



Instituto Politécnico de Portalegre
Escola Superior de Saúde de
Portalegre



**1º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO DE UNIDADES DE SAÚDE**

TRABALHO DE PROJETO

**AVALIAÇÃO DA EFICIÊNCIA DA EQUIPA DE
GESTÃO DE CAMAS NO CENTRO HOSPITALAR DO
BARLAVENTO ALGARVIO, EPE.**

Relatório orientado pelo Mestre Raul Alberto Carrilho Cordeiro
Coorientado pelo Mestre Arsénio Gregório

Patrícia Alexandra da Silva Carneiro

**Fevereiro
2012**



Instituto Politécnico de Portalegre
Escola Superior de Saúde de
Portalegre



1º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO DE UNIDADES DE SAÚDE

TRABALHO DE PROJETO

AVALIAÇÃO DA EFICIÊNCIA DA EQUIPA DE GESTÃO DE CAMAS NO CENTRO HOSPITALAR DO BARLAVENTO ALGARVIO, EPE.

Relatório orientado pelo Mestre Raul Alberto Carrilho Cordeiro
Coorientado pelo Mestre Arsénio Gregório

Patrícia Alexandra da Silva Carneiro

Fevereiro
2012

“ (...) os hospitais que tiveram maior sucesso em diminuir a sobrelotação nos serviços de urgência foram aqueles que reconheceram o problema do fluxo do doente em todo o hospital e definiram iniciativas para tirá-lo do serviço de urgência de forma mais eficiente”.

Asplin & Magid (2007, pp. 273)

AGRADECIMENTOS

Este trabalho é o culminar de um percurso de crescimento pessoal no qual o contributo de algumas pessoas se revelou fundamental. Evidencia-se, por isso, expressar neste espaço, o meu reconhecimento:

- Ao Professor Raul Cordeiro e ao Enfermeiro Mestre Arsénio Gregório que me orientaram com competência e rigor científico, o meu muito obrigada pela sua disponibilidade, incentivo e apoio que sempre demonstraram e sem o qual não teria sido possível este trabalho.

- À Professora Doutora Maria Filomena Martins e ao Professor Doutor Mário Martins, na qualidade de coordenadores do Curso de Mestrado em Enfermagem: Especialização em Gestão de Unidades de Saúde e a todos os professores que com eles colaboraram por nos terem proporcionado a formação científica, técnica e humana fundamental para um bom desempenho como enfermeiros gestores.

- À Enfermeira Marta, responsável pela Comissão de Infeção do CHBA, pela sua disponibilidade.

- Ao Gabinete de Ação Social do CHBA, EPE, pela sua disponibilidade e amabilidade em facultar dados referentes à sua atividade.

- À minha mãe e ao meu marido, que sempre me deram o voto de confiança incondicional, agradeço as vossas preciosas palavras nos momentos de maior desânimo e pela vossa compreensão nas minhas ausências.

- Aos amigos, o meu agradecimento pelos momentos de reflexão, observações e críticas pertinentes que enriqueceram este trabalho.

SIGLAS E ABREVIATURAS

ARSA- Administração Regional de Saúde do Algarve

CHBA- Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio

EPE- Entidade Pública Empresarial

HIV- Vírus de Imunodeficiência Humana

INE- Instituto Nacional de Estatística

OCDE- Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

MTSS- Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social

PIB- Produto Interno Bruto

RNCCI- Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SNS- Serviço Nacional de Saúde

SPSS- Statistical Package for the Social Science

SU- Serviço de urgência

UAVC- Unidade de Acidentes Vasculares Cerebrais

UCI- Unidade de Cuidados Intensivos

UICD- Unidade de Internamento de Cuidados Curta Duração

UIDA- Unidade de Internamento de Doentes Agudos

UHL- Unidade Hospitalar de Lagos

UHP- Unidade Hospitalar de Portimão

Índice

f

| | |
|---|----|
| INTRODUÇÃO | 11 |
| 1- IMPORTÂNCIA DA EXISTÊNCIA DE UMA EQUIPA DE GESTÃO DE CAMAS HOSPITALARES | 14 |
| 1.1-CONSTITUIÇÃO DA EQUIPA DE GESTÃO DE CAMAS NO CHBA,EPE | 15 |
| 1.2 - O PAPEL DA EQUIPA DE GESTÃO DE CAMAS | 16 |
| 1.3- HORIZONTES TEMPORAIS DAS INTERVENÇÕES DA EQUIPA DE GESTÃO DE ALTAS | 18 |
| 2 - PRINCIPAIS CAUSAS DA ELEVAÇÃO DAS DESPESAS DE SAÚDE EM PORTUGAL | 19 |
| 3- O CENTRO HOSPITALAR DO BARLAVENTO ALGARVIO (CHBA) | 22 |
| 3.1-ENQUADRAMENTO NA REGIÃO | 22 |
| 3.2. A POPULAÇÃO RESIDENTE NA ÁREA DE INFLUÊNCIA DO CHBA..... | 23 |
| 3.3. AS CAMAS HOSPITALARES DE AGUDOS | 25 |
| 4- BASE DO PROJECTO | 27 |
| 4.1-OBJETIVOS | 27 |
| 4.2- O PLANEAMENTO DA INTERVENÇÃO E DOS RECURSOS..... | 29 |
| 4.2.1- Descrição e avaliação das modalidades de gestão de camas | 29 |
| 4.2.2- Definição dos objetivos e do plano de ação | 29 |
| 4.2.3- Operacionalização dos planos de ação | 31 |
| 4.2.4- Avaliação | 31 |
| 5- METODOLOGIA | 32 |
| 6-APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DO LEVANTAMENTO DOS DADOS | 33 |
| 6.1- CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO | 33 |
| 6.2- UNIDADES DE INTERNAMENTO | 37 |
| 6.3- INTERNAMENTOS LONGOS..... | 45 |

| | |
|---|-----------|
| 6.4- TAXAS DE OCUPAÇÃO NO INTERNAMENTO | 46 |
| 7- LIMITAÇÕES DO PROJECTO | 48 |
| CONCLUSÕES E SUGESTÕES | 49 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 53 |
| ANEXOS | |
| ANEXO I (Mapa de Ocupação de camas por Unidade de Internamento)..... | 59 |

Índice de tabelas

| | |
|--|----|
| | f |
| Tabela Nº 1- Distribuição da população residente na área de abrangência do CHBA, por Município segundo os grandes grupos etários em 31/12/2005. | 23 |
| Tabela Nº 2- Alguns indicadores demográficos da população residente no Barlavento Algarvio..... | 24 |
| Tabela Nº 3- Ganho médio dos trabalhadores por conta de outrem por concelho (2005). ... | 25 |
| Tabela Nº 4– Contexto da Distribuição de Camas Hospitalares de Agudos..... | 26 |
| Tabela Nº 5- Demora média dos doentes no internamento segundo o seu dia de admissão no serviço. | 38 |

Índice de gráficos

f

| | |
|--|----|
| Gráfico Nº 1- Distribuição do número médio de doentes internados/dia no SU a aguardar vaga no serviço de especialidade. | 15 |
| Gráfico Nº 2 - Distribuição da afluência de utentes ao serviço de urgência nos anos 2007 e 2010. | 33 |
| Gráfico Nº 3- Distribuição da afluência de utentes ao serviço de urgência por género (2007/2010). | 34 |
| Gráfico Nº 4- Distribuição da afluência de utentes ao serviço de urgência por grupo etário (2007/2010). | 35 |
| Gráfico Nº 5 - Distribuição da afluência de utentes ao serviço de urgência mensal nos anos 2007 e 2010. | 35 |
| Gráfico Nº 6 - Distribuição da afluência média de utentes ao serviço de urgência por dia da semana. | 36 |
| Gráfico Nº 7- Distribuição do número de utentes internados por dia na UIDA/SO. | 36 |
| Gráfico Nº 8 - Variação da distribuição do número de internamentos – 2007/2009 e 2010. | 37 |
| Gráfico Nº 9- Distribuição do número de dias médio de internamento no serviço de especialidades médicas. | 39 |
| Gráfico Nº 10- Distribuição do número de dias médio de internamento no serviço de medicina 1. | 40 |
| Gráfico Nº 11- Distribuição do número de dias médio de internamento no serviço de medicina 2. | 40 |
| Gráfico Nº 12- Distribuição do número de dias médio de internamento no serviço de medicina 3. | 41 |
| Gráfico Nº 13- Distribuição do número de dias médio de internamento no serviço de ortopedia. | 42 |
| Gráfico Nº 14- Distribuição do número de dias médio de internamento no serviço de cirurgia. | 42 |

| | |
|--|----|
| Gráfico Nº 15- Distribuição do número de dias médio de internamento no serviço de especialidades cirúrgicas..... | 43 |
| Gráfico Nº16- Distribuição do número de dias médio de internamento no serviço de ginecologia. | 44 |
| Gráfico Nº 17- Distribuição do número de dias médio de internamento no serviço de psiquiatria. | 44 |
| Gráfico Nº 18- Distribuição dos internamentos longos nas Unidades de Internamento nos anos 2007/9/10..... | 45 |
| Gráfico Nº 19- Distribuição das taxas de ocupação no internamento nos anos 2007/9/10... | 47 |

Índice de figuras

f

| | |
|---|----|
| Figura Nº 1- Representação do trajeto do doente no CHBA e da intervenção da equipa de gestão de camas | 17 |
| Figura Nº 2- Representação da intervenção da equipa de gestão de altas perante os diferentes horizontes temporais | 18 |

INTRODUÇÃO

Segundo a Constituição Portuguesa todos os indivíduos têm direito à proteção da saúde (Art.º 64º). Este direito é conferido através existência de um Sistema Nacional de Saúde (SNS) universal, geral e tendencialmente gratuito (tendo em consideração as condições económicas e sociais dos indivíduos). Atualmente, o SNS é constituído por: serviços, instituições públicas e por parcerias privadas (Godinho, 2008).

Os sistemas hospitalares são sistemas complexos, pois dependem da relação entre recursos técnicos, materiais e humanos. O facto de os seus orçamentos serem cada vez mais restritos, cria necessidade destes gerirem com mestria os custos de forma a melhorar a sua produtividade, obtendo assim ganhos significativos em termos de eficiência garantindo uma melhor qualidade dos cuidados prestados aos utentes durante a sua estadia hospitalar, (Bachouch, Guinet & Hajri-Gabouj, 2007).

Para Silva (2009) os serviços de urgência (SU) fazem parte desta complexa rede de prestação de cuidados de saúde, cuja principal função é atender doentes em fase aguda da sua doença, num cenário de tecnologia de ponta, com recurso a especialidades médicas e cirúrgicas. Porém, a maioria dos doentes do SU, caracterizam-se por apresentarem problemas no âmbito da clínica geral.

O recurso ao SU dos hospitais tem aumentado significativamente ao longo dos últimos anos, retratando um mau desempenho do sistema SNS, pela ineficácia no acesso aos cuidados de saúde primários (Oliveira, 2008; Barros & Barros, 2009).

Para tentar dar resposta a esta problemática, iniciou-se em 2006, o programa de “requalificação das urgências hospitalares”. O objetivo desta reforma visou normalizar a afluência de atendimentos, evitando o uso inapropriado destes serviços e promovendo a melhoria da qualidade do serviço (Campos, 2008).

Destas medidas emergiram três níveis de serviços de urgência hospitalares: serviço de urgência básica; serviço de urgência médico-cirúrgica; e serviço de urgência polivalente (Ministério da Saúde, 2006).

