fevereiro de 2010

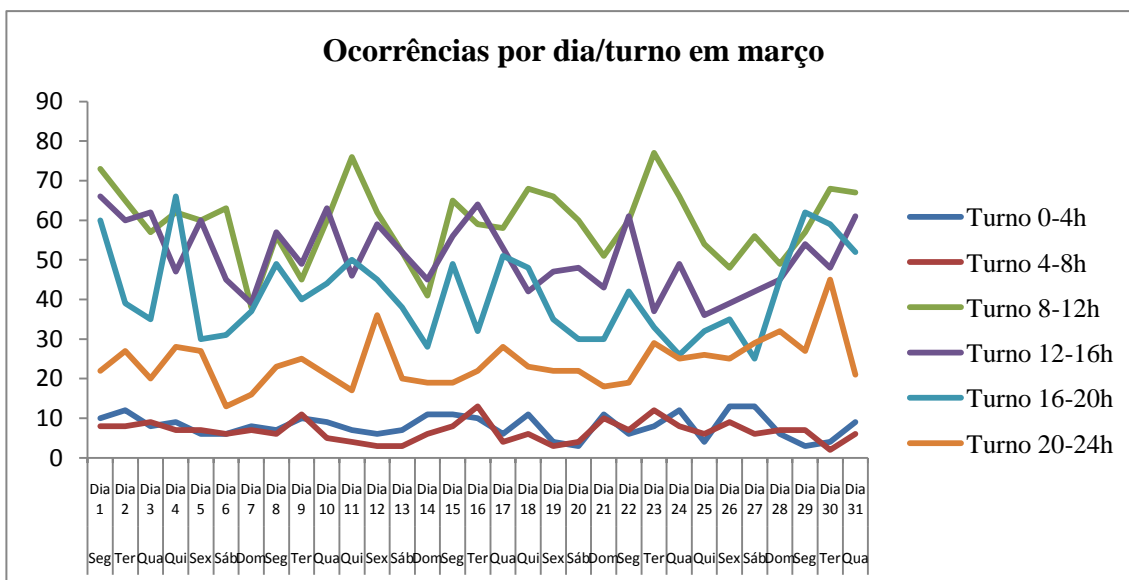


Gráfico 4 – Ocorrências por dia/turno em Março de 2010

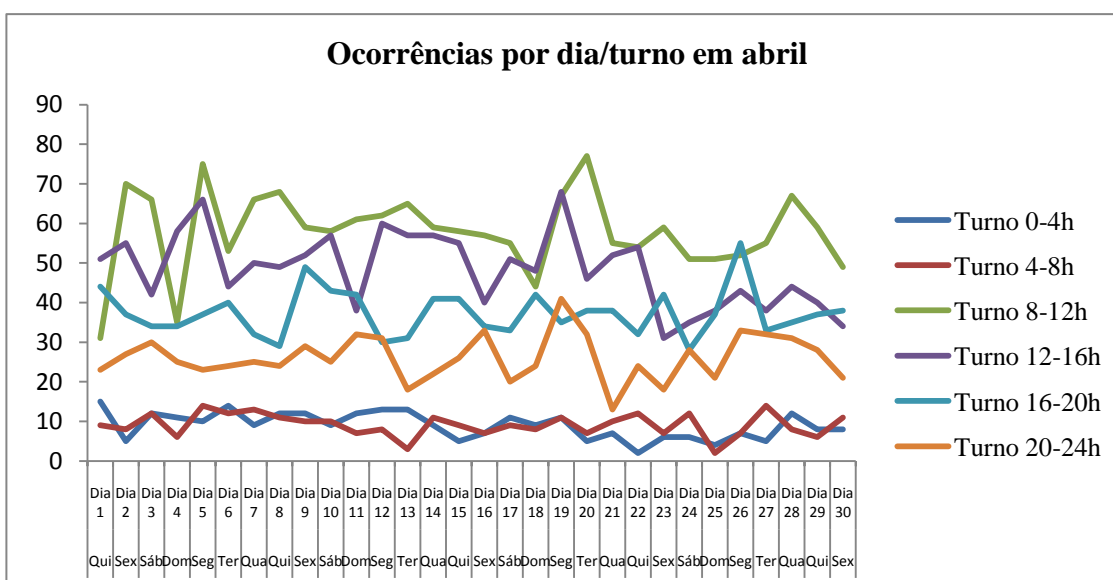


Gráfico 5 – Ocorrências por dia/turno em Abril de 2010

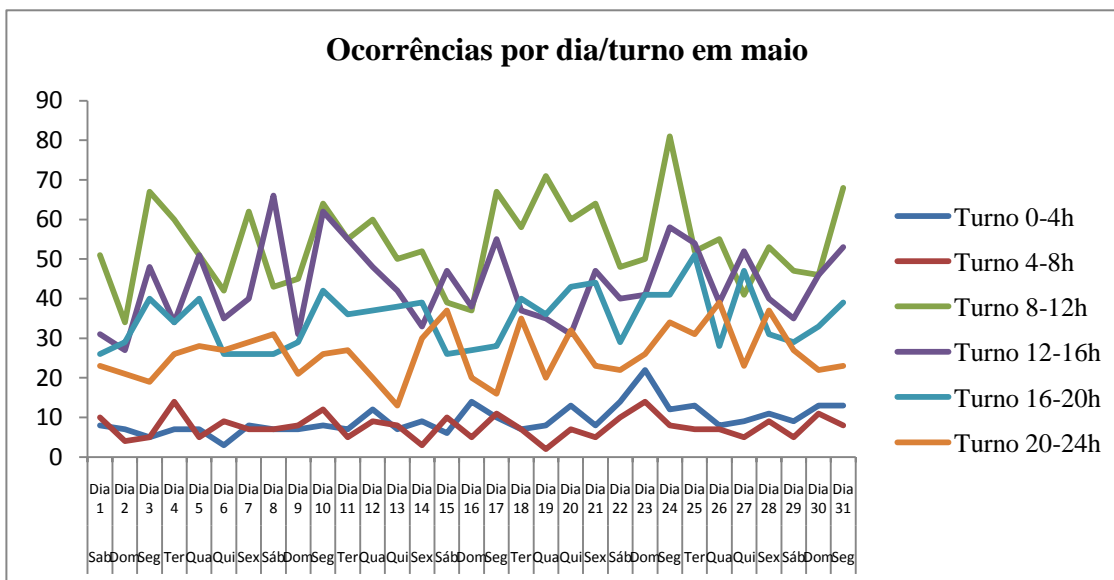


Gráfico 6 – Ocorrências por dia/turno em Maio de 2010

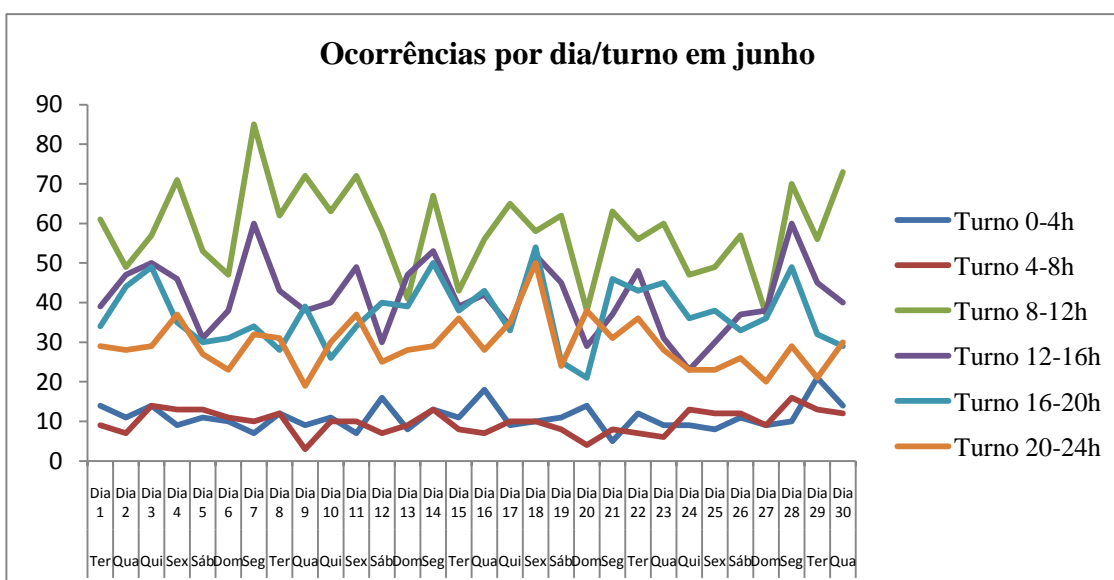


Gráfico 7 – Ocorrências por dia/turno em Junho de 2010

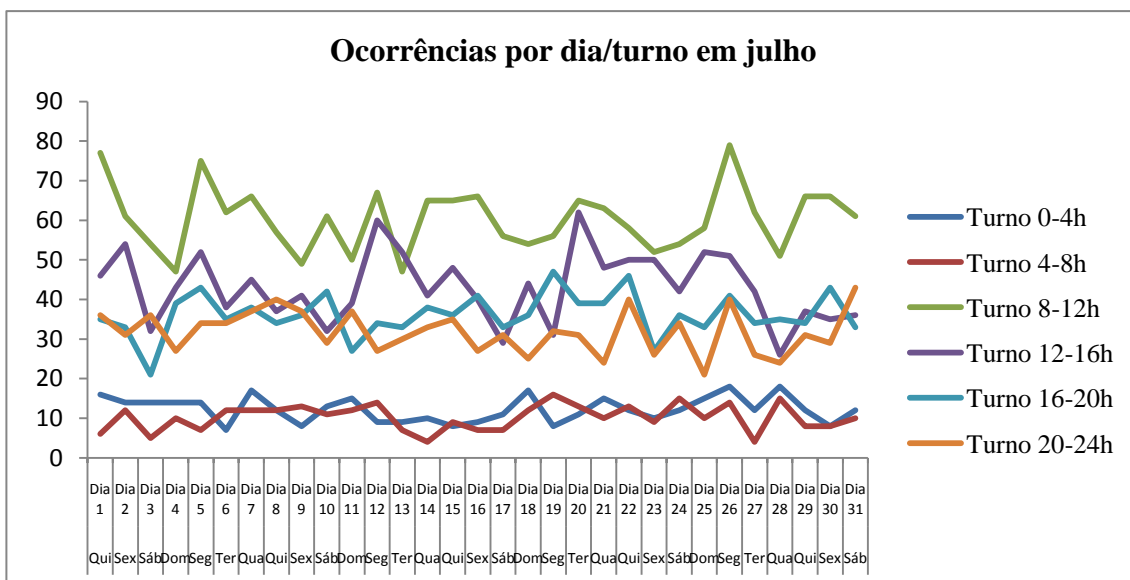


Gráfico 8 – Ocorrências por dia/turno em Julho de 2010

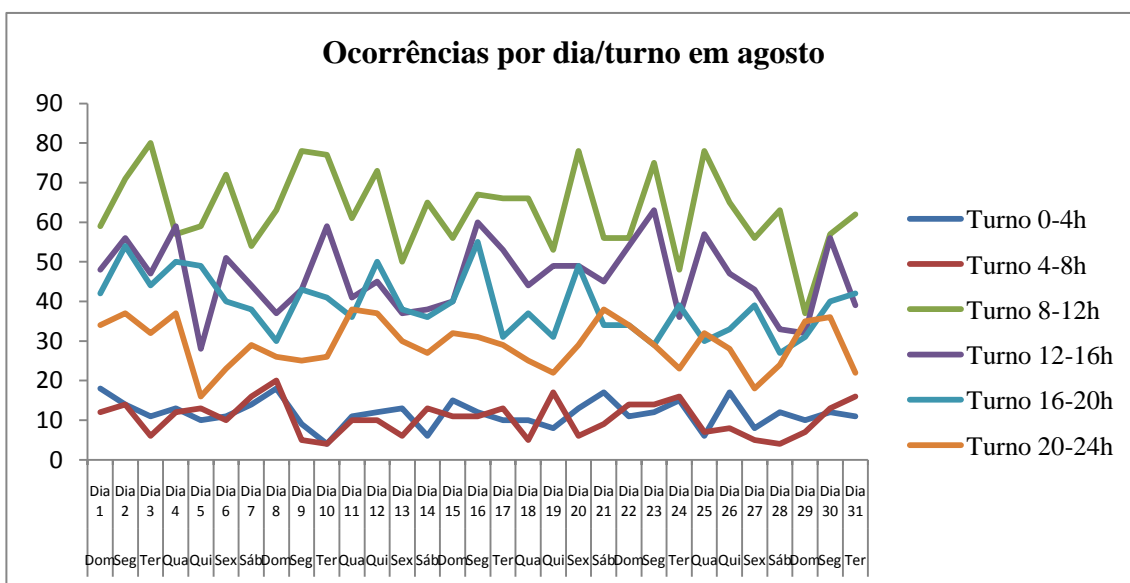


Gráfico 9 – Ocorrências por dia/turno em Agosto de 2010

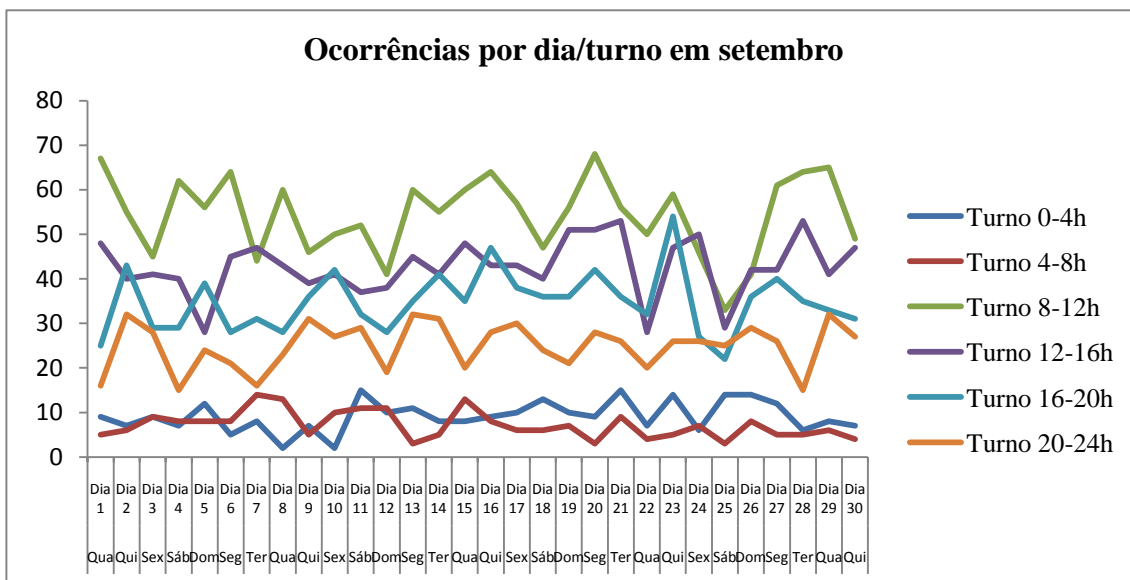


Gráfico 10 – Ocorrências por dia/turno em Setembro de 2010

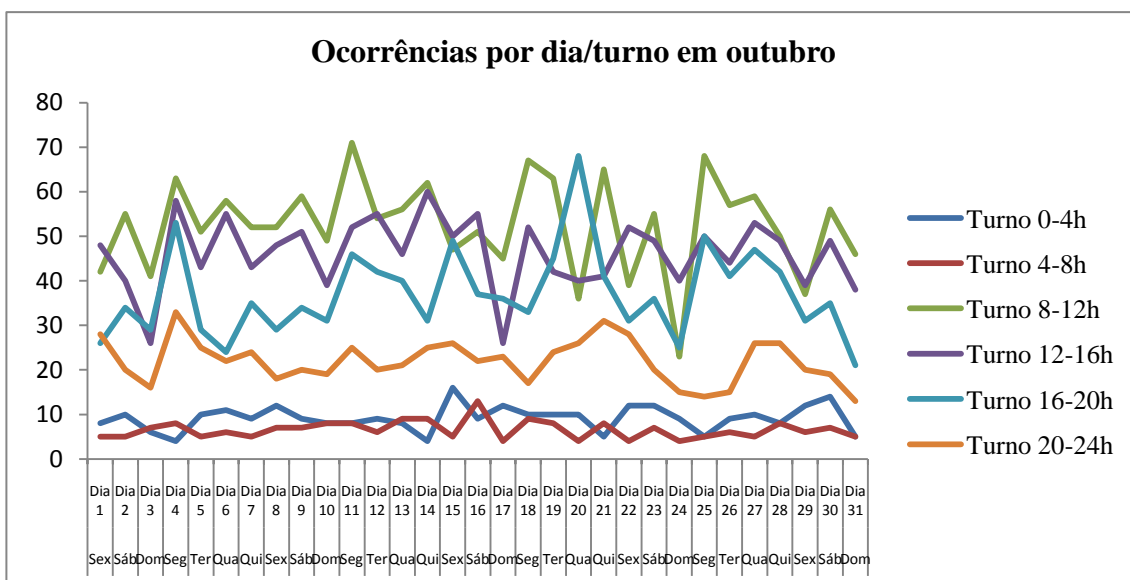


Gráfico 11 – Ocorrências por dia/turno em Outubro de 2010

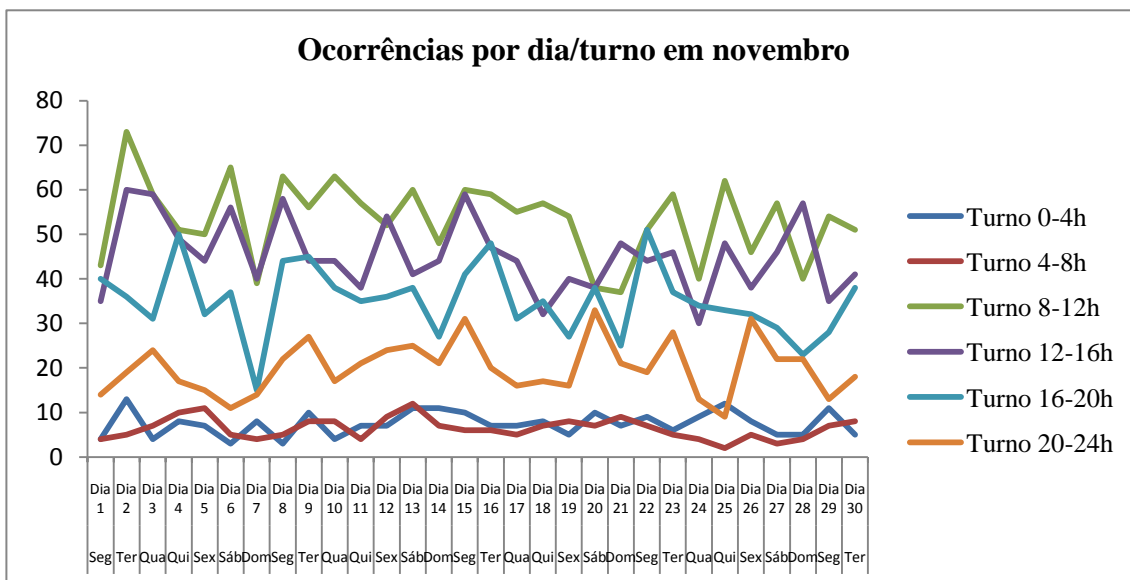


Gráfico 12 – Ocorrências por dia/turno em Novembro de 2010

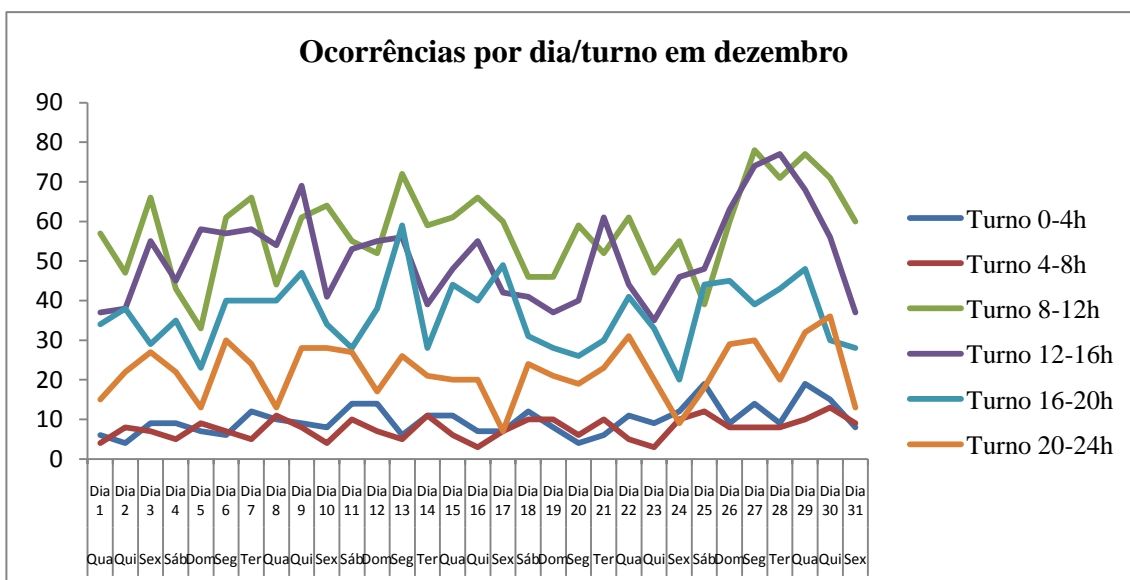


Gráfico 13 – Ocorrências por dia/turno em Dezembro de 2010

Ao fazer uma análise a este conjunto de gráficos (gráfico 2 a 13), podemos verificar o seguinte:

- Há grandes flutuações no número de atendimentos nos diferentes dias
 - Os picos máximos de atendimentos são na sua maioria à Segunda-feira
 - Na maioria dos Domingos há uma diminuição no número de atendimentos
 - Nos três turnos 08 -12 h, 12 -16 h, 16 – 20 h é onde há maior número de atendimentos e há também maior flutuação nesse número, facto consubstanciado pelos valores do desvio padrão
 - Nos turnos 0 – 04 h e 04 – 08 h é onde o número de atendimentos é mais regular
 - Janeiro e Agosto são meses que apresentam grandes flutuações
 - No dia 20 de Outubro, uma Quarta-feira o turno das 16 – 20 h, ultrapassa o turno das 08 – 12 h atingindo quase o dobro do número de atendimentos, facto que talvez possa ser justificado por ser feriado municipal.
 - Em Dezembro o pico máximo de atendimentos é atingido a um Domingo
- 26/12/2010