O SU do Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, EPE (CHBA), alvo deste estudo é um Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica apresentando as características intrínsecas a este tipo de classificação.

A sobrelotação nos serviços de urgência hospitalar é um fenómeno mundial, afetando países como Estados Unidos, Inglaterra, Austrália, Espanha, Canadá, Nova

Zelândia, entre outros, (Juan et al., 2010), caracterizando-se por: um aumento da permanência dos doentes no serviço de urgência (que se encontram a aguardar vaga no serviços de internamento); doentes acamados nos corredores; falta de camas de livres/disponíveis nas unidades de internamento, são a principal causa; atraso no diagnóstico e tratamento, a principal consequência, levando ao aumento da mortalidade (Bittencourt & Hortale, 2009).

Para Gregório (2010) o problema do congestionamento do SU e da unidade de curta duração que o apoia (Serviço de Observação, Unidade de Internamento de Curta Duração) do CHBA, EPE e das organizações que o antecederam, era um problema antigo, que datava da década de 90. De facto tratava-se de um problema crónico, provavelmente resultante de múltiplos fatores de entre os quais as disfuncionalidades do sistema de saúde, no geral (Gregório, 2010).

Vários estudos norte-americanos apontam para várias consequências adversas à sobrelotação dos serviços de urgência, incluindo questões ligadas à propagação de doenças. A sobrelotação é a questão mais grave que os serviços de urgência têm de enfrentar no mundo desenvolvido perigando a qualidade e a prestação atempada dos cuidados (Barros & Barros, 2009).

Tendo em conta a problemática da sobrelotação do SU, o Conselho de Administração do CHBA em 2007 requereu a realização de um estudo sobre este fenómeno, do qual, resultou a criação de uma Equipa de Gestão de Camas Hospitalares em 2008, sob a responsabilidade direta do Conselho de Administração, similares à existente no Hospital Fernando da Fonseca e em muitos hospitais nos países da União Europeia, dos quais destacamos a França e a Inglaterra. (Gregório, 2010)

Para Gossart & Guinet (2010), a solução de Gestão de Internamentos é o módulo do sistema proposto que gere a admissão, o internamento e as altas dos doentes, assim como todos os recursos disponíveis para Internamento (camas, taxa de ocupação). Neste sentido, a gestão de camas é um sistema que contempla os processos necessários ao controlo da taxa de ocupação das camas do hospital: criação de camas novas, modificação e eliminação de camas existentes, consulta de detalhe do doente entrado em uma determinada cama e em transferências ou rotações de doentes, etc. Também permite obter uma relação das camas do hospital, ordenada de acordo com o critério selecionado pelo utilizador (estratégico, financeiro e operacional).

O principal objetivo da criação da equipa de gestão de camas do CHBA consistiu na melhoria efetiva da acessibilidade dos doentes aos cuidados de saúde, através da otimização dos recursos de internamento da Instituição, gerindo as camas, de acordo com a diversidade de condicionalismos e contextos a que o CHBA poderá estar sujeito, é sobre este último que nos vamos cingir para a elaboração do nosso projeto.

No sentido de avaliar a eficácia e eficiência deste modelo de gestão, foi realizado um levantamento exploratório e retrospectivo, com base em dados estatísticos fornecidos pelo Gabinete de Estatística, pela Equipa de Gestão de Camas, pelo Gabinete de Ação Social e pela Comissão de Infecção desta Unidade Hospitalar.

Definimos como principais objetivos do nosso estudo:

- Analisar a duração de tempo de internamento dos doentes entre 2007 e 2010 no CHBA, bem de alguns fatores condicionantes;
- Analisar o impacto da criação da Equipa de Gestão de Camas nesta Unidade Hospitalar.

Foram utilizados como indicadores, o número de doentes internados no serviço de urgência a aguardar vaga nas no serviço de especialidade, demora média de internamento na unidade de especialidade, demora dos internamentos longos e taxa de ocupação das unidades de internamento.

Estruturalmente este trabalho está organizado em duas partes: fundamentação teórica e investigação.

Na fundamentação teórica realizámos uma abordagem à constituição da equipa de gestão de camas do CHBA, circuito interno dos doentes, enquadramento da unidade hospitalar sua área de abrangência, principais causas da elevação das despesas de saúde em Portugal com base em várias pesquisas bibliográficas.

Na segunda parte são apresentadas as opções metodológicas seguidas ao longo do estudo, os resultados do estudo, discussão dos resultados, limitações do estudo e principais conclusões e sugestões que nos pareceram pertinentes face aos resultados do estudo.

1- IMPORTÂNCIA DA EXISTÊNCIA DE UMA EQUIPA DE GESTÃO DE CAMAS HOSPITALARES

A procura de uma maior eficiência na utilização das camas é encorajada tanto pelas dificuldades manifestadas diariamente pelos profissionais dos serviços, como pela evolução do modo de financiamento dos hospitais.

Para Matos et al. (2010), a cama de internamento hospitalar representa a sua principal atividade, revelando mais impacto na sustentabilidade económico-financeira dos hospitais. Neste contexto, todas as instituições hospitalares tendem a otimizar a gestão de camas, através da utilização de métodos de organização racional e da adequação ótima entre o nível de atividade e o nível de recursos disponibilizados, ambos associados a um nível de qualidade previamente fixado.

Para Collins et al. (2010) devido às limitações financeiras, a exigência aguda de cama para um doente internado e a necessidade absoluta de assegurar eficiência na utilização de recursos de cuidado de saúde, leva a que seja cada vez mais importante racionalizar as camas existentes no hospital de forma a combater a desocupação de camas. Mesmo que isso, leve a que um doente fique internado numa especialidade que não seja a da sua patologia.

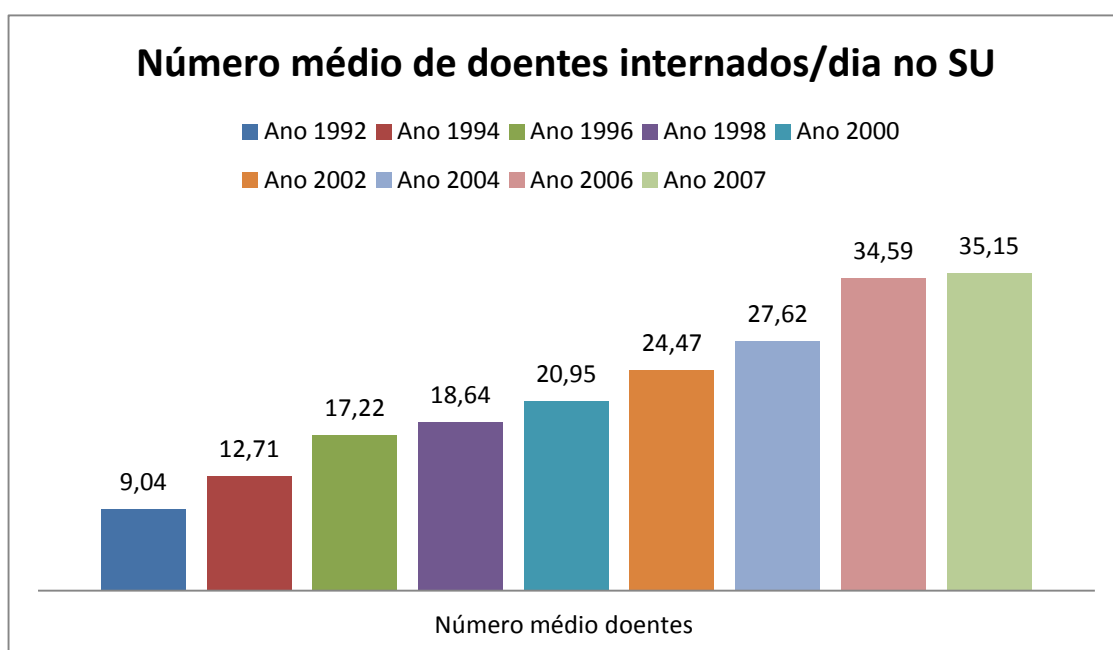
Assumimos como realidade conceptual que esta “trata de gerir do melhor modo, uma capacidade de acolhimento para fazer face a um volume de atividade dado ou estabelecido, respeitando os critérios de qualidade (muitas vezes implícitos, mas raramente definidos e medidos) sob contrato financeiro” (Gregório, 2010). Assim, sob a denominação de “gestão de camas”, é abrangida uma realidade multidimensional, abarcando as dimensões estratégicas, financeiras, clínicas e da qualidade sob um ponto de vista geral (Gossart & Guinet, 2010).

A gestão de camas poderá ser definida como um processo de organização, programação e regulação das admissões e das camas de internamento, respeitando critérios de qualidade (muitas vezes implícitos, mas raramente definidos e medido). Sendo um dos pontos-chave para a eficiência do hospital (Gregório, 2010).

1.1-CONSTITUIÇÃO DA EQUIPA DE GESTÃO DE CAMAS NO CHBA,EPE.

A equipa de gestão de camas foi regulamentada pelo Conselho de Administração CHBA,EPE, através das Circulares Informativas 41 e 45/2008, sendo constituída por um coordenador médico, um regulador/enfermeiro e uma assistente social, tendo por base o relatório o realizado pelo Enfermeiro regulador referente ao ano 2007. A criação da equipa de gestão de camas visa a redução da sobrelotação de doentes internados no serviço de urgência, enquanto aguardam internamento no serviço de especialidade apropriado. Como podemos visualizar no gráfico 1, ao longo dos anos a problemática da sobrelotação de doentes no SU foi-se agravando.

Gráfico Nº 1- Distribuição do número médio de doentes internados/dia no SU a aguardar vaga no serviço de especialidade.



A equipa de Gestão de Camas tem como grande objetivo o planeamento e programação do internamento de doentes em função das necessidades identificadas, otimizando a capacidade de internamento, permitindo:

- Garantir, em tempo útil e para cada doente, a atribuição de cama e de todos os cuidados de saúde de qualidade que necessita, no estrito respeito pela dignidade da pessoa doente;
- Identificar a data prevista de alta do doente a quando da sua admissão e a sua comunicação ao Doente e respetiva família;

- Orientar todo o trabalho da equipa de saúde para o cumprimento deste objetivo e a respetiva satisfação das naturais expectativas do Doente quanto ao retorno ao seu domicílio ou encaminhamento para unidades de cuidados continuados de curta/média duração.

A gestão de camas assenta assim em três grandes áreas de atuação:

Ao nível do doente:

- Melhorar a satisfação, pela qualidade do atendimento: garantindo um tempo de espera adequado por uma cama, a partir dos Serviços de Urgência; eliminando o cancelamento de procedimentos programados por falta de cama e garantindo o envolvimento da família de forma atempada.

Ao nível da instituição:

- Gerir de forma eficiente: a atividade emergente a resposta a picos de procura emergente; a atividade programada em função do nível de contingência da instituição; utilizar de forma eficiente os recursos disponíveis, implicando o reajustamento da capacidade instalada à procura real, traduzindo se na melhoria da eficiência operacional.

Ao nível dos profissionais:

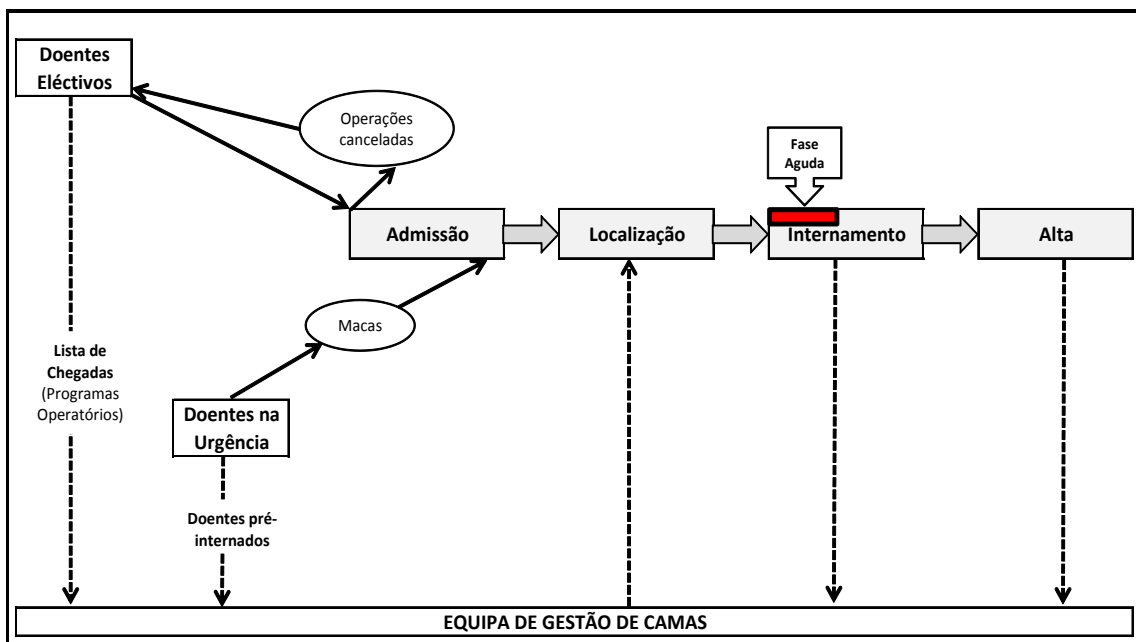
- Orientar o trabalho de toda a equipa de saúde para a alta do Doente implementar um sistema de comunicação eficaz.

1.2 - O PAPEL DA EQUIPA DE GESTÃO DE CAMAS

Tendo por base, que o grande objetivo da Equipa de Gestão de Camas do CHBA,EPE é o planeamento e programação do internamento de doentes em função das necessidades identificadas, otimizando a capacidade de internamento, parece-nos pertinente a apresentação do esquema realizado pela mesma equipa, que elucida sobre o circuito do doente (desde da sua admissão hospitalar até à sua alta), bem como da forma como a equipa de gestão de camas intervém nesta Unidade Hospitalar (Figura Nº 1). A equipa supra citada desempenha várias funções das quais salientamos:

- Avaliação diária das necessidades de internamento e capacidade disponível às 9h da manhã durante os dias úteis;
- Apoio na identificação de vagas para os doentes que poderão ser transferidos do Serviço de Urgência e Unidades de Internamento e inter unidades hospitalares;
- Monitorização dos internamentos longos (com mais de 30 dias);
- Dinamização das altas, através da realização de reuniões de serviço, comunicação da situação do serviço de urgência, agilizar a desocupação das camas e por fim comunicar o número de camas disponíveis por unidade de internamento (Anexo 1);
- Gestão da sazonalidade;
- Recursos para a saída de Doentes:
 - Gestão de casos de internamentos sociais;
 - Análise da situação do doente;
 - Avaliação das respostas;
 - Consensualização da resposta.

Figura Nº 1- Representação do trajeto do doente no CHBA e da intervenção da equipa de gestão de camas.

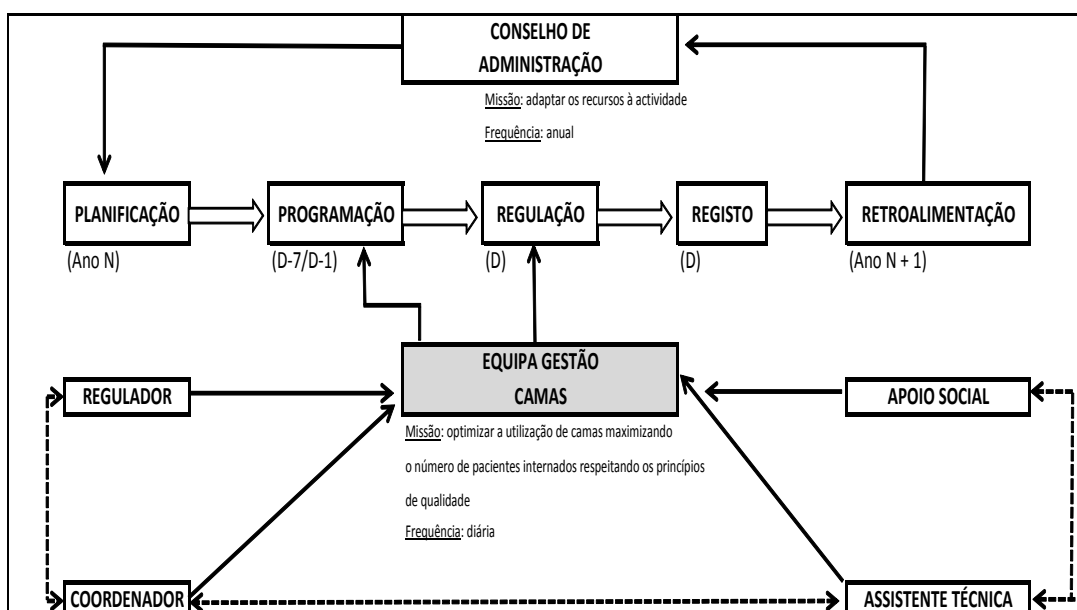


1.3- HORIZONTES TEMPORAIS DAS INTERVENÇÕES DA EQUIPA DE GESTÃO DE ALTAS

A equipa de gestão de altas realiza intervenções nos vários horizontes temporais, como está representado na Figura Nº 2:

- A **curto prazo** e em **tempo real**, desempenha a função de **regulação**, o que lhe permite em primeiro lugar exercer uma vigilância importante sobre o fluxo de doentes, em segundo lugar através da implementação de medidas que favoreçam a inversão do congestionamento do serviço de urgência e por ultimo através de medidas que permitam o controlar a afluência. Esta posição requer que a equipa tenha uma visão clara e precisa dos circuitos de informação e uma apreensão das informações pertinentes em tempo real.
- A **curto/médio prazo**, a **programação**, o centro da sua atividade diária.
- A **médio/longo prazo**, a **planificação**, a célula define os processos alvo de gestão de camas, contribuindo para a produção de informações de modo a elucidar as instâncias com o poder de decisão sobre eventuais oportunidades de evolução no contexto da gestão de camas e sobre os objetivos operacionais a formular.
- **Retrospectivamente, análise e retroalimentação**, ponto de encontro das informações, a equipa de gestão de altas estará em condições de assegurar o seu encaminhamento para o Conselho de Administração.

Figura Nº 2 - Representação da intervenção da equipa de gestão de altas perante os diferentes horizontes temporais.



2 - PRINCIPAIS CAUSAS DA ELEVAÇÃO DAS DESPESAS DE SAÚDE EM PORTUGAL

O aumento da despesa associada aos cuidados e serviços de saúde, atualmente, consomem uma parte significativa do total da despesa pública, (Barros, 2009). Esta problemática levou à realização de vários estudos relativos à temática da eficiência e eficácia dos recursos destinados aos sistemas de saúde, realizados sobretudo pela OCDE e dando especial atenção à pressão sobre este tipo de despesa que o envelhecimento da população irá exercer.

Para Duarte (2012), a despesa pública em Saúde cresceu, nos últimos anos, a um ritmo superior ao crescimento da economia nacional. De acordo com os dados do INE, entre 2000 e 2008, os gastos em saúde, em termos nominais, cresceram 4,9% por ano, ao passo que o crescimento médio anual da riqueza nacional se ficou nos 3,9% - o que coloca o País como o quinto que mais gasta na União Europeia, logo a seguir a países como França, Alemanha, Áustria e Bélgica. A despesa total do sector ascendeu a mais de 17 mil milhões, o que representa 10% do PIB. O que leva a crer que a curto prazo o aumento dos custos tornará impeditivo o atual método de financiamento por parte do Estado.

De acordo com os dados publicados pela OCDE (2010), prevê-se para Portugal um aumento em 1,9 p.p. do PIB da despesa em saúde até 2060 (7,2% em 2007), colocando grandes desafios no que respeita ao financiamento dos cuidados de saúde. Também os cuidados continuados irão colocar pressão nas despesas públicas, com o envelhecimento da população. As projeções apontam para um aumento da despesa pública em cuidados continuados, até 2060, de 1,1 p.p. para o conjunto da UE e de 0,1 p.p. no caso de Portugal (0,1% em 2007).

Paulo (2011) refere que em Portugal, a despesa em saúde apresenta um crescimento acentuado na década de 80, com a criação do SNS e cobertura universal da população, seguida por um período mais estável no crescimento da despesa. A partir da década de 90, constata-se novamente uma aceleração, muito devido aos avanços tecnológicos, novas terapêuticas e métodos de diagnóstico, que em muito contribuíram para o crescimento da despesa. Presentemente, insere-se no grupo de países com maior despesa em saúde em percentagem do PIB.

Barros et al. (2011), referenciam que, a taxa média de crescimento da despesa corrente pública em saúde foi de 4,6% entre 2000 e 2008 (INE, Conta Satélite da Saúde), assumindo a tendência de custos crescentes em cuidados de saúde. No período entre 1988

e 2008 a percentagem dos gastos com a saúde no PIB passou de 6,2% em 1988 para 10,1% em 2008, percentagem superior ao valor médio da UE (9,5%) e da OCDE (8,8%). Tendo em conta que a taxa de crescimento média anual, no período considerado, foi de 2,6%, se tal tendência se mantivesse, a percentagem dos gastos com saúde no PIB ascenderia, em 2011 a cerca de 10,9%, em 2012 a 11,2% e em 2013 a 11,5%. Por seu turno, a despesa pública em saúde, em percentagem do PIB, em 2009, ascendia a cerca de 70% da despesa total em saúde.

Para Duarte (2012), a expectativa é que os custos relacionados com a saúde continuem a crescer nos próximos anos, pressionados por três fatores principais: o envelhecimento da população, o ritmo da inovação tecnológica e o aumento das doenças crónicas, estes fatores são apontados pelos especialistas para o agravamento da despesa, ameaçando a sustentabilidade do sistema.

Estudos publicados pela OCDE (2006) e pela Comissão Europeia (2010), consideram o envelhecimento da população como um dos fatores que influenciam o crescimento da despesa em saúde. No futuro as necessidades de saúde da população vão, exigir do sistema de saúde respostas cada vez mais complexas, por força de uma progressiva alteração do perfil epidemiológico das doenças e dos doentes, mais envelhecidos e com patologias mais incapacitantes e onerosas. (Simões et.al, 2007)

Mas no entanto, Barros (2009) considera que apesar de o envelhecimento da população ser um fator citado para explicar o aumento das despesas com a saúde, os efeitos desta tendência são menores do que se crê em geral.