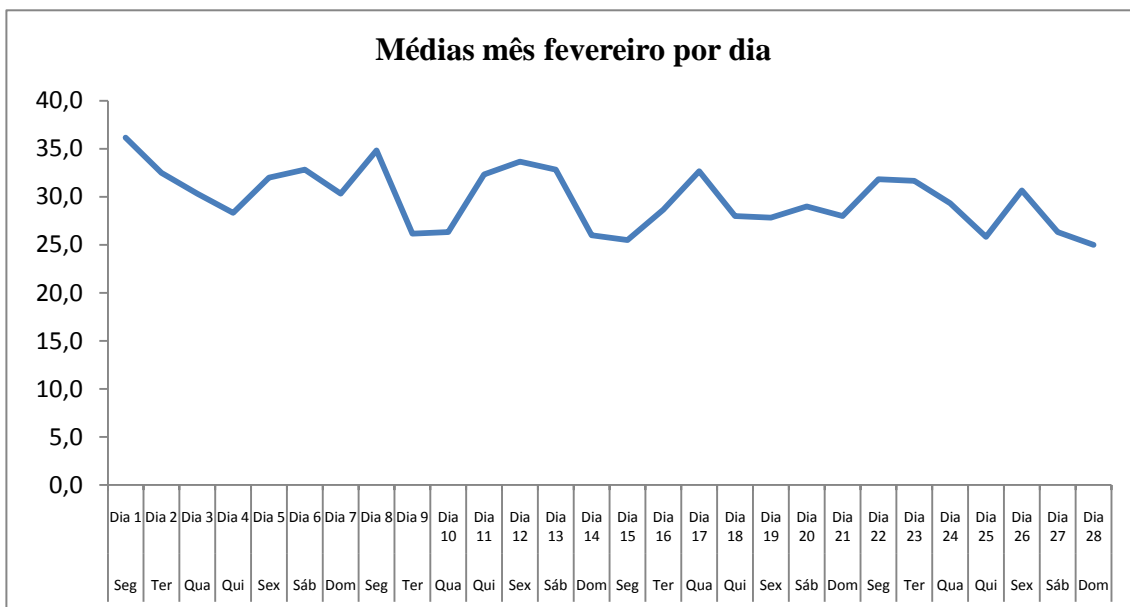


Gráfico 16 – Médias por dia no mês de Fevereiro de 2010

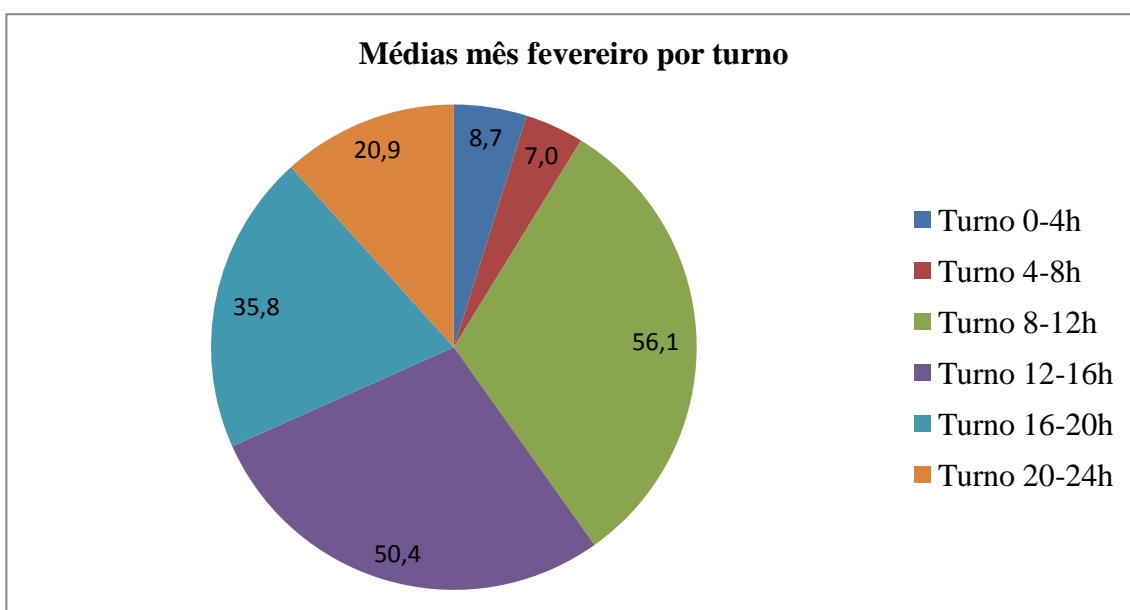


Gráfico 17 – Médias por turno no mês de Fevereiro de 2010

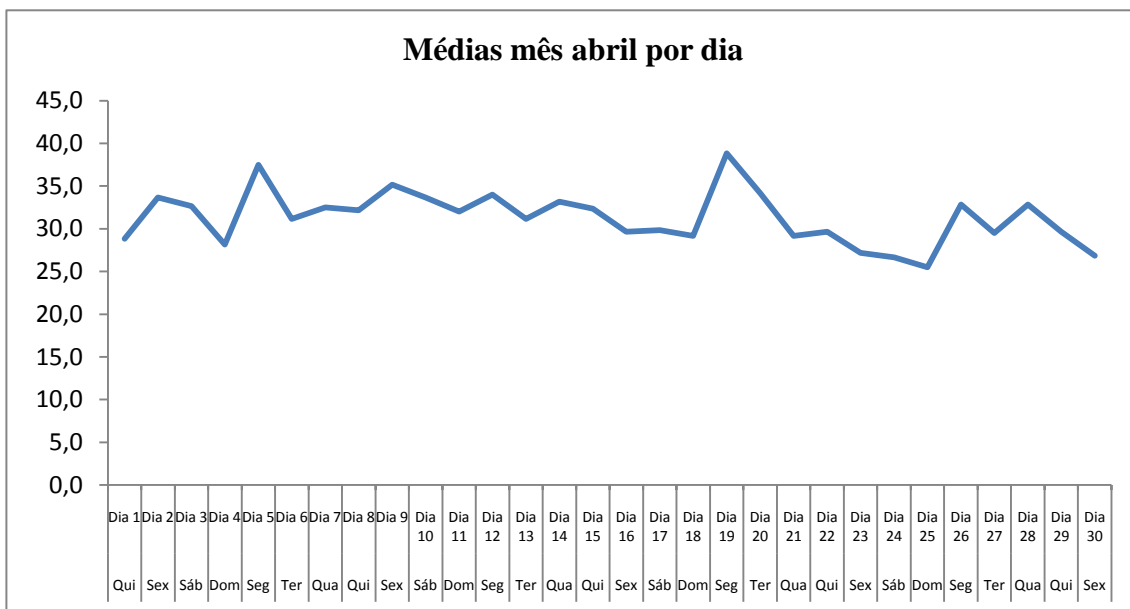


Gráfico 20 – Médias por dia no mês de Abril de 2010



Gráfico 21 – Médias por dia no mês de Abril de 2010

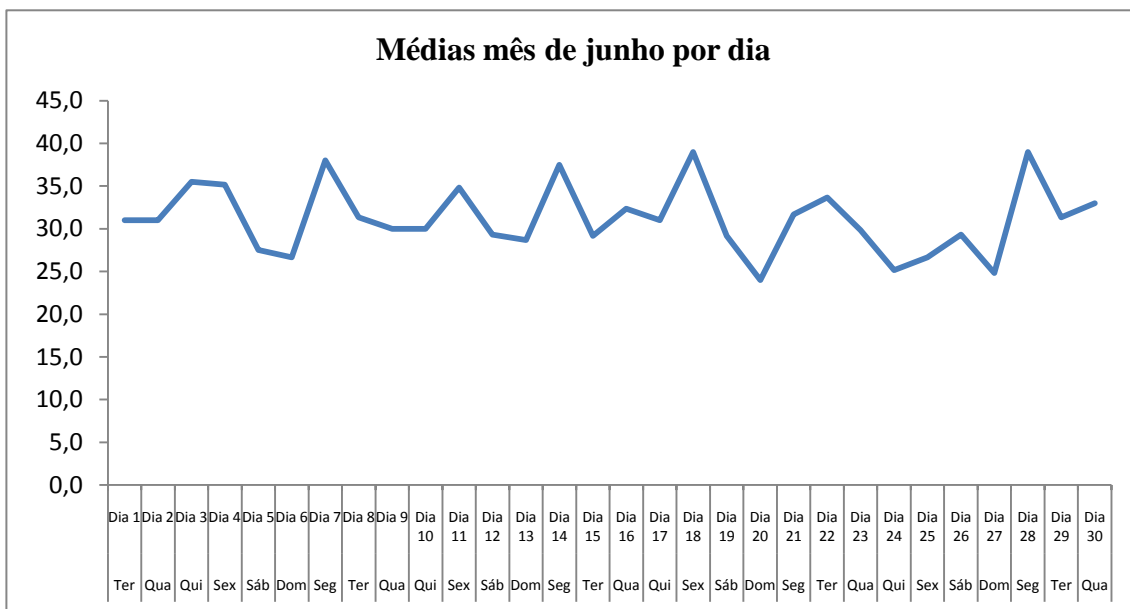


Gráfico 24 – Médias por dia no mês de Junho de 2010

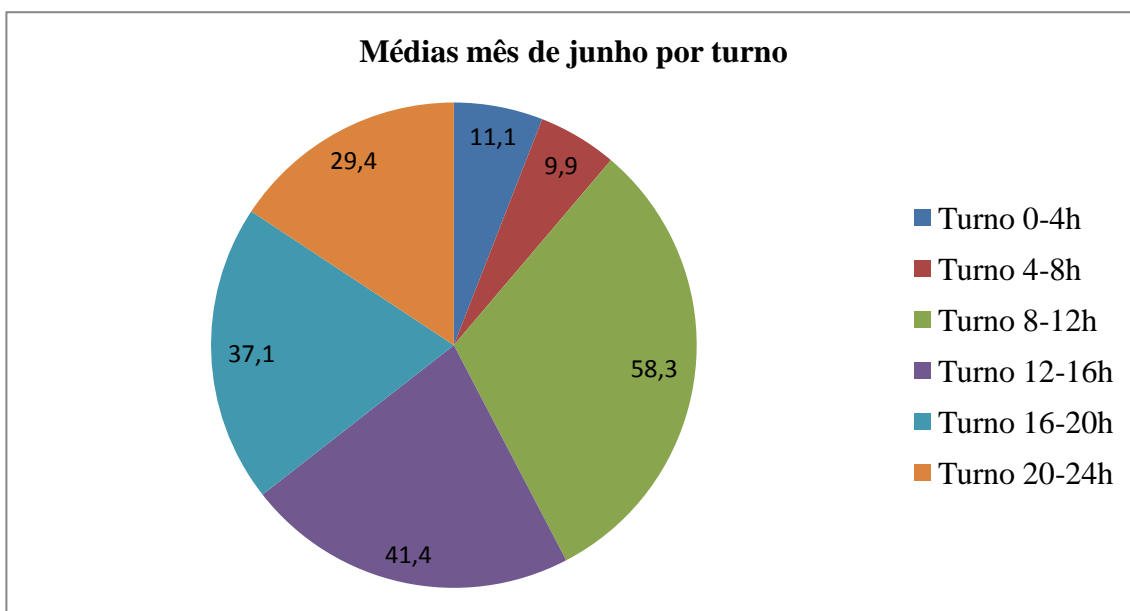


Gráfico 25 – Médias por turno no mês de Junho de 2010

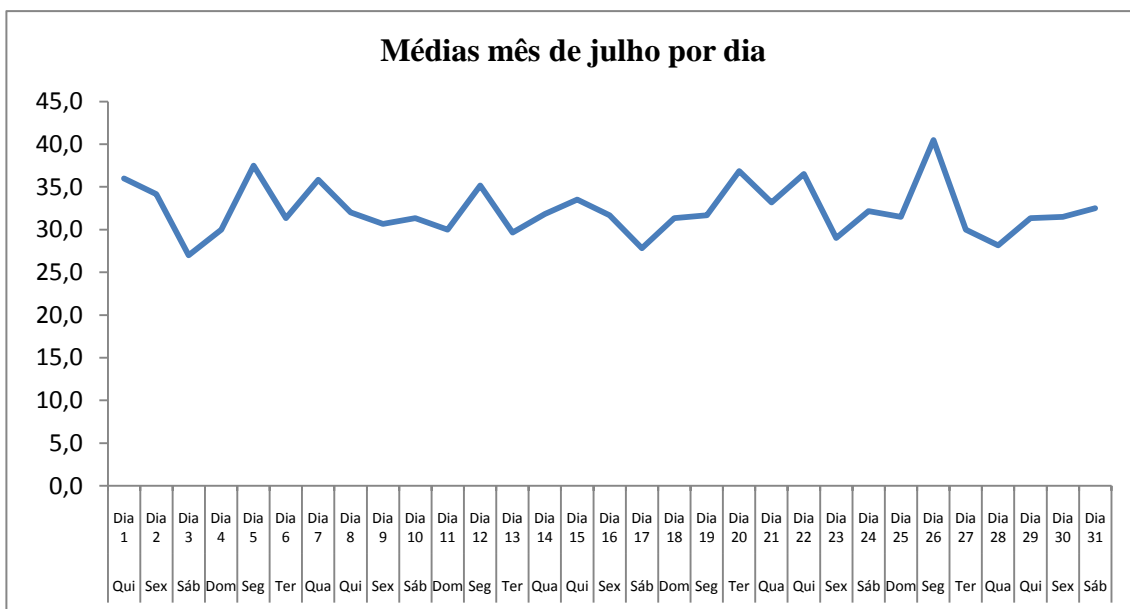


Gráfico 26 – Médias por dia no mês de Julho de 2010

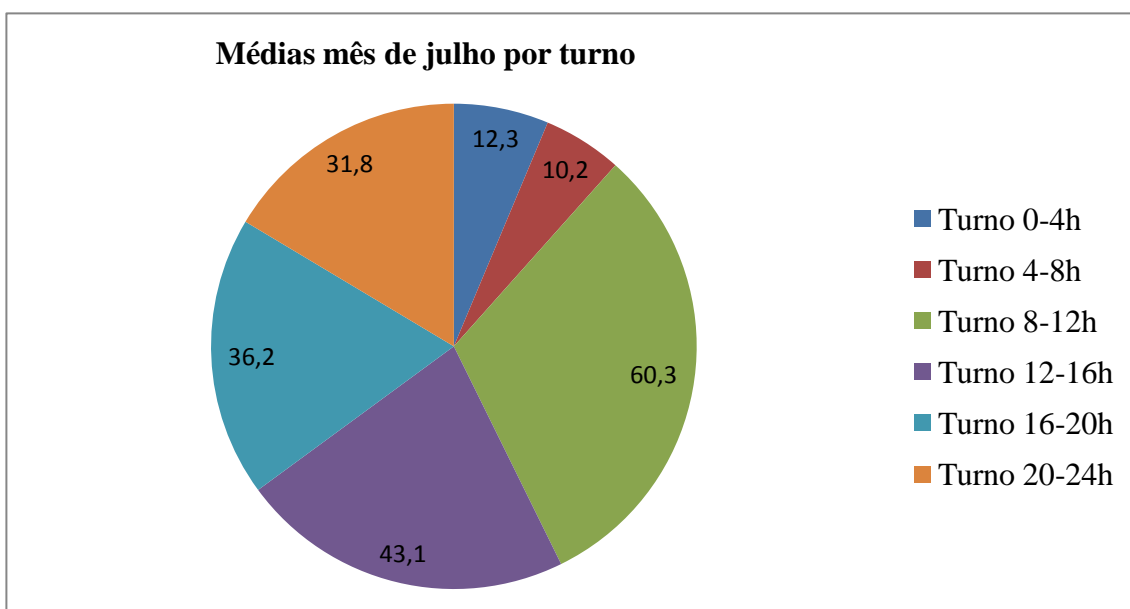


Gráfico 27 – Médias por turno no mês de Julho de 2010

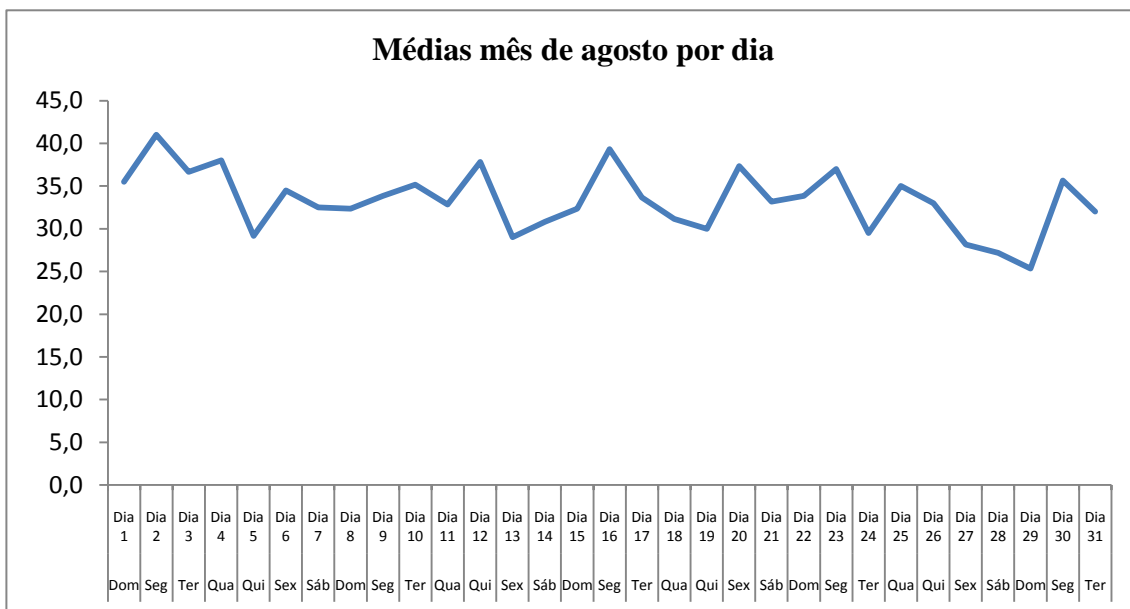


Gráfico 28 – Médias por dia no mês de Agosto de 2010

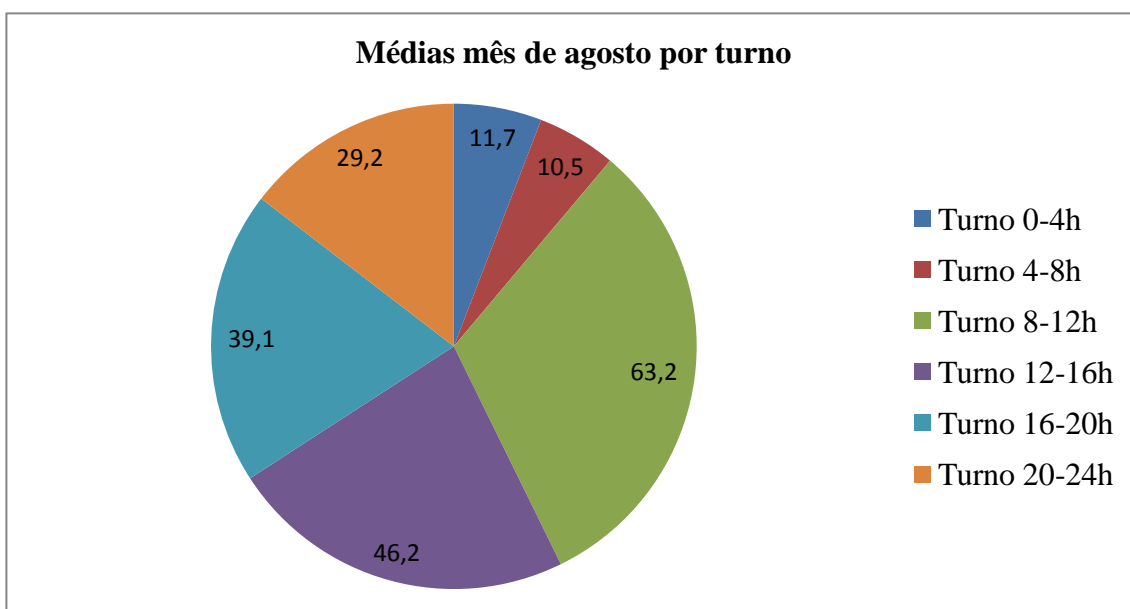


Gráfico 29 – Médias por turno no mês de Agosto de 2010

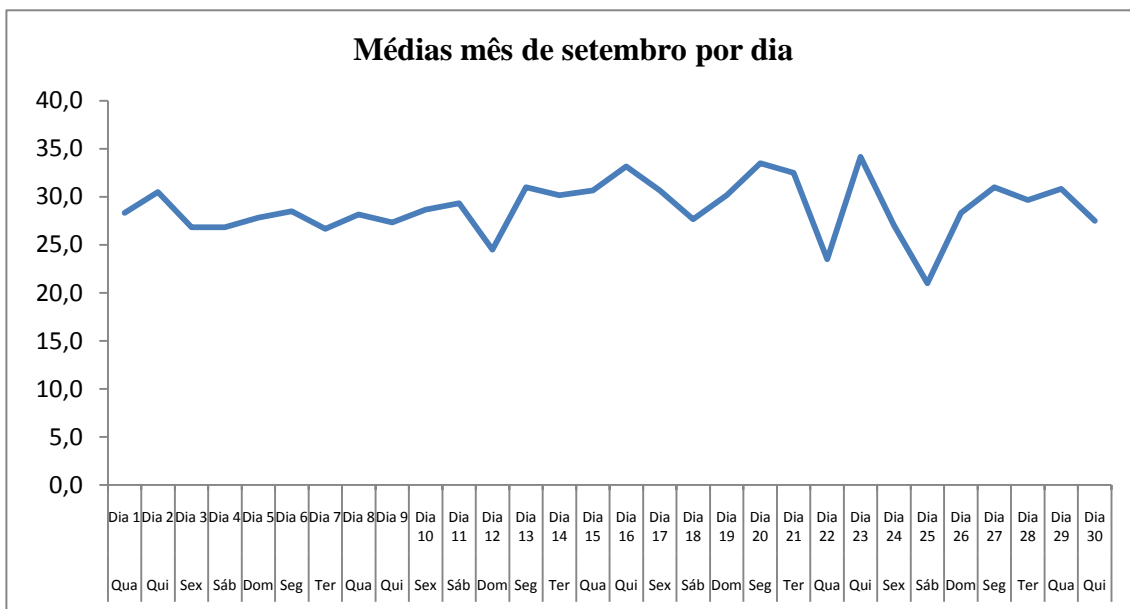


Gráfico 30 – Médias por dia no mês de Setembro de 2010

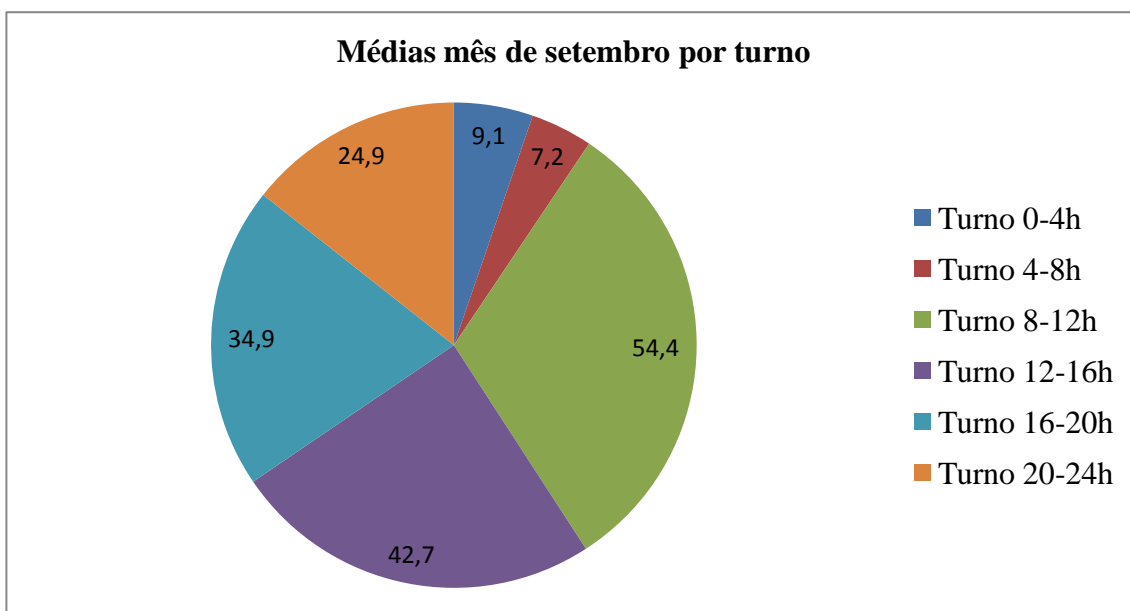


Gráfico 31 – Médias por turno no mês de Setembro de 2010

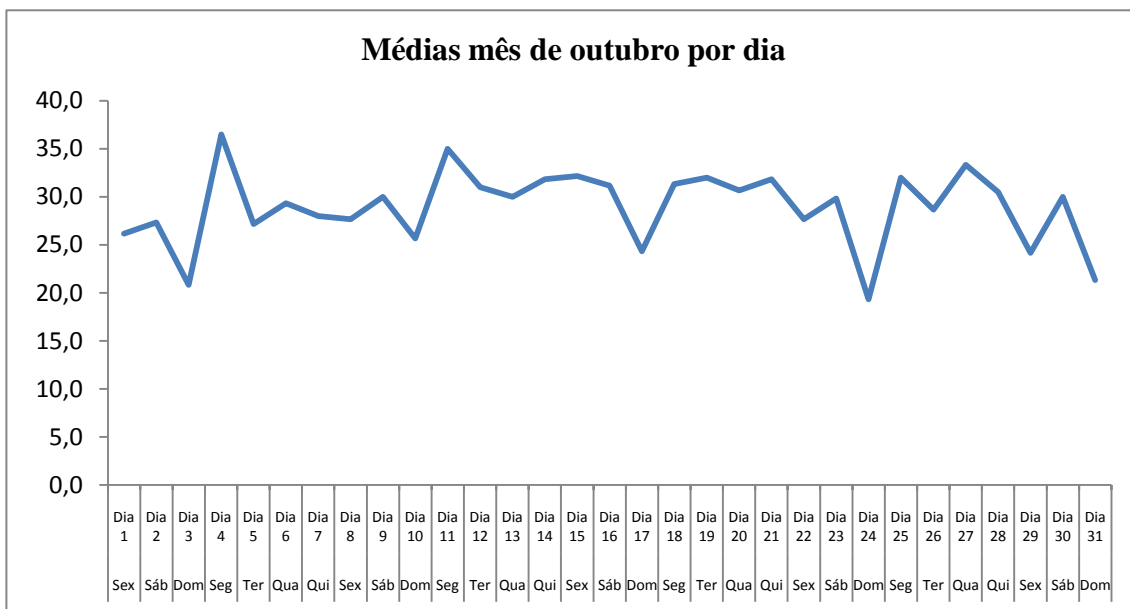


Gráfico 32 – Médias por dia no mês de Outubro de 2010

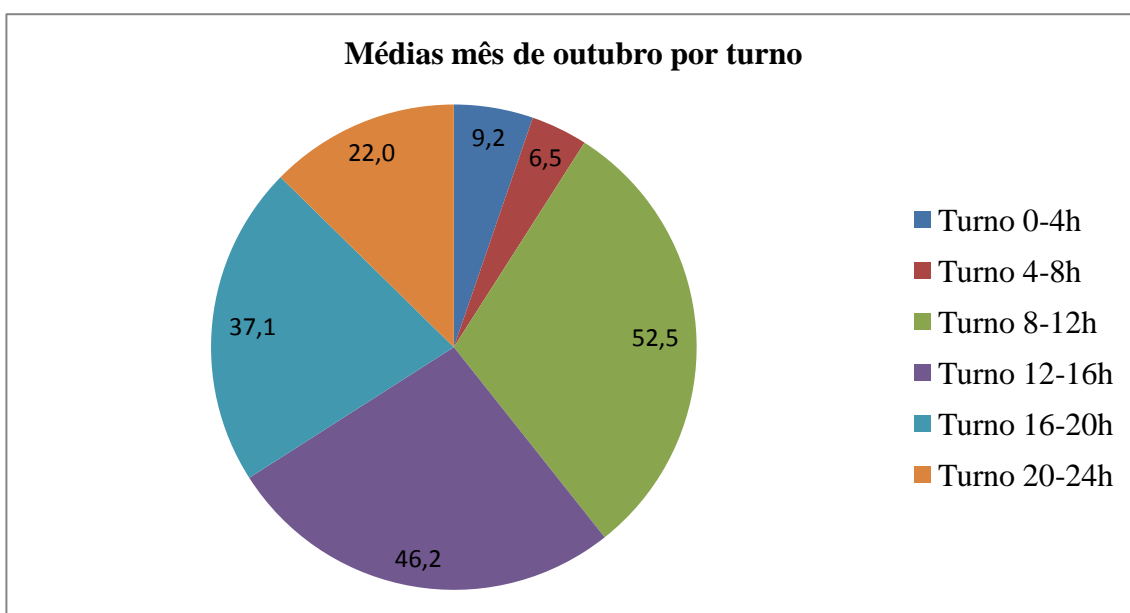


Gráfico 33 – Médias por turno no mês de Outubro de 2010

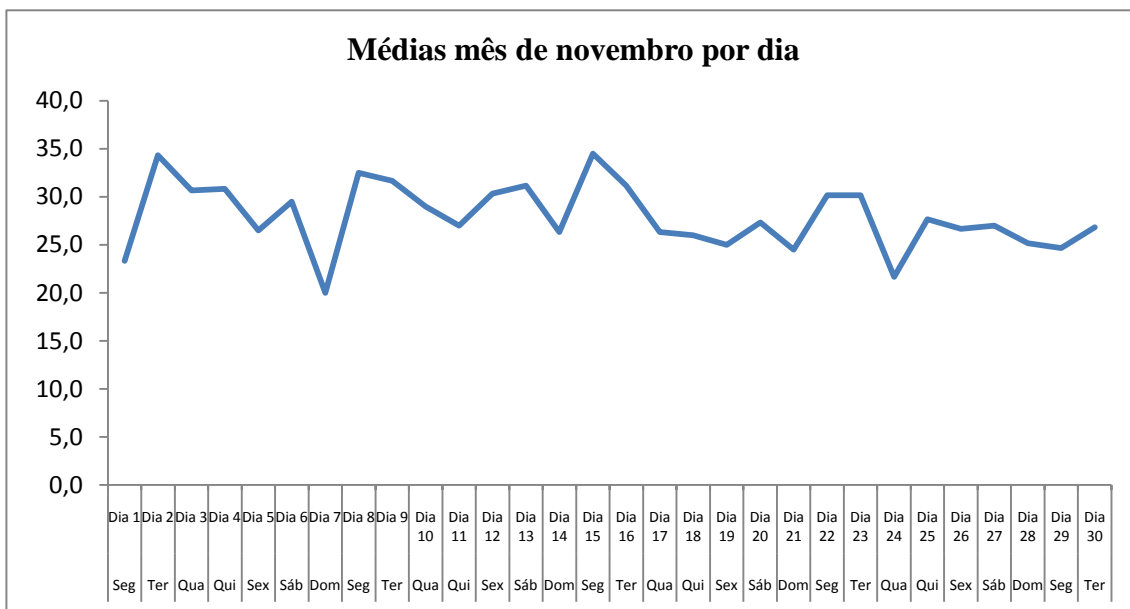


Gráfico 34 – Médias por dia no mês de Novembro de 2010

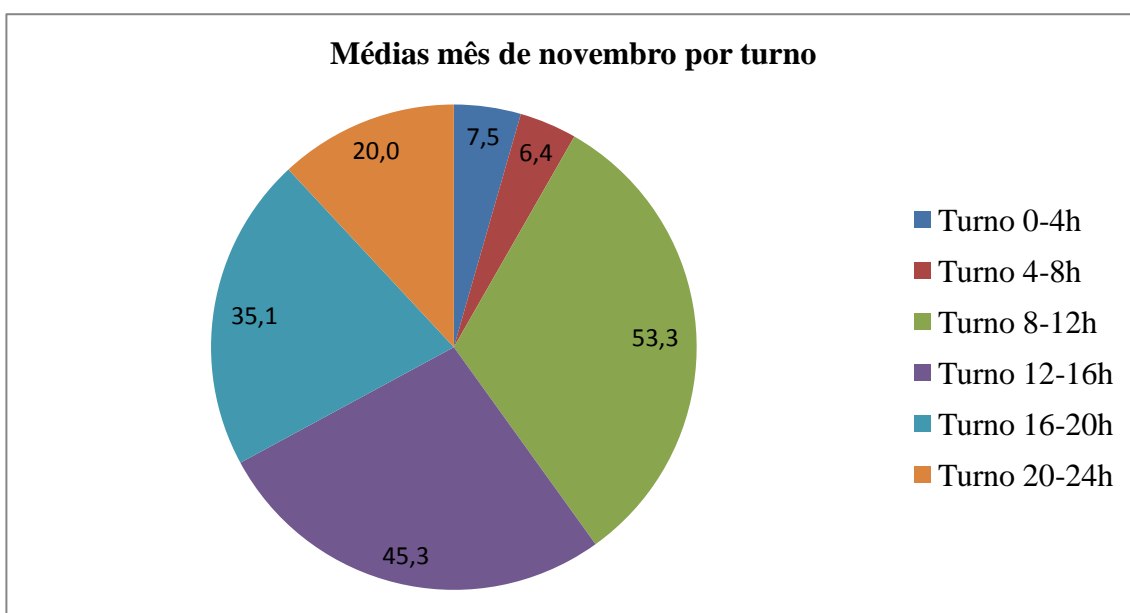


Gráfico 35 – Médias por turno no mês de Novembro de 2010

Fazendo uma análise ao conjunto anterior de gráficos (gráfico 14 a 37), observamos o seguinte:

- Os meses que apresentam grandes oscilações no número de atendimentos são Janeiro, Junho, Agosto, Outubro e Dezembro

- Os meses mais regulares no número de atendimentos são Abril, Julho e Setembro

- Na sua maioria há um aumento no número de atendimentos à Segunda-feira

- Na sua maioria há uma diminuição no número de atendimentos ao Domingo

- O conjunto dos turnos que vai das 08 – 20 h tem aproximadamente 75 % dos atendimentos.

NPar Tests - One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		Turno 0-4h	Turno 4-8h	Turno 8-12h	Turno 12-16h	Turno 16-20h	Turno 20-24h
N		365	365	365	365	365	365
Normal Parameters ^{a,b}	Mean	9,59	8,01	46,42	36,88	25,04	56,67
	Std. Deviation	3,526	3,275	9,413	8,029	6,830	10,526