Para Barros (2011b), o sector da saúde apresenta, desde há várias décadas, um elevado ritmo de inovação tecnológica. As descobertas terapêuticas em medicina e farmácia têm aumentado de modo significativo o arsenal de diagnóstico e terapêutica disponível. Mas na outra face desta moeda, associado à permanente inovação, está um crescimento acentuado dos custos. A inovação tecnológica tem sido apontada como responsável por 50% ou mais do crescimento das despesas em saúde. Na opinião deste economista, e perante a impossibilidade de aumentar os fundos canalizados para as despesas em saúde, é importante uma adequada avaliação económica, em que os custos de introdução de uma nova tecnologia sejam medidos com referência à noção de custo de oportunidade.

Outro fator responsável pelo aumento da despesa com a saúde é para Duarte (2012), o aumento das doenças crónicas. O custo das doenças crónicas para o Estado poderá representar nos próximos anos 60% a 80% do total do orçamento da Saúde. E a estes valores é preciso ainda somar os custos indiretos do absentismo e das reformas antecipadas provocadas por doenças como a hipertensão, a diabetes ou a osteoporose. Ou seja, as pessoas vivem mais anos e sobrevivem mais tempo à doença, o que provocou um incremento explosivo dos recursos em saúde: maior consumo de medicamentos e meios de

diagnóstico, mais unidades de saúde, mais recursos humanos, mais horas de atendimento, segundo o relatório "The customization of diagnosis, care and cure", citado por Duarte (2012).

Os fatores anteriormente descritos, segundo Barros (2009) levam à necessidade da realização de mais "cortes" no financiamento do sector da saúde (aumento da racionalidade/gestão hospitalar, nomeadamente na realização de determinados exames complementares de diagnóstico, redução na comparticipação nos subsistemas de saúde), bem como no aumento do número de unidades de cuidados continuados e à coresponsabilização das pessoas pela sua própria saúde.

3- O CENTRO HOSPITALAR DO BARLAVENTO ALGARVIO (CHBA)

O CHBA é formado por duas Unidades Hospitalares, A Unidade Hospitalar de Portimão (UHP) e a Unidade Hospitalar de Lagos (UHL).

UHP: A primeira referência conhecida sobre esta unidade, é do segundo quartel do século XVIII, mencionando um Hospital de S. Nicolau, a funcionar no Colégio dos Jesuítas (1660), gerido pela Santa Casa da Misericórdia. Em 1973 foi inaugurado o Hospital Distrital de Portimão, construído pelo Estado, em terreno doado à Santa Casa da Misericórdia. Em 1975 o Hospital é nacionalizado. Em 1999 entra em funcionamento o Hospital do Barlavento Algarvio, construído pelo Ministério da Saúde, transformado em sociedade anónima em 2002.

UHL: A existência de hospitais na cidade de Lagos remonta ao início do século XV. Mais tarde, por volta de 1500, foi fundada a Santa Casa da Misericórdia de Lagos, tendo sido criado um Hospital. Existiram outras Unidades de Saúde em Lagos, nomeadamente gafarias e um Hospital Militar. Nos anos 60 do século XX, o Hospital da Misericórdia de Lagos passou a Hospital Concelhio. Em 1975 foi nacionalizado, passando a Hospital Distrital em 1983. A ideia de criar um Hospital no Barlavento Algarvio, data do final da década de 80 e previa a integração do Hospital Distrital de Lagos, o que veio a ocorrer em 2004, com a criação do Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio.

CHBA: Em 2004 é criado o CHBA, SA, integrando a UHP e a UHL. Nova alteração ocorreu com a criação do Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, EPE a 31 de Dezembro de 2005. No futuro ocorrerá ainda a criação de uma Unidade Local de Saúde, integrando o CHBA e os centros de saúde do Barlavento Algarvio.

3.1-ENQUADRAMENTO NA REGIÃO

O CHBA é o Hospital de referência para os sete concelhos ocidentais do Algarve, com uma população total de 151.139 habitantes (INE, 2006), o qual cresceu mais de 10% na última década.

Cada um dos sete concelhos do Barlavento Algarvio tem um Centro de Saúde, possuindo alguns extensões nas suas freguesias. A capacidade de internamento encontra-se localizada no CHBA.

A distância entre o CHBA e a sede de cada um dos concelhos que constituem a área de abrangência do CHBA, variam entre 9,2 Km (Lagoa), 19,2 Km (Silves), 25,4 (Monchique), 30,4 (Lagos) e 49 Km (Aljezur e Vila do Bispo).

3.2. A POPULAÇÃO RESIDENTE NA ÁREA DE INFLUÊNCIA DO CHBA

A população residente estimada para 31 de Dezembro de 2005 ultrapassava os 150 milhares de pessoas, o que representa um aumento de 6,2% face aos Censos de 2001 (INE, 2006). Pela análise da Tabela Nº 1, constata-se que os municípios mais habitados situam-se na foz do rio Arade (litoral), em contraste com os municípios interiores. O grupo etário dos 15 aos 64 anos é composto por 98.925 (65,4%) habitantes, seguindo-se o grupo etário com mais de 65 anos com 78.238 (20,10%) habitantes. O grupo etário dos 0 aos 14 anos é o menor frequentado com 21.829 (14,44%) habitantes. O que mostra que a população idosa é superior à população infantil.

Tabela Nº 1- Distribuição da população residente na área de abrangência do CHBA, por Município segundo os grandes grupos etários em 31/12/2005.

| | 0-14 anos | 15-64 anos | ≥65 anos | Total |
|----------------------|------------------|-------------------|-----------------|--------------|
| Portugal | 1.644.231 | 7.115.261 | 1810100 | 10.569.592 |
| Algarve | 62.008 | 276.601 | 78238 | 416.847 |
| Barlavento | 21.829 | 98.925 | 30385 | 151.139 |
| Aljezur | 582 | 3.068 | 1686 | 5.336 |
| Lagoa | 3.565 | 15.820 | 3880 | 23.265 |
| Lagos | 4.341 | 17971 | 5233 | 27.545 |
| Monchique | 600 | 3.849 | 1894 | 6.343 |
| Portimão | 7.610 | 32.152 | 8163 | 47.925 |
| Silves | 4.501 | 22.819 | 8003 | 35.323 |
| Vila do Bispo | 630 | 3.503 | 1269 | 5.402 |

Fonte: INE (2006), Anuário Estatístico da Região do Algarve 2005

Sendo uma região essencialmente turística, o Barlavento Algarvio caracteriza-se pela elevada sazonalidade (oscilação da população).

Os indicadores demográficos mostram uma variação considerável entre concelhos, com Lagoa e Portimão a contrastarem face a Aljezur e Monchique, em consequência do envelhecimento da população, encontrando-se os restantes concelhos entre esses extremos (Tabela Nº 2).

Tabela Nº 2- Alguns indicadores demográficos da população residente no Barlavento Algarvio.

| | Razão entre Sexos | Densidade Populacional (Hab./Km²) | Índice de Dependência Total | Índice de Envelhecimento | Taxa de Natalidade (%) | Taxa de Mortalidade (%) |
|----------------------------|--------------------------|---|------------------------------------|---------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|
| Aljezur | 0,99 | 16,37 | 69,38 | 245,45 | 7,8 | 16,2 |
| Lagoa | 1,02 | 231,5 | 46,81 | 96,33 | 11,4 | 10 |
| Lagos | 0,96 | 119,23 | 52,03 | 115,15 | 12,6 | 12,6 |
| Monchique | 1,05 | 17,62 | 65,46 | 259,24 | 7,8 | 24,2 |
| Portimão | 0,96 | 246,93 | 47,6 | 116,52 | 13,4 | 12,1 |
| Silves | 1,03 | 49,8 | 55,64 | 174,55 | 7,9 | 14,1 |
| Vila do Bispo | 1,04 | 29,97 | 55,49 | 178,28 | 4,1 | 14 |
| Barlavento Algarvio | 0,99 | 69,08 | 51,96 | 136,72 | n.d | |

Fonte: Censos INE(2001)

Em 2005, em média, o rendimento salarial mensal líquido em Portugal, de um trabalhador por conta de outrem, era de 712 €, situando-se o rendimento de um trabalhador algarvio acima desta média com 770€ mensais. Esta média, contudo, apresenta diferenças substanciais entre os grupos populacionais que constituem a população residente nos concelhos do Barlavento Algarvio. Assim, como nos indicadores demográficos acima apresentados, também aqui, constatamos que os limites inferiores do rendimento médio situam-se nos concelhos de Aljezur e Monchique, com os limites superiores a localizarem-se em Lagoa e Portimão (Tabela N.º 3).

Tabela Nº 3- Ganho médio dos trabalhadores por conta de outrem por concelho (2005).

| Concelho | Mensal | Dia Trabalhado* |
|----------------------|---------------|------------------------|
| Aljezur | 650,87 | 36,16 |
| Lagoa | 826,73 | 45,93 |
| Lagos | 758,23 | 42,12 |
| Monchique | 660,79 | 36,71 |
| Portimão | 811,85 | 45,10 |
| Silves | 789,17 | 43,84 |
| Vila do Bispo | 778,31 | 43,24 |

Fonte: Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social (MTSS), Quadros de Pessoal, 2002.

Nota: Os dados originais fornecidos pelo MTSS, referem-se ao ganho médio mensal, tendo sido efetuada a sua atualização para o ano de 2005, tendo por base as Taxas de Variação Homóloga, fornecidas pela Direção Geral de Estudos, Estatística e Planeamento MTSS, para os anos de 2003, 2004 e 2005 que foram de respetivamente 8,9%, 3,9% e 4,33%.

*A conversão em dias trabalhados seguiu o método proposto por Lima e Esquerdo(2003), ou seja (Ganho Mensal x 14 meses) /252 dias trabalhados)

3.3. AS CAMAS HOSPITALARES DE AGUDOS

Tendo por base o conceito de camas hospitalares de agudos, estabelecido pela OCDE, apresentam-se na Tabela Nº 4, os dados referentes ao Barlavento Algarvio e ao Algarve, relacionados com os dados divulgados pela OCDE referentes a Portugal, Austrália, Canadá, França, Reino Unido e Espanha.

Pode-se constatar, que o Barlavento Algarvio apresenta a maior percentagem de residentes na faixa etária acima dos 65 anos (20,1%), com uma densidade de cama por 1000 habitantes similar à da região aonde se insere, mas abaixo tanto da média nacional como da média dos países apresentados, em sensivelmente 1 cama por 1000 habitantes. A Taxa de Ocupação do CHBA, só é inferior à do Canadá.

Tabela Nº 4 - Contexto da Distribuição de Camas Hospitalares de Agudos.

| | Austrália | Canadá | Reino-Unido | França | Espanha | Portugal | Algarve | Barlavento |
|---|-----------|--------|-------------|--------|---------|----------|---------|------------|
| | (1) | (2) | (3) | (3) | (3) | (3) | (4) | (5) |
| População (1.000) | 19.663 | 31.414 | 59.232 | 59.486 | 93.696 | 10.569 | 417 | 151 |
| Pessoas > 65 anos (%) | 12,7 | 12,7 | 15,9 | 16,3 | 16,67 | 17,12 | 18,76 | 20,1 |
| Densidade (hab/Km ²) | 2,4 | 3,1 | 243 | 110 | | 114,8 | 83,4 | 69,08 |
| PIB Saúde (2006) | 9,5 | 9,8 | 8,3 | 11,1 | | 10,2 | | |
| Médicos/ 1.000 hab. | 2,7 | 2,2 | 2,4 | 3,4 | 3,8 | 3,4 | | |
| Enfermeiros /1.000 hab. | 10,4 | 10 | 9,1 | 7,7 | 7,4 | 4,6 | | |
| Esperança de Vida - Mulheres | 83,3 | 82,1 | 81,1 | 83,8 | 83,9 | 81,4 | | |
| Esperança de Vida - Homens | 78,5 | 77,8 | 76,9 | 76,7 | 77,4 | 74,9 | | |
| Cuidados Hospitalares em serviço de agudos | | | | | | | | |
| Densidade de cama por 1.000 hab. | 3,6 | 2,9 | 3,1 | 3,7 | 2,7 | 3 | 1,892 | 1,905 |
| Taxa de Ocupação | 80 | 89 | 84 | 78 | | | | 86,57 |

(1)DREES, Australian Institute of Health ans Welfare (2005);

(2)OHE, Compendium of statistics, Institut canadien d'information sur la santé (2005) ;

(3)OCDE (2005) ;

(4) INE (2005) e Hospital Central do Algarve (2007) e as 789 camas de agudos referenciadas;

(5)Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio (2005), INE (2005) e as 288 camas de agudos referenciadas.

P.S. Adota-se a definição de "camas de agudos" da OCDE (2007).

4- BASE DO PROJECTO

A saúde é um bem e um direito de todos os cidadãos (art.º64 da Constituição da República Portuguesa), constituindo umas das políticas sociais que mais contribui para uma sociedade justa e solidária. O Serviço Nacional de Saúde (SNS) assenta quase exclusivamente no financiamento por parte do Estado, o qual detém uma rede própria de cuidados de saúde primários e diferenciados, de utilização praticamente gratuita e de acesso generalizado (Campos, 2008).

O Sistema de Saúde é um processo dinâmico, que tem sofrido várias mudanças ao longo do tempo com o intuito de se adaptar às necessidades e expectativas da população cada vez mais heterogénea e globalizante, sendo influenciado por vários fatores, tais como: as decisões governamentais, os próprios profissionais da saúde e em especial os utentes do SNS (Simões et al.,2007)

A questão que se levanta está relacionada com o aumento gradual das despesas do sector da saúde, que neste momento atual são de tal forma elevadas que colocam em causa a sustentabilidade do SNS no futuro. O que levou as instituições de saúde a sentir a necessidade de implementar novas estratégias de gestão (Simões et al.,2007).

Desde sempre, as equipas multidisciplinares, têm manifestado as suas reflexões sobre a organização das suas atividades (clínicas, técnicas e administrativas).

Pretendendo-se favorecer a ação e o acompanhamento da mudança, no sentido de analisar a eficiência da introdução da equipa de gestão de camas do CHBA.

4.1-OBJETIVOS

De acordo com a sua missão, pretendemos com este trabalho analisar a duração de tempo de internamento dos doentes que deram entrada no serviço de urgência de adultos (indivíduos com mais de 13 anos, inclusive) da UHP, não sendo consideradas para este estudo os internamentos na Unidade de Internamento de Obstetrícia, a UCI, a UIDA, a Unidade de AVC e as Unidades de Internamento circunscritas às idades pediátricas, entre o ano 2007 e o ano 2010, bem de alguns fatores condicionantes e ainda analisar a vantagem da criação da equipa de gestão de camas nesta unidade hospitalar.

Permitindo assim, acompanhar na descrição das suas modalidades de organização (qualitativa e quantitativa) a materialização dos problemas organizacionais que os seus doentes e equipas profissionais sentiam. Através da intervenção proposta, espera-se que esta provoque um impacto na:

Melhoria da qualidade/satisfação dos doentes:

- Acolher cada doente no serviço desde a sua chegada (entrega de um manual de acolhimento);
- Diminuir as demoras não justificadas clinicamente (antes da hospitalização, ao longo do internamento, antes da saída);
- Diminuir as anulações de admissões programadas por falta de camas.

Melhoria da satisfação dos profissionais:

- Diminuir o tempo gasto a “gerir camas”;
- Utilizar o melhor possível as competências de cada profissional;
- Diminuir as “tensões” entre os serviços (especialmente entre o serviço de urgência e os pisos).

Melhoria da eficiência:

- Gerar, com recursos constantes, um financiamento superior;
- Afetar menos recursos à gestão de camas (nomeadamente tempos de secretariado) e redirecioná-los para outras funções de maior valor acrescentado.

A estes objetivos acrescentam-se os de capitalização e disponibilização de um maior número de experiências, através da publicação:

- De elementos de método, que permitem avaliar as modalidades de gestão de camas existentes e identificar potenciais de melhoria;
- De elementos concretos de modos de organização, instrumentos de monitorização e ações de melhoria localizado nos diferentes serviços.

4.2- O PLANEAMENTO DA INTERVENÇÃO E DOS RECURSOS

4.2.1- Descrição e avaliação das modalidades de gestão de camas

Objetivos:

- Produzir uma avaliação quantitativa e qualitativa das modalidades de gestão de camas na instituição;
- Dispor do reportório dos meios de gestão de camas existente;
- Precisar com o Conselho de Administração as modalidades de intervenção.

Implementação:

Avaliação quantitativa da gestão operacional de camas:

- Processos formais e informais relacionados com a utilização ou não utilização das camas (as modalidades de acesso na urgência, em hospitalização programada, as modalidades de saída, ...);
- Modalidades de organização dos internamentos;
- Existência para os serviços de objetivos de produção relacionados com a utilização de camas;
- Descrição do existente em matéria de gestão de camas.

Avaliação quantitativa da gestão estratégica:

- Avaliação quantitativa das modalidades de gestão de camas existentes, assente na utilização dos dados produzidos pela “Gestão de Doentes”.

4.2.2- Definição dos objetivos e do plano de ação

Objetivos:

- Definir de modo concertado com o Conselho de Administração, o que deverá ser o objetivo da gestão de camas. Mais concretamente, as regras e as condições de utilização e o acesso às camas que permitam responder melhor às necessidades da população (atividade em urgência e programada), às aspirações dos profissionais (perfil de indexação de camas), com uma repartição pela procura equitativa entre os serviços (alocação de recursos internos, tendo em conta o nível de atividade), exemplo disso é o encaminhamento de casos sociais de difícil resolução que de forma pontual são transferidos para o internamento da UHL (medicina 3), por se tratar de uma unidade com menos recursos;
- Conhecer com precisão o perímetro de intervenção;
- Definir o plano de ação para a melhoria da gestão de camas, tendo por base as análises efetuadas no ponto 4.2.1 e os objetivos fixados pelos profissionais;
- Planificar a operacionalização da estrutura de gestão de camas (níveis, competências, responsabilidades e objetivos).

Implementação:

- Assegurar a interiorização do diagnóstico no ponto 4.2.1 pelo Conselho de Administração e pelos profissionais;
- Assegurar a definição dos objetivos da gestão de camas, a sua difusão e apropriação desta “regra do jogo” pelos profissionais do estabelecimento;
- Definir os eixos de melhoria e os planos de ação segundo as “regras de jogo” definidas em conjunto com os profissionais, em ligação com o diagnóstico da primeira fase e com o impacto estimado à priori das ações sobre os objetivos finais do estudo;
- Apresentar às equipas as modalidades de operacionalização das ações;
- Sensibilizar as equipas pela importância da monitorização de certos indicadores.

4.2.3- Operacionalização dos planos de ação

Objetivos:

- Assegurar a operacionalização das ações preconizadas ao longo da fase 2;
- Formar e ajudar os profissionais dos serviços na utilização dos “*tableaux de bord*” definidos no ponto 4.2.2.

Implementação:

- Desenvolvimento de competências de gestão dos responsáveis pela operacionalização das ações;
- Acompanhamento próximo das equipas operacionais;
- Implementação rápidas das ações, em primeiro lugar sobre uma parte da atividade, seguida de correções eventuais ao seu conteúdo após a implementação total;
- Acompanhamento na utilização dos “*tableaux de bord*”.

4.2.4- Avaliação

Objetivos:

- Avaliar o resultado de cada ação e do conjunto das mudanças implementadas entre o ano 2007 e o ano 2010 da equipa de gestão de camas;
- Sugerir algumas estratégias que melhorem a eficiência da equipa de gestão de camas.

5- METODOLOGIA

Para dar resposta aos objetivos desta investigação, desenvolveu-se um levantamento exploratório e retrospectivo, cuja metodologia de investigação utilizada foi a quantitativa.

A inventariação do número de doentes atendidos no CHBA, teve na sua base um conjunto de dados fornecidos pelo Gabinete de Estatística, tendo como critério os episódios de internamento gerados neste centro durante o ano de 2007 e 2010, dia de admissão, hora de admissão no serviço de urgência da UHP, unidade de internamento, transferências de doentes para as diferentes especialidades de internamento e duração de tempo de internamento nas unidades de internamento.

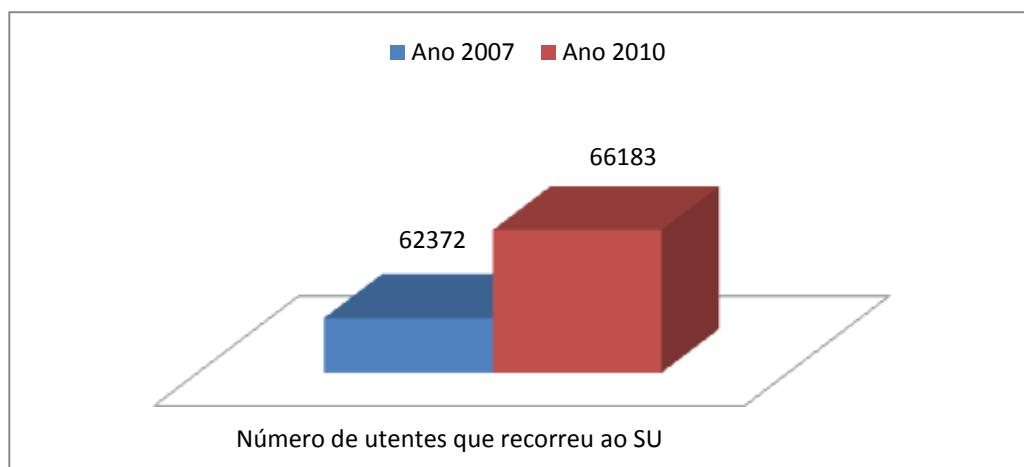
6-APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DO LEVANTAMENTO DE DADOS

No presente capítulo procedemos à análise, apresentação e discussão dos dados obtidos através da base de dados do gabinete de estatística do CHBA.

6.1- CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO

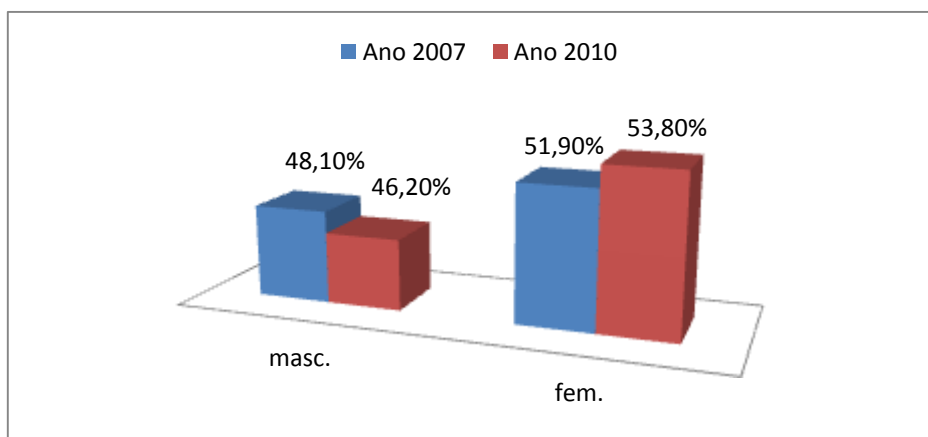
O Gráfico Nº 2, mostra-nos a distribuição da afluência de utentes ao SU nos anos 2007 e 2010 respetivamente, através da sua análise verificamos que se observou um aumento da procura dos cuidados de saúde ao SU de 62372 para 66183 utentes.