Most Extreme Differences	Absolute	,092	,123	,053	,067	,041	,045
	Positive	,092	,123	,053	,067	,041	,037
	Negative	-,049	-,064	-,038	-,038	-,030	-,045
Kolmogorov-Smirnov Z		1,759	2,348	,860	1,007	1,274	,782
Asymp. Sig. (2-tailed)		,004	,000	,450	,262	,078	,574

Quadro 32 – Teste de Kolmogorov-Smirnov nos turnos durante o ano de 2010

Foi aplicado este teste ao nosso estudo pois ele está indicado para distribuições contínuas. Testou-se a hipótese de a população em teste ter uma distribuição normal da variável número de atendimentos por turno. Verifica-se que os dois primeiros turnos das 0 - 04 h e o das 04 - 08 h não têm uma distribuição normal, (Sig. da estatística Kolmogorov-Smirnov é menor que 0,05) dados que são consistentes com a observação dos gráficos anteriores pois nestes dois turnos há uma diminuição grande do número de atendimentos, facto que também é corroborado pelos valores do desvio padrão.

Nos outros turnos 08 -12 h, 12 - 16 h, 16 - 20 h e 20 - 24 h há efectivamente normalidade na distribuição dos atendimentos, (Sig. da estatística Kolmogorov-Smirnov é maior que 0,05), nestes turnos há também um aumento do desvio padrão atingindo este cerca de 10,5 no turno das 20 - 24 h.