Gráfico Nº 2 - Distribuição da afluência de utentes ao serviço de urgência nos anos 2007 e 2010.



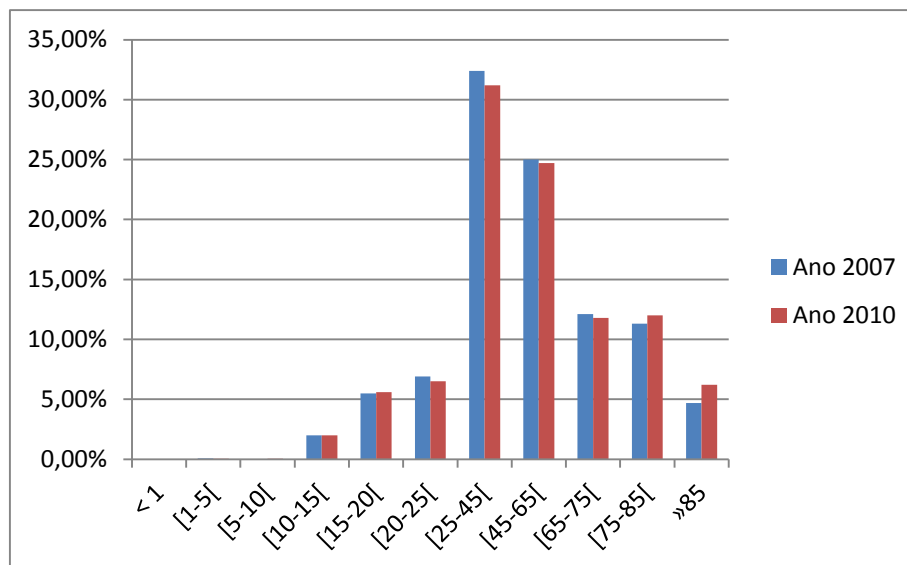
O Gráfico Nº 3 mostra a distribuição da afluência de utentes ao serviço de urgência por género (2007/2010). A sua análise permite observar que o número de utentes que recorreu ao serviço de urgência do sexo masculino decresceu de 48,1% em 2007 para 46,2% em 2010, enquanto o sexo feminino aumentou de 51,9% em 2007 para 53,8% em 2010.

Gráfico Nº 3- Distribuição da afluência de utentes ao serviço de urgência por género (2007/2010).



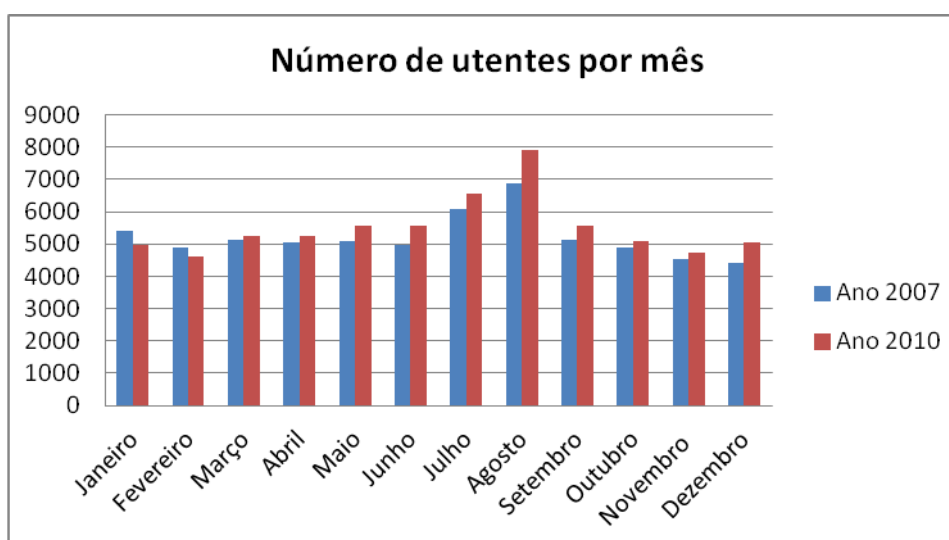
A análise do Gráfico Nº 4, referente à distribuição da afluência de utentes ao SU por grupo etário em 2007/2010, permitiu-nos saber que houve um decréscimo no grupo etário entre os 20-25 anos de 6,90% para 6,50% e entre os 25-45 anos de 32,40% para 31,20%, bem como um aumento no grupo etário entre os 75-85 anos de 11,3% para 12,0% e com mais de 85 anos de 4,70% para 6,20%. Estes últimos dados vão de encontro aos dados estatísticos do INE (2010), que revelam que a população portuguesa está cada vez mais envelhecida, nos quais a esperança de vida é de 79,2 anos, sendo de 76,1 anos para os homens e de 82,1 para as mulheres. Sendo a esperança de vida à nascença na região do Algarve de 78,1 anos.

Gráfico Nº 4- Distribuição da afluência de utentes ao serviço de urgência por grupo etário (2007/2010).



Através da análise do Gráfico Nº 5 verificamos que, de uma forma global, se assiste a um aumento do número de utentes que recorre ao SU nos meses de Junho, Julho e Agosto, o que vai de encontro de sazonalidade da região do Algarve. O aumento do número de utentes no mês de Dezembro do ano e no mês de Janeiro de 2007 deveu-se à vaga de frio que se fez sentir nesses meses.

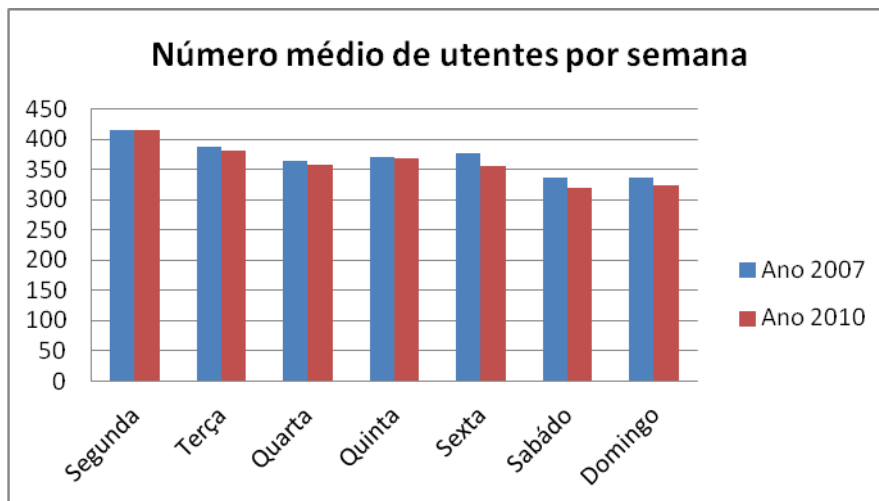
Gráfico Nº 5 - Distribuição da afluência de utentes ao serviço de urgência mensal nos anos 2007 e 2010.



O Gráfico Nº 6 mostra-nos a distribuição da afluência média de utentes ao SU semanal, nos anos 2007 e 2010 respetivamente, através da sua análise verificamos que é à

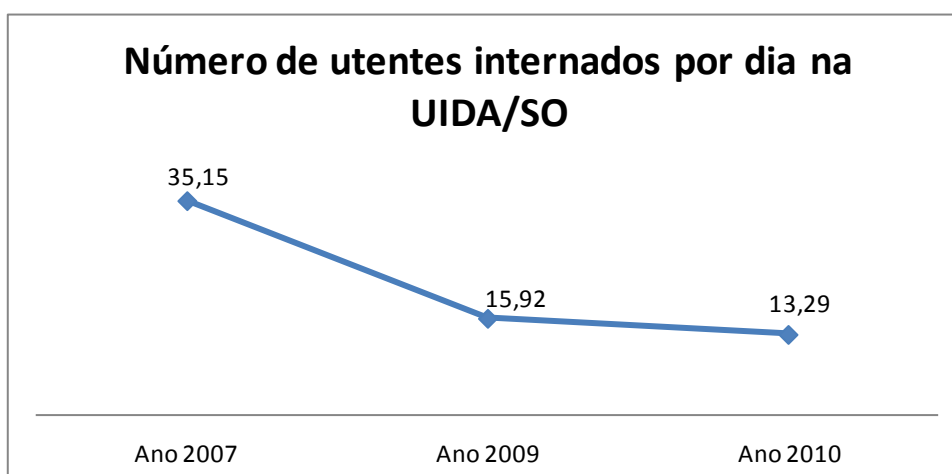
segunda, terça e sexta-feira que observam um maior número médio de utentes. No entanto, é à quinta-feira que se observa uma maior uniformidade no valor médio de 370 utentes.

Gráfico Nº 6 - Distribuição da afluência média de utentes ao serviço de urgência por dia da semana.



Ao analisarmos a distribuição do número de utentes internados na UIDA/SO, no Gráfico Nº 7, podemos constatar que se verificou uma redução para mais de metade do número de internamentos do ano 2007 para 2009, continuando a baixar no ano 2010, com 13,29 utentes. Este gráfico permite-nos apurar que existencia da equipa gestão de cama tem sido preponderante na redução do número de utentes internados no serviço de urgência, a aguardar uma cama de internamento no serviço de especialidade.

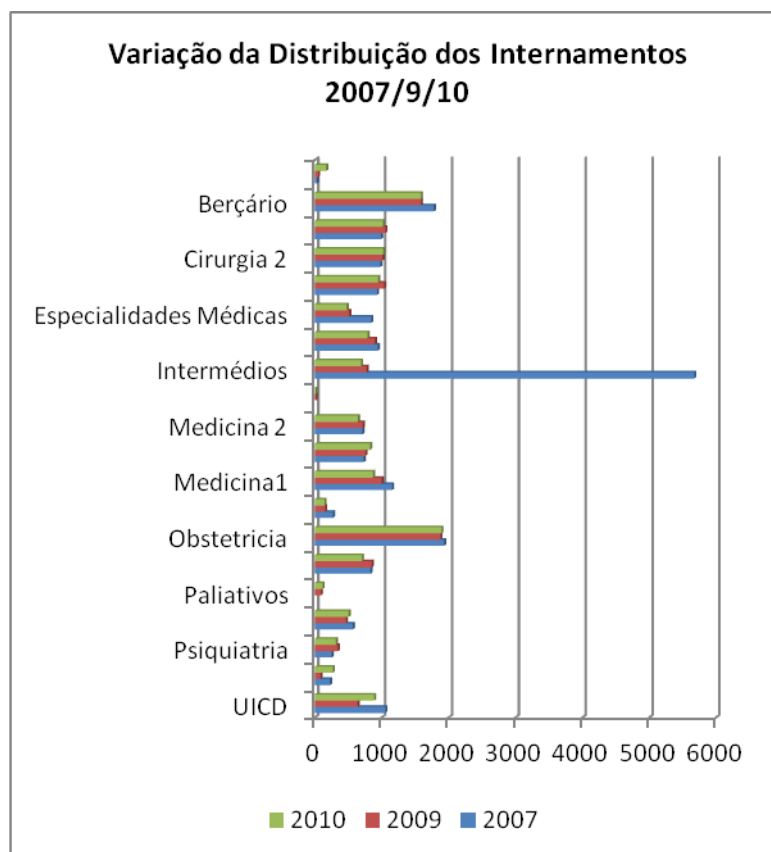
Gráfico Nº 7- Distribuição do número de utentes internados por dia na UIDA/SO.