Apresenta-se agora a representação gráfica em histograma da frequência do número de atendimentos por turno ao longo do ano de 2010, para verificar se apresentam uma curva de Gauss normal.

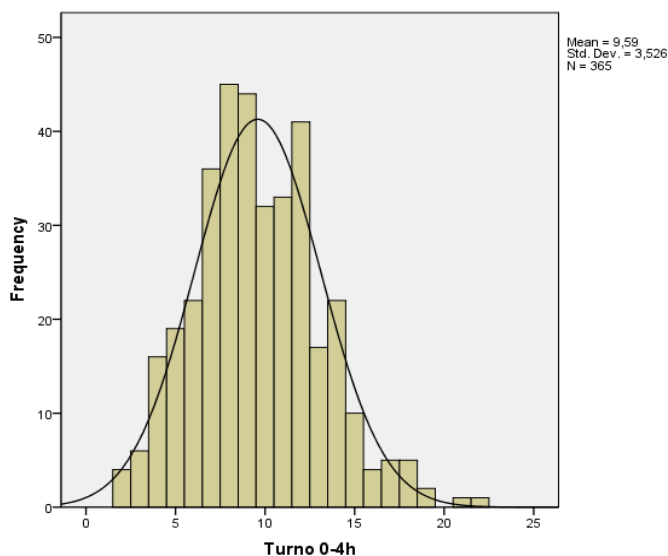


Gráfico 38 – Histograma da frequência no turno das 0 – 04 h

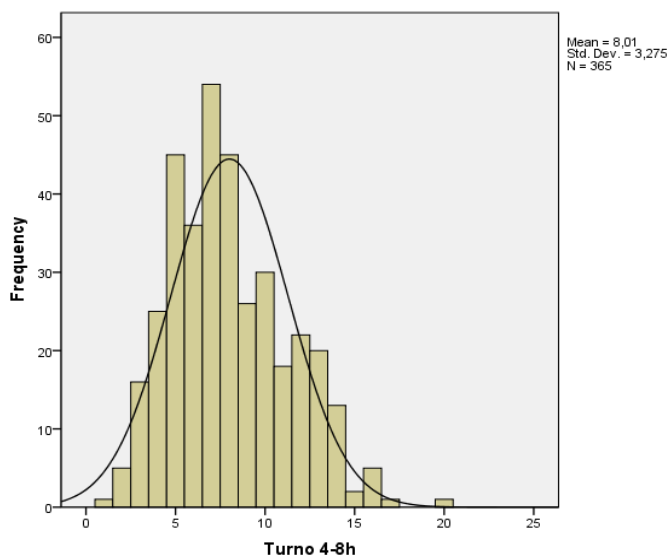


Gráfico 39 – Histograma da frequência no turno das 04 – 08 h

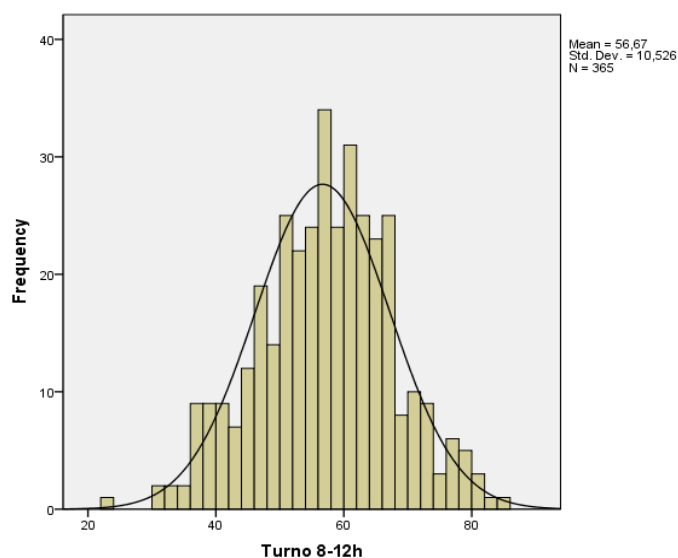


Gráfico 40 – Histograma da frequência no turno das 08 – 12 h

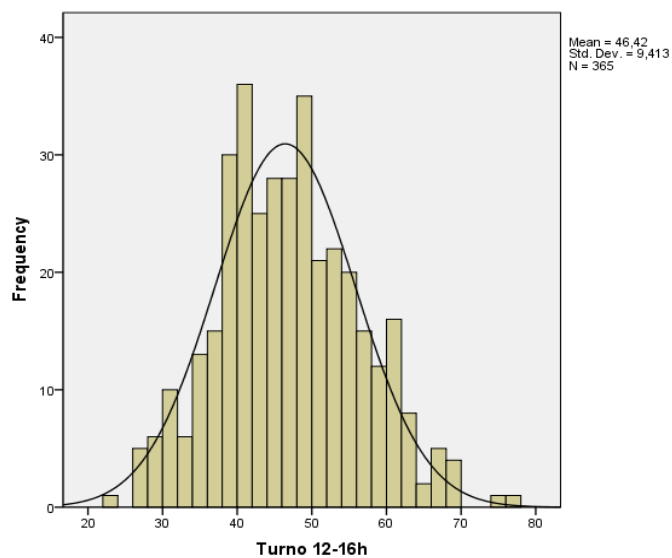


Gráfico 41 – Histograma da frequência no turno das 12 – 16 h

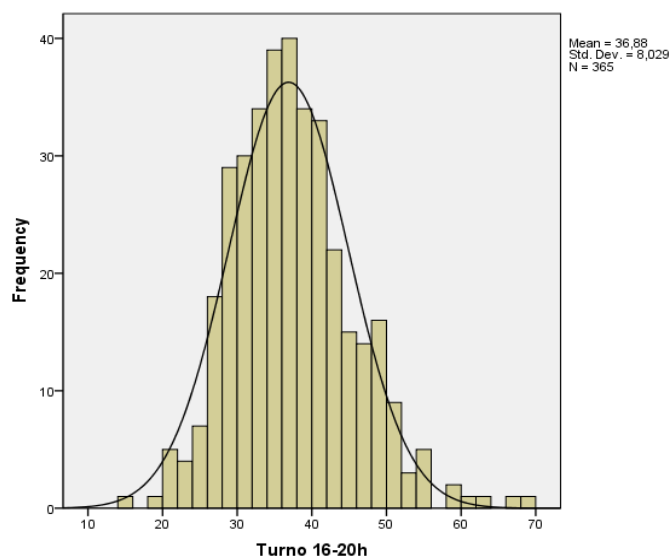


Gráfico 42 – Histograma da frequência no turno das 16 – 20 h

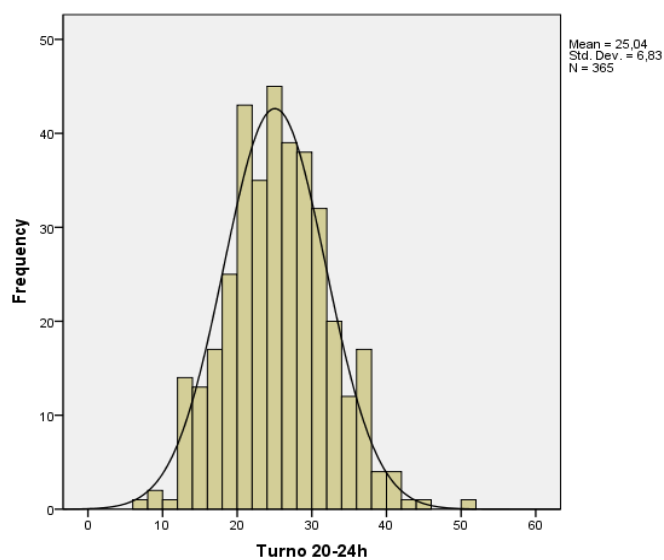


Gráfico 43 – Histograma da frequência no turno das 20 – 24 h

Ao analisar o conjunto anterior de gráficos (gráfico 38 a 43), verifica-se que todos os turnos apresentam uma curva normal e é uma curva leptocúrtica pois apresentam pico elevado.

T - Test

One-Sample Statistics				
	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
seg	313	33,96	22,638	1,280
ter	313	31,40	19,918	1,126
qua	313	30,82	20,431	1,155
qui	313	30,58	19,513	1,103
sex	318	30,08	19,033	1,067
sab	306	29,17	17,835	1,020
dom	313	26,99	15,933	,901

Quadro 33 – Teste T aplicado ao número de atendimentos por dia da semana

Foi aplicado o Teste T aos dados disponíveis com o objectivo de verificar se haveria algum dia da semana em que o número de atendimentos sofresse alterações de assinalar, isto para sabermos se existem flutuações nesse numero que de alguma forma venha a justificar ajustes na equipe de Enfermagem. A segunda-feira é o dia com mais afluência e domingo com menos afluência.

One-Sample Test

	Test Value = 30					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
seg	3,091	312	,002	3,955	1,44	6,47
ter	1,247	312	,213	1,404	-,81	3,62
qua	,711	312	,478	,821	-1,45	3,09
qui	,526	312	,599	,580	-1,59	2,75
sex	,080	317	,937	,085	-2,01	2,18
sab	-,814	305	,416	-,830	-2,84	1,18
dom	-3,345	312	,001	-3,013	-4,78	-1,24

Quadro 34 – Teste T aplicado ao número de atendimentos por dia da semana

Pela análise deste quadro chegamos á conclusão de que só os valores da segunda-feira e o de domingo têm diferenças no numero de atendimentos de assinalar, isto porque o Sig. para estes dois dias é inferior a 0,05. Os outros dias da semana não têm oscilações de assinalar ou seja o número de atendimentos é semelhante.

A segunda-feira representa o dia da semana em que se verificam diferenças significativas e em que essas oscilações na sua maioria representam um acréscimo do numero de atendimentos.

Pelo contrário ao domingo há também diferenças significativas mas as alterações no número de atendimentos na sua maioria é pela média de atendimentos ser mais baixa.

4.2 - CÁLCULO DA DOTAÇÃO DE ENFERMEIROS NO SU DO CHCB

Neste subcapítulo vai-se fazer o cálculo da dotação de Enfermeiros para o Serviço de Urgência Geral do Centro Hospitalar Cova da Beira, usando para o efeito a fórmula fornecida pelo Ministério da Saúde através de Circular Normativa, da Secretaria-geral dos Recursos Humanos nº 1/2006, de 12 de Janeiro de 2006.

Vamos usar esta fórmula pois permite o cálculo do número de Enfermeiros, relacionada com o número de atendimentos no SU, que é um objectivo deste trabalho.

Durante a pesquisa bibliográfica foi também encontrada uma outra fórmula resultante de um grupo de trabalho da ordem dos Enfermeiros e o Ministério da Saúde, mas que não permite para já a utilização de um valor que ainda será objecto de estudo por parte destas entidades.

Conforme o referido neste documento:

“ Recomenda-se a utilização da fórmula por “posto de trabalho” adaptado ao conhecimento casuístico e fluxos de procura ao longo do dia, semana e mês de cada Serviço de Urgência.

Deverá promover-se a avaliação das HCN através de sistemas específicos de cálculo para consensualizar o correspondente valor de referência das HCN.

Nos SO/Urgência recomenda-se uma linha de orientação centrada na utilização das HCN, tendo o valor das Unidades de cuidados Intermédios como referência mínima.

$$\begin{array}{c} \text{Serviço de Urgência} \\ \text{Fórmulas para Cálculo} \\ \frac{AT \times HCN/AC}{T} \quad \text{ou} \quad \frac{PT \times HF/D \times NDF/A}{T} \\ \\ \text{SO/Urgência} \\ \text{Fórmulas para Cálculo} \\ \frac{PT \times HF/D \times NDF/A}{T} \quad \text{ou} \quad \frac{DI \times HCN}{T} \end{array}$$

(Ministério da Saúde, OE, 2011:24)

Estas fórmulas ainda estão sob estudo principalmente a baseada nos atendimentos, quanto às que utilizam o posto de trabalho como ponto de partida não são tão pertinentes para usar neste trabalho.