6.2- UNIDADES DE INTERNAMENTO

O Gráfico Nº 8, mostra a distribuição da variação do número de internamento comparativamente nos anos 2007,2009 e 2010. A forte diminuição no número de internamentos efetuados na Unidade de Cuidados Intermédios (zona tampão de doentes a aguardar internamento) relaciona-se com a alteração da política de internamento dos doentes provenientes do serviço de urgência. As variações detetadas nas restantes unidades raramente excedem os 10%, à exceção da unidade de internamento de ortopedia com uma variação negativa de 17% e da UICD e UCI com variações positivas à volta dos 40%, comparativamente ao período homólogo.

Gráfico Nº 8 - Variação da distribuição do número de internamentos – 2007/2009 e 2010.



A Tabela Nº 5 permite visualizar a demora média de dias de internamento segundo o seu dia de admissão no serviço.

A informação contida nesta tabela permite aos chefes de serviço corrigirem as variabilidades detetadas, como é o caso do serviço de ortopedia, em que a demora média

de internamento dos doentes internados à segunda e à sexta-feira é de 19,58 e 19,43 dias respetivamente, enquanto que os internados ao sábado permanecem apenas 11,63 dias.

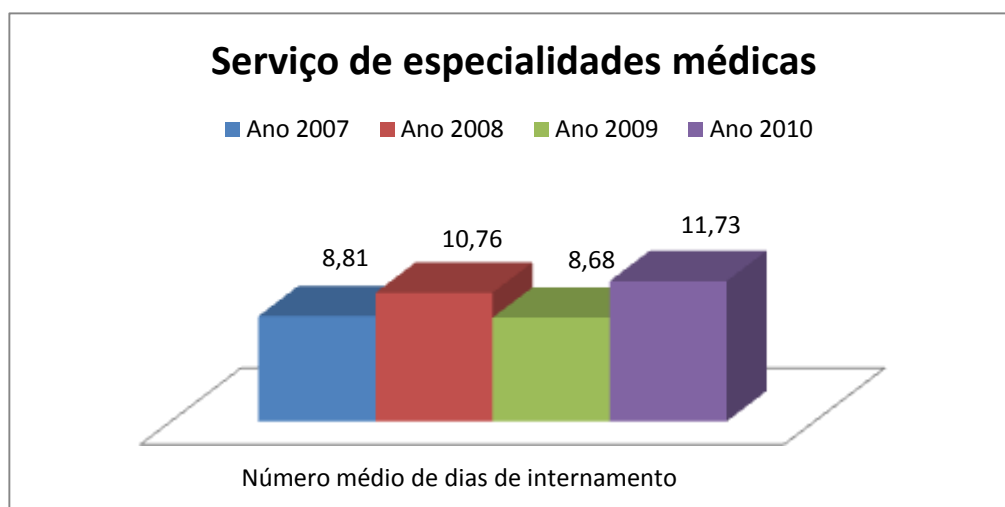
Tabela Nº 5- Demora média dos doentes no internamento segundo o seu dia de admissão no serviço.

| Unidade de Internamento | Variação da Demora Média segundo o Dia da Semana do Internamento (2010) | | | | | | | | Total | | | |
|-------------------------|---|-------------|-------------|-------------|--------------|--------------|-------------|--------------|-------------|--------------|------------|----|
| | Dias da Semana | | | | | | | | Média | (n) | DP | CV |
| | Segunda | Terça | Quarta | Quinta | Sexta | Sabado | Domingo | | | | | |
| Cirurgia 1 | 6,96 | 7,19 | 7,47 | 7,51 | 9,98 | 9,44 | 5,19 | 7,41 | 1019 | 10,81 | 69% | |
| Cirurgia 2 | 6,84 | 8,53 | 6,28 | 6,64 | 8,84 | 8,52 | 5,26 | 7,08 | 1027 | 9,72 | 73% | |
| Esp.Cirurgicas | 5,57 | 6,91 | 8,53 | 5,20 | 12,30 | 15,46 | 9,71 | 7,51 | 951 | 9,47 | 79% | |
| Esp. Médicas | 14,59 | 14,12 | 12,85 | 15,14 | 11,47 | 18,17 | 13,23 | 13,93 | 481 | 15,01 | 93% | |
| Ginecologia | 2,39 | 5,48 | 3,42 | 2,69 | 3,19 | 2,00 | 4,97 | 3,57 | 791 | 5,67 | 63% | |
| Medicina 1 | 11,25 | 9,73 | 11,68 | 11,84 | 13,08 | 10,25 | 9,91 | 10,98 | 872 | 11,54 | 95% | |
| Medicina 2 | 16,24 | 13,81 | 11,60 | 13,17 | 13,69 | 15,44 | 14,60 | 13,82 | 647 | 11,76 | 117% | |
| Medicina 3 | 14,73 | 12,84 | 15,59 | 17,97 | 15,64 | 17,65 | 14,85 | 15,59 | 831 | 16,24 | 96% | |
| Ortopedia | 19,58 | 12,21 | 12,18 | 13,82 | 19,43 | 11,63 | 17,82 | 14,85 | 707 | 15,62 | 95% | |
| Psiquiatria | 12,12 | 14,62 | 15,10 | 11,42 | 17,24 | 10,81 | 12,67 | 13,71 | 316 | 15,76 | 87% | |
| Total | 9,84 | 9,99 | 9,29 | 9,76 | 12,32 | 12,12 | 8,85 | 10,18 | 7642 | 12,68 | 80% | |

O Gráfico Nº 9, mostra-nos a distribuição do número médio de dias de internamento no serviço de especialidades médicas (é constituído pelas especialidades de cardiologia, pneumologia, neurologia), através da sua análise podemos constatar que se observa um aumento do número de dias de internamento do ano 2007, com uma média de 8,81 dias, valor este que sofreu várias oscilações, atingindo em 2010 (11,73 dias).

Relativamente ao aumento do número de dias de internamento no ano 2008, deveu-se à atribuição de 3 camas e 2 macas para a especialidade de medicina interna no serviço de especialidades médicas (e a saída em troca dos doentes da gastroenterologia para o serviço de cirurgia 2), pois tratam-se doentes com patologias que requerem maior número de dias de internamento, muitas vezes associadas às comorbilidades inerentes à sua patologia. Em relação ao ano 2010, este aumento esteve associado ao aumento do número de doentes internados com o diagnóstico de tuberculose pulmonar, segundo o relatório interno da Comissão de Infeção do CHBA houve 47 casos, número este que tem vindo a aumentar nos últimos anos (28 casos em 2008 e 34 casos em 2009) o que contradiz os dados publicados pela DGS em 2010, que referem que a taxa de incidência foi revista para 26,8 no distrito de Faro e 22,9 casos novos por 10000 habitantes a nível nacional, menos 8,5 % que em 2009, confirmando-se assim a tendência para a descida consistente de 6,3% ao ano nos últimos 10 anos.

Gráfico Nº 9- Distribuição do número de dias médio de internamento no serviço de especialidades médicas.



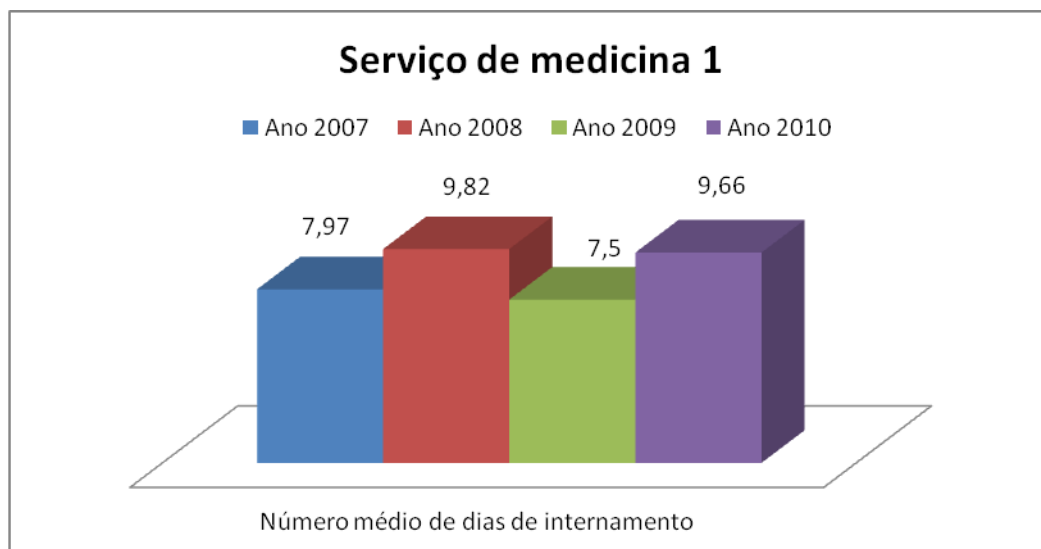
Analisando o Gráfico Nº 10, que mostra a distribuição do número médio de dias de internamento no serviço de medicina 1 (unidade de eleição para doentes com patologias do foro da diabetes mellitus ou das doenças autoimunes), verificamos que se observa um aumento de 7,97 dias de internamento referentes ao ano 2007 para 9,82 dias no ano 2008, e de 2009 (7,5 dias) para 2010 (9,66) dias.

O aumento da média de dias de internamento de 2009 para 2010, deveu-se ao facto da nossa população estar cada vez mais envelhecida, segundo dados do INE (2010), ao qual se associa a um aumento de comorbilidades associadas a outras patologias. Um estudo realizado por Carneiro et al. (2011), neste serviço revelou um aumento da prevalência de diabetes nos doentes internados ao longo dos últimos 3 anos (2008: 23,1%; 2009: 24,6%; 2010: 25,5%), cujo número médio de dias de internamento foi de 12,3 dias nestes doentes, tal como poderemos verificar muito superior ao tempo médio de internamento no serviço.

Outro fator que pode explicar este aumento, foi a reduzida capacidade de escoamento de doentes para as unidades de referenciação de cuidados continuados no Algarve, o número de camas existentes na rede de cuidados continuados integrados ainda se apresenta insuficiente para as necessidades, nomeadamente no que diz respeito à tipologia de longa duração.