Relativamente á fórmula que iremos utilizar, serve apenas de exemplo pois após o contacto com o departamento de contratualização da ARS Centro, foi-nos referido que desconheciam se esse método de cálculo já teria sido superiormente aprovado desconhecendo mesmo se viria a sê-lo.

Aparentemente estaria em negociação entre a Ordem dos Enfermeiros e a Ministra da Saúde, pois como foi referido anteriormente, a data de publicação da referida fórmula pelo grupo de trabalho é posterior a esta Circular Normativa.

A fórmula é a seguinte:

$$EN = \frac{At \times HCN/At}{T}$$

EN – Numero de Enfermeiros Necessários

At – Numero de atendimentos por ano

HCN/At – Número de horas de cuidados necessárias por atendimento – a fornecer pela Agencia (quociente entre o numero de atendimentos esperados e o numero total de horas/ano/afectas a esta linha de produção)

T – Numero de horas de trabalho por Enfermeiro e por ano

Valor de T = 1435 H (correspondentes a 41 semanas úteis por ano)

Assim aplicando os seguintes dados:

At= 66632

Enfermeiros = 34 (soma-se mais 1025 h correspondentes ao acréscimo de 5 Enfermeiros realizarem 40 h semanais)

Atendimentos esperados – segundo as previsões retira-se 10% às anteriores

$$EN = \frac{66632 \times (60000/49815)}{1435} = 55$$

Após este cálculo chega-se ao resultado de 55 que deveria ser o número de Enfermeiros no SU do CHCB.

Vamos também fazer o cálculo das dotações para cada turno de 8 horas. Como no cálculo anterior retira-se também 10% ao valor total.

Assim para o primeiro turno das 08 – 16 h:

$$EN = \frac{66632 \times (33870/49815)}{1435} = 31$$

No turno das 08 – 16 horas a dotação adequada ao número de atendimentos esperados seria de 31 Enfermeiros.

Para o segundo turnos das 16 – 24 horas:

$$EN = \frac{66632 \times (20344/49815)}{1435} = 19$$

No turno das 16 – 24 horas a dotação adequada ao número de atendimentos esperados seria de 19 Enfermeiros.

Para o último turno das 00 – 08 horas:

$$EN = \frac{66632 \times (5756/49815)}{1435} = 5$$

No turno das 00 – 08 horas a dotação adequada ao número de atendimentos esperados seria de 5 Enfermeiros.

Poderíamos também fazer o cálculo para turnos de 12 horas, assim o primeiro turno das 08 – 20 horas:

$$EN = \frac{66632 \times (45986/49815)}{1435} = 42$$

No turno das 08 -20 horas a dotação adequada ao número de atendimentos esperados seria de 42 Enfermeiros.

Por fim para o turno das 20 – 08 horas:

$$EN = \frac{66632 \times (13982/49815)}{1435} = 13$$

No turno das 20 – 08 horas a dotação adequada ao número de atendimentos esperados seria de 13 Enfermeiros.

5 – CRONOGRAMA

CRONOGRAMA																					
ACTIVIDADE	Fevereiro		Março				Abril					Maio				Junho					
	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27
Pesquisa Bibliográfica	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█							
Recolha de Dados							█	█	█	█	█	█	█	█							
Tratamento de Dados															█	█	█	█			
Avaliação																			█	█	
Relatório																					█

CONCLUSÃO

No final deste trabalho pensamos ter atingido os objectivos que foram propostos, foi feita referência a alguns métodos para calcular a dotação do pessoal de Enfermagem, com especial atenção ao cálculo para o serviço de Urgência baseado no número de atendimentos ao longo do ano.

Na concretização deste objectivo revelaram-se algumas dificuldades pois como foi focado no respectivo capítulo, no cálculo para o SU baseado no número de atendimentos, está ainda por formalizar oficialmente, o item número de horas de cuidados de Enfermagem necessários por atendimento. Decorrem negociações entre a Ordem dos Enfermeiros e o Ministério da Saúde no sentido de efectuar o correcto cálculo das dotações de Enfermeiros por serviço.

Relativamente à Enfermagem, o cálculo da dotação de pessoal para satisfazer as necessidades de cuidados aos doentes, tem-se revelado um grande obstáculo à gestão eficiente dos serviços de saúde.

Pensamos ser urgente definir as horas de cuidados de Enfermagem necessários por atendimento no SU e achamos que essa definição se deve basear nos contributos do sistema de classificação de doentes em Enfermagem. Este sistema de classificação será um instrumento fundamental que deverá ser utilizado pelos Enfermeiros em funções de gestão para garantir tomadas de decisão informadas, melhorar a qualidade e a segurança dos cuidados prestados através de um aumento da produtividade, diminuição de custos e correcta gestão dos recursos humanos.

Como foi referido o handicap produzido pelo sistema de classificação de doentes em Enfermagem, não se deve limitar à gestão do pessoal, usando a informação obtida para distribuir o número correcto de Enfermeiros pelos serviços de internamento, mas também usar a informação obtida para cruzar com a qualidade dos cuidados prestados nas mesmos serviços, pois acreditamos que a dotação de pessoal de Enfermagem está directamente relacionada com essa qualidade.

A fórmula que foi usada foi a possível neste momento, pois após contactos com o Departamento de contratualização da ARS Centro foi-nos facultado esta proposta provisória que carece de aprovação a nível superior. Foi assim cumprido o objectivo de calcular a dotação de Enfermeiros adequada ao serviço de UG do CHCB, baseada na necessidade de cuidados de Enfermagem por atendimento.

Este cálculo revelou que a actual dotação existente no serviço, 34 Enfermeiros está muito aquém do número que deveria existir, que é de 55 elementos. Este facto não foi uma surpresa pois a percepção ao trabalhar neste serviço é a de que o número de Enfermeiros é cada vez mais, insuficiente para atender às demandas dos utentes que diariamente procuram este serviço de Urgência, proporcionando segurança nesses cuidados.

No SU do CHCB, como na maioria dos serviços de Urgência espalhados pelo país a distribuição de Enfermeiros é feita por posto de trabalho, sem ter em conta o número de atendimentos efectuados, facto que por si só provoca uma completa desadequação das dotações nos referidos serviços, situação que se observa neste serviço.

É nossa convicção de que é muito importante usar um sistema mais fidedigno, que acompanhe a evolução rápida e constante nos cuidados de saúde, cada vez mais exigentes em cuidados de Enfermagem, é um imperativo que sejam mensuráveis de forma precisa e adequada.

O sistema de classificação de doentes em Enfermagem, poderá encarar os cuidados ao doente de forma holística, pois aplica-se aos vários domínios dos cuidados de Enfermagem, exige metodologia de trabalho na organização e implica a existência de Enfermeiros em número suficiente com conhecimentos e competências para a prestação dos cuidados em segurança.

Até à presente data o sistema de financiamento dos hospitais é praticamente baseado, unicamente em actos médicos. Neste momento assiste-se a uma tentativa de mudança para que actos de Enfermagem e de outros profissionais da saúde sejam também contabilizados na hora de calcular os financiamentos dos serviços. Só assim se poderá justificar a aplicação de dotações de Enfermeiros adequadas nos serviços, traduzindo-se em ganhos em saúde e em maior segurança para os utentes/doentes.

Apesar da especificidade e complexidade do sector da saúde e em particular a hospitalar estes podem e devem ser geridos pelos princípios de eficiência e de custo/efectividade.

Foi também feita a caracterização minuciosa do serviço de Urgência Geral do centro Hospitalar Cova da Beira, assim como a sua área de influência, foi feita também referência aos indicadores da população desta região.

Foi concretizado o objectivo de analisar o número dos atendimentos no SU de forma a serem tratados de modo a verificar se há oscilações nesse número, que justificassem uma adaptação da dotação do serviço.

Quanto a este objectivo, chegou-se às seguintes conclusões, não há oscilações de assinalar no número de atendimentos por mês, quanto aos dias verifica-se que a maioria dos picos de atendimentos se verifica às segundas-feiras e que o domingo é o dia em que geralmente há um decréscimo nesse número.

Quanto aos turnos o de maior número de atendimentos é o das 08 – 12 h, sendo que o período do dia das 08- 20 h representa mais de 76,5 % nesse número. Portanto a nível de gestão de recursos humanos e se houvesse lugar a ajustes de dotações, seriam indicadas nas segundas-feiras e no período do dia das 08 – 20 h.

Queremos salvaguardar que apesar de nos restantes turnos o número de atendimentos ser significativamente menor, os doentes dos turnos anteriores permanecem no serviço cada vez por períodos maiores ultrapassando muito frequentemente as 24 h. Estas cada vez mais longas permanências continuam a exigir horas de cuidados de Enfermagem, pelo que teriam que se ter em conta eventuais ajustes, podendo ser objecto de outro tipo de estudo.

Pensamos que há um espaço de manobra suficiente, para proporcionar aumentos de eficiência no fornecimento de cuidados de saúde no nosso País. O aumento de eficiência é um caminho por onde se deve optar para compensar o crescimento da despesa, resultante do envelhecimento da população e dos avanços tecnológicos, melhorando o estado de saúde da população.

Numa perspectiva economicista a maior qualidade reflecte-se sempre em maiores custos, no sector da saúde pode-se fazer uma análise a longo prazo em que uma maior qualidade na prevenção de doenças se possa traduzir numa redução dos futuros gastos com o tratamento dessas doenças, sem contabilizar muitas vezes os factores sofrimento, morbidade e o próprio valor de uma vida, a aposta na qualidade dos cuidados de saúde poderá significar uma forma de reduzir gastos futuros.

Numa organização que dê prioridade à qualidade, os recursos humanos têm definições do trabalho sobre qualidade equivalentes às dos utentes. Se esta prioridade não existir e as definições de qualidade são diferentes das dos utentes é muito provável que estes fiquem descontentes. Os resultados dos cuidados e tratamentos, a forma como são tratados pelo pessoal, o conforto envolvente varia consoante os diversos grupos de utentes pois possuem expectativas e culturas diferentes.

Uma forma de as instituições de saúde apostarem na qualidade passa por:

- Colocar em primeiro lugar o doente ou o utente do serviço como forma de estabelecer prioridades e ultrapassar requisitos em conflito.
- Ter presente que as unidades de saúde e de serviços sociais estão concebidos para lidar com populações, mas que os doentes e os utentes dos serviços são pessoas.
- Não exagerar as diferenças, a pressão de haver cortes em termos de custos pode ser mitigada se houver entendimento de que a qualidade é importante.
- Ajuda a reduzir os custos, pois se os utentes forem tratados com qualidade reduz-se a necessidade de reinternamentos e diminuição de morbilidade.

É importante para os colaboradores pois um serviço com qualidade e que aposta na segurança traduz-se em maior satisfação profissional, menos frustrações, sensação de dever cumprido e melhor retorno de informação dos utentes/clientes.

É quase opinião unânime que o nosso sistema de saúde peca por uma escassa cultura de qualidade, como por exemplo na fraca resposta que dá às expectativas legítimas dos utentes, não se aposta na procura de excelência profissional, no uso eficiente de recursos, minimizando os riscos para os utentes, procurando uma melhoria da satisfação dos utentes traduzindo-se assim numa melhoria da saúde da população.

Todos os profissionais que prestam cuidados de saúde devem ser responsabilizados pela qualidade dos mesmos, sendo esta situação de grande importância nos nossos dias, devido às expectativas dos utentes, ao encorajamento de queixas se o serviço não for satisfatório, assim como as suas opiniões são procuradas por aqueles que prestam esses serviços e existe também a pressão dos média que aproveitam tudo o que corre mal, com a consequente má publicidade para a instituição em causa.

Actualmente vive-se um período em que muito facilmente somos confrontados com a crítica e a cada passo é testado o nosso valor profissional, situação que não nos deve enfraquecer mas sim fortalecer, através do rigor, brio e qualidade do que fazemos procurando sempre a excelência no cuidar.

No contexto actual de grave crise nacional e internacional, onde as medidas políticas do governo são de forte restrição e contenção a nível da despesa incluindo a da saúde, na nossa perspectiva a aposta na qualidade só se consegue se os decisores estiverem sensíveis à perspectiva de que a falta de qualidade e segurança acarreta no final um grande aumento de despesa, nomeadamente com aumento de dias de internamento e reinternamentos ou tratamentos mais dispendiosos. Assim no caso particular da saúde deve-se apostar prioritariamente no aumento da eficiência e no combate ao desperdício como forma de reduzir despesa e canalizando fundos para os meios de aumento de qualidade.

O sector da saúde pode e deve contribuir para a melhoria das condições económicas do País, apostando na qualidade e segurança dos cuidados de saúde prestados à população, em situação de doença ou na sua prevenção através do pressuposto de que a melhoria das condições de saúde pode transformar-se num facilitador para o desenvolvimento económico.

Uma população com níveis melhores de saúde poderá angariar maiores índices de riqueza para os próprios e para o País, utilizando quer a força de trabalho quer a nível de ideias e iniciativas.

Esta aposta na melhoria das condições de saúde devem constituir parte essencial das propostas de desenvolvimento de um País.

Esperamos que com esta reflexão os Enfermeiros realizem debates de ideias sobre dotações utilizando esse conhecimento para que a sua prática evolua e se faça uma previsão de pessoal, adequado à sua realidade.

Apesar de vivermos os tempos mais difíceis dos últimos 20 anos, temos esperança que este trabalho e outros que se venham a realizar possam servir para iniciar uma caminhada que se prevê longa mas que deve ser iniciada de imediato, no sentido de se fazer a correcção das dotações insuficientes. Deve-se fazer um cálculo adequado do

tempo em cuidados de Enfermagem por atendimento no SU, os colegas devem ser sensibilizados para cada vez mais se usarem as plataformas informáticas existentes para registarem todos os actos de Enfermagem, procedimentos, tratamentos, ensinamentos, etc.

Só assim conseguiremos alcançar retorno quer em justificação das dotações quer em retorno financeiro para as instituições onde trabalhamos.

Devemos lutar para que o centro do Sistema Nacional de Saúde seja o doente/utente/cliente, em torno do qual todos os profissionais de saúde gravitam com o objectivo do seu rápido restabelecimento e com os níveis de qualidade devidos. É necessário acabar com as “quintinhas” para que o foco se fixe em quem realmente é importante que é o referido doente/utente/cliente. O aparecimento de qualquer forma de conhecimento conjuga-se sempre com uma alteração nas relações do poder, não devemos ter receio de usar esse poder para o que está correcto que é defender os interesses dos doentes.

Nós os Enfermeiros temos de nos esforçar para nos libertar-mos desta espécie de camisa-de-forças onde fomos inseridos e de onde muitos têm medo de sair, para assumir uma maior visibilidade, assumir maiores responsabilidades, lutar por fazer parte dos decisores das políticas de saúde, pois somos peça importantíssima na engrenagem da saúde.

A crise não pode ser desculpa para continuar a prejudicar uma classe, desde que com base em competência, estudos, responsabilidades, formação, etc. não devemos abdicar de fazer as justas exigências a que temos direito, nomeadamente dotações correctas, segurança na prestação de cuidados, reconhecimento de estatuto, progressão profissional pois outras classes atravessam incólumes a referida crise.

BIBLIOGRAFIA

Ascensão, Helena; Da qualidade dos cuidados de Enfermagem à satisfação das necessidades do utente, Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem, (2010). Acedido em 03/02/2011 em <http://repositorio-aberto.up.pt/>

Balderas, M. de la L. Administracion de los servicios de enfermeria. México, Interamericana/McGraw-Hill, 1995.

Barbosa, Karine P.; Silva, Lucilane M.S. da; Fernandes, Marcelo C.; Torres, Raimundo A.M.; Souza, Rândson S. de; Processo de Trabalho em setor de Emergência de Hospital de Grande Porte: A visão dos trabalhadores de Enfermagem, Revista Rene, Fortaleza, v. 10, nº 4, Out./Dez. 2009, acedido em 26/09/2011 em: http://www.revistarene.ufc.br/vol10n4_html_site/a08vn4.htm

Barros, Pedro Pita (2009). Economia da Saúde: Conceitos e Comportamentos (2ª edição). Coimbra: Almedina

Circular Normativa nº 1 de 12/01/2006. Ministério da saúde, Secretaria-geral. Regime de trabalho de horário acrescido. Acedido em 20/02/2011, em www.sg.min-saude.pt/F45401E3-62A5-Horarioacrescido.

Campos, Ana Pereira, Dotações Seguras Salvam Vidas, Lisboa 12 de Maio 2006, acedido em 7/06/2011 em <http://ipolisboa.min-saude.pt/fileget.aspx?FileId=1488>

Campos, Luciana; Melo, Márcia Regina, Visão de Coordenadores de Enfermagem sobre Dimensionamento de Pessoal de Enfermagem: Conceito, Finalidade e Utilização, Revista Latino – Americana de Enfermagem 2007 Novembro – Dezembro. Acedido em 12/03/2011 em <http://www.scielo.br/>

Centro Hospitalar Cova da Beira, E.P.E. [CHCB], Regulamento Interno do Centro Hospitalar Cova da Beira, E.P.E. Acedido em 21/04/2011 em <http://intranet.chcbeira.pt/>

Centro Hospitalar Cova da Beira, E.P.E. [CHCB], Procedimento Interno, Caracterização do Serviço de Urgência Geral. Acedido em 19/04/2011 em

<http://intranet.chcbeira.pt/>

Chenso, Mariângela Z. B. ; Haddad, Maria do Carmo L. ; Sêcco, Iara A. O. ; Dorigão, António M. ; Nishiyama, Maria N.; (2004). Cálculo de pessoal de Enfermagem em Hospital Universitário do Paraná: uma proposta de adequação. Acedido em 10/03/2011 em www.uel.br/revistas/uel

Dotações Seguras Salvam Vidas, Dia internacional do Enfermeiro. Acedido em 24/06/2011, em

http://www.seram.pt/docs/file/diaenfermeiro/dotações_seguras.pdf

Dotações Seguras Salvam Vidas, Instrumentos de Informação e Acção, International Council of Nurses, 12/05/2006. Acedido em 20/06/2011 em

http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/Kit_DIE_2006.pdf

Filha, Aida; Silva, Carine; Teixeira, Carlos; Soares, Conceição; Dorfey, Éricka; Oliveira, Gislaine; Batista, Ilze; Viana, Joelma; Oliveira, Márcio; Meneses, Rosyclea. (2010). Dimensionamento de Pessoal de Enfermagem. Acedido em 07/08/2011 em

<http://www.fasb.edu.br/revista/index.php/conquer/article/viewFile/86/63>

Frederico, M; Leitão, M. dos A. (1999). Princípios de administração para enfermeiros. (1ª ed.). Coimbra: FORMASAU - Formação e saúde Lda.

IGIF (1995). Manual de Normas de Classificação de Doentes e Auditoria, Lisboa, Ministério da saúde.

Instituto António Houaiss de Lexicografia Portugal, Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa, Temas e Debates, Lisboa 2005

Kurcgant, Paulina (1991). Administração em Enfermagem, São Paulo: EPU

Kurcgant, Paulina; Ciampone, Maria Helena; Melleiro, Marta. O Planeamento nas Organizações de Saúde: análise da visão sistémica. Revista gaúcha de Enfermagem, Porto Alegre (RS) 2006 set;27(3):351-5. Acedido a 17/10/2011 em: <http://seer.uprgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4623/2635>

- Macaia, Damas. Sistema de Classificação de Doentes em Enfermagem: Contributos na Gestão dos Enfermeiros nos Hospitais da Rede do Sistema Nacional de Saúde. O caso HUC. Dissertação de Mestrado, Universidade dos Açores, 2005, acessado a 20/07/2011 em: <http://biblioteca.universia.net/html>
- Marquis, Bessie L.; Huston, Carol J. (1999). Administração e Liderança em Enfermagem: teoria e aplicação (2ª edição). Porto Alegre: Artmed Editora.
- Ministério da Saúde/Ordem dos enfermeiros (2011). Guia de Recomendações para o Cálculo da Dotação de Enfermeiros no serviço Nacional de Saúde. Indicadores e Valores de Referência. Acessado em 04/11/2011, em https://membros.ordemenfermeiros.pt/Documents/Recomendacoes_DotacaoEnfermeirosSNS_VF_site.pdf
- Ministério da Saúde, Gabinete da Ministra, (04/03/2011). Despacho acerca do Cálculo da Dotação de Enfermeiros. Acessado em 04/11/2011, em https://membros.ordemenfermeiros.pt/Documents/Despacho_MS.pdf.jpg
- Oliveira, Manuel, (2011) Editorial Enfermagem e o Cidadão, Jornal da Secção Regional do Centro da Ordem dos Enfermeiros, Setembro 2011/Ano 9/nº 28
- Ordem dos Enfermeiros [OE], Parecer da Ordem dos Enfermeiros sobre: Condições para o funcionamento de maternidades de 11 de Julho de 2008. Acessado em 03/03/2011, em www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/Parecer_CD-11Jul-2008.pdf
- Página da Câmara Municipal de Belmonte. Acessado em 19/04/2011, em www.cm.belmonte.pt/
- Página da Câmara Municipal da Covilhã. Acessado em 19/04/2011, em www.cm.covilha.pt/
- Página da Câmara Municipal do Fundão. Acessado em 19/04/2011, em www.cm.fundao.pt/
- Página do Instituto Nacional de Estatística. Acessado em 19/04/2011, em www.ine.pt/

Plano Nacional de Saúde 2004/2010, acessido a 11 de Janeiro de 2011 em http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/vol2_338.html

Relatório e contas CHCB 2009. Acessido em 17/04/2011, em <http://www.chcbeira.min-saude.pt/>

Soares de Lima, S. B.; Erdman, A.; Prochnow, A.G.; Leite, J.L.; Moreira, M.C.;
Percepção dos Enfermeiros do Serviço de Urgência e Emergência em relação à
acreditação Hospitalar, Enfermeria Global, nº 11 Novembro 2007, acessido em
17/04/2011 em www.um.es/eglobal/

Toscano, Conceição; Gonçalves, João Paulo; Adão, José; Regime de Trabalho de
Horário Acrescido – Critérios – Relatório de Análise, Acessido em 14/03/2011, em
www.acss.min-saude.pt

Veiga, Bárbara Soares; Simões, Helena; Campos, Ana Pereira; Sistema de Classificação
de Doentes em Enfermagem, Boletim Informativo do IGIF nº 3, (2000). Acessido
em 23/02/2011, em www.portalcodgdh.min-saude.pt/index.php/sistema_classifica%C3%A7%C3%A3o_de_doentes_em_enfermagem

ANEXOS

ANEXO 1 – PLANTA DO SU DO CHCB

Legenda:

A – Arrumos

AS – Assistente Social

DE - Desinfecção

D – Despejos

ECG - Electrocardiografia

E – Esterilização (material esterilizado)

GC – Gabinete Cirurgia

GC – Gabinete Consulta

GCD – Gabinete Chefe Departamento

GEC – Gabinete Enfermeira Chefe

GEM – Gabinete Especialidades Médicas

GI – Gabinete Informações

GMI – Gabinete Medicina Interna

GO – Gabinete Ortopedia

GU – Gabinete Urologia

LC – Lavagem Camas

L – Limpos

PC – Pequena Cirurgia

Q – Quarto Médico

SAT – Sala Apoio Triagem

SE – Sala Espera

SP – Sala Pessoal

SR – Sala Reuniões

SS – Sala Sujos

STMI – Sala Tratamento Medicina Interna

STO – Sala Tratamento Ortopedia

STT – Sala Tratamento Triagem

V - Vestiários

WC – Instalações Sanitárias