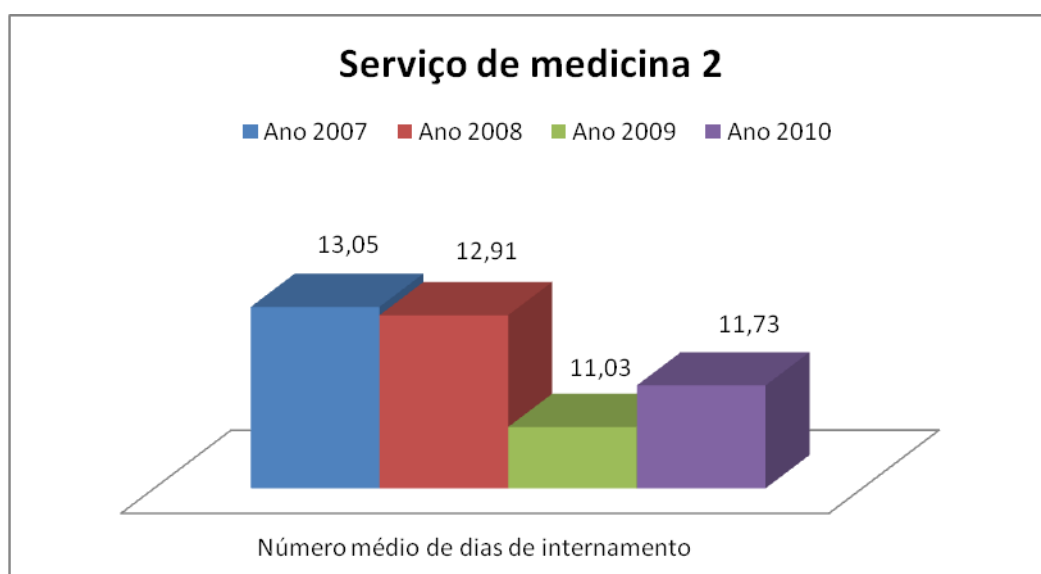
E por último, o principal fator responsável pelo aumento da média de dias de internamento no serviço, segundo os dados da assistente social do serviço, no ano 2010 houve um maior número de casos de difícil resolução social, o que implicou o prolongar dos internamentos como casos sociais.

Gráfico N° 10- Distribuição do número de dias médio de internamento no serviço de medicina 1.



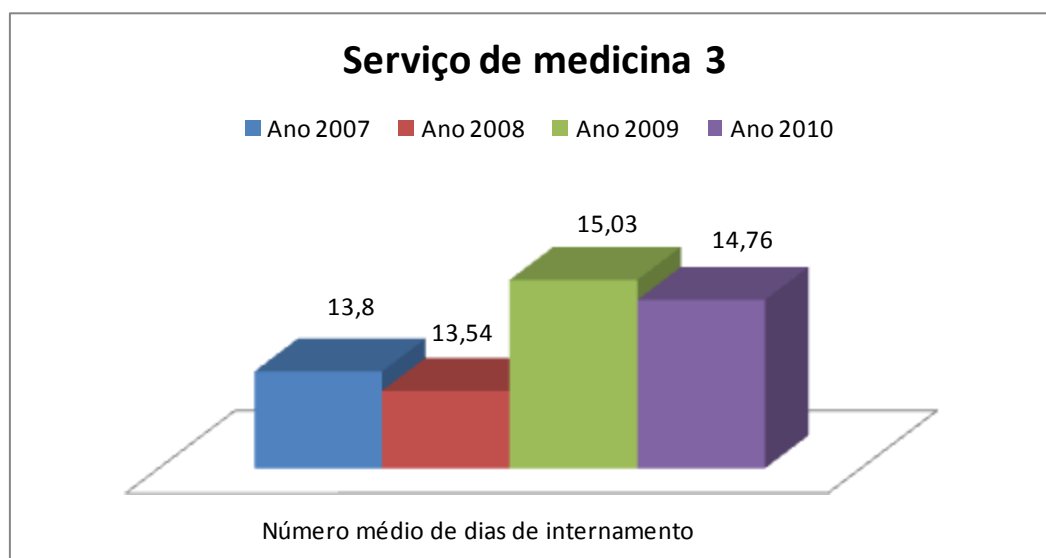
Ao estudarmos a distribuição do número médio de dias de internamento no serviço de medicina 2 (unidade de eleição para doentes com doenças dermatológicas, infecciosas e suas comorbilidades associadas) através do Gráfico N° 11, podemos constatar que se observa um decréscimo do número de dias de internamento ao longo dos anos, com 13,05 dias em 2007, 12,34 dias em 2009 e 11,73 dias em 2010. O decréscimo do valor efetivo do número médio de dias de internamento deveu-se ao facto de haver um maior controle complicações inerentes às doenças infecciosas (HIV).

Gráfico N° 11- Distribuição do número de dias médio de internamento no serviço de medicina 2.



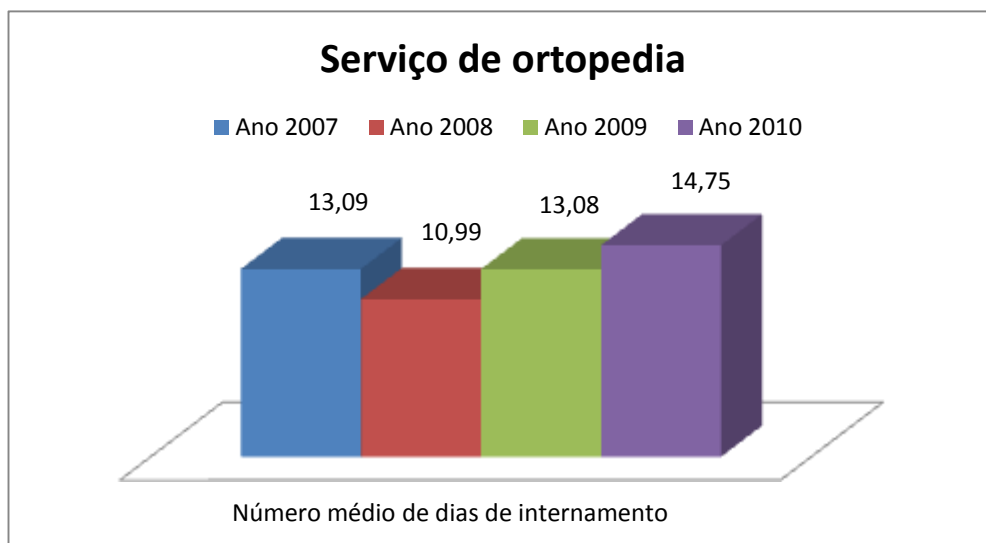
O Gráfico N^o 12, mostra-nos a distribuição do número médio de dias de internamento no serviço de medicina 3 (sediado na UHL) do ano 2007 a 2010, como podemos visualizar no gráfico assiste-se a uma diminuição do número médio de dias de internamento do ano 2007 para o ano 2008 e de 2009 para 2010, porém, do ano 2008 para 2009 assistiu-se a um aumento dessa mesma média. Este acréscimo de dias médio de internamento deveu-se ao facto, desta unidade começar a receber doentes transferidos da UHP, considerados doentes protocolados em termos sociais (de resolução problemática), pois trata-se de uma unidade de internamento de menores recursos humanos e de meios complementares de diagnóstico.

Gráfico N^o 12- Distribuição do número de dias médio de internamento no serviço de medicina 3.



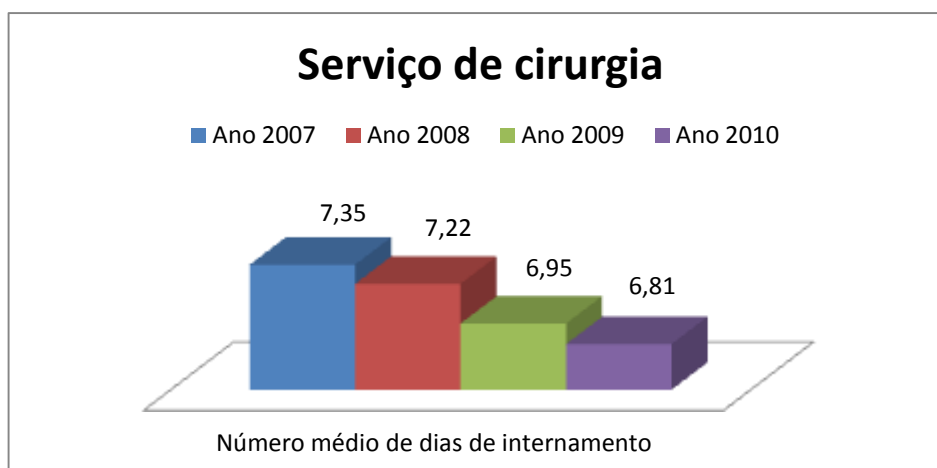
Ao estudarmos a distribuição do número médio de dias de internamento no serviço de ortopedia, através do Gráfico 13, verificamos que só de assistiu a um decréscimo do número de dias de internamento do ano 2007 (13,09 dias) para o ano 2008 (10,99 dias), desde desse ano, esta mesma média tem vindo a crescer, atingindo 14,75 dias de internamento no ano 2010. Este fenómeno deve-se a uma má organização de gestão da programação de cirúrgicas ortopédicas, como pode ser visualizado na tabela 4, em que os doentes internados à segunda-feira tem uma média de 19,58 dias e à sexta-feira 19,43 dias, enquanto os que são internados ao sábado apresentam apenas 11,63 dias de internamento.

Gráfico N° 13- Distribuição do número de dias médio de internamento no serviço de ortopedia.



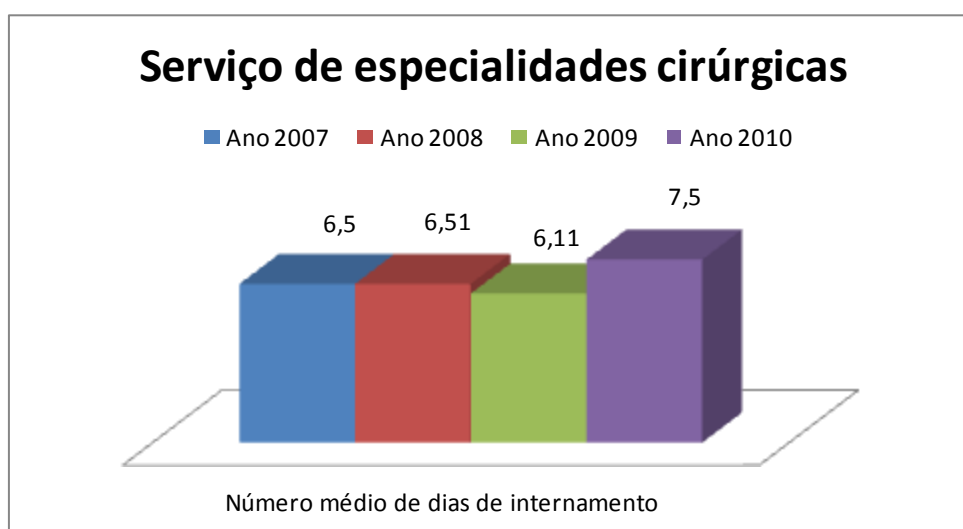
O Gráfico N° 14, mostra-nos a distribuição do número médio de dias de internamento no serviço de cirurgia, através da sua análise podemos verificar que ao longo dos anos em estudo se tem assistido a um decréscimo do número médio de dias de internamento, assim, no ano de 2007 era de 7,35 dias, em 2008 de 7,22 dias, em 2009 de 6,95 dias e em 2010 de 6,81 dias. Esta diminuição do número de dias de internamento resultou de uma reorganização do serviço, relativamente à agenda operatória dos cirurgiões, havendo assim a preocupação em distribuir o número de cirurgias programadas para todos os dias da semana.

Gráfico N° 14- Distribuição do número de dias médio de internamento no serviço de cirurgia.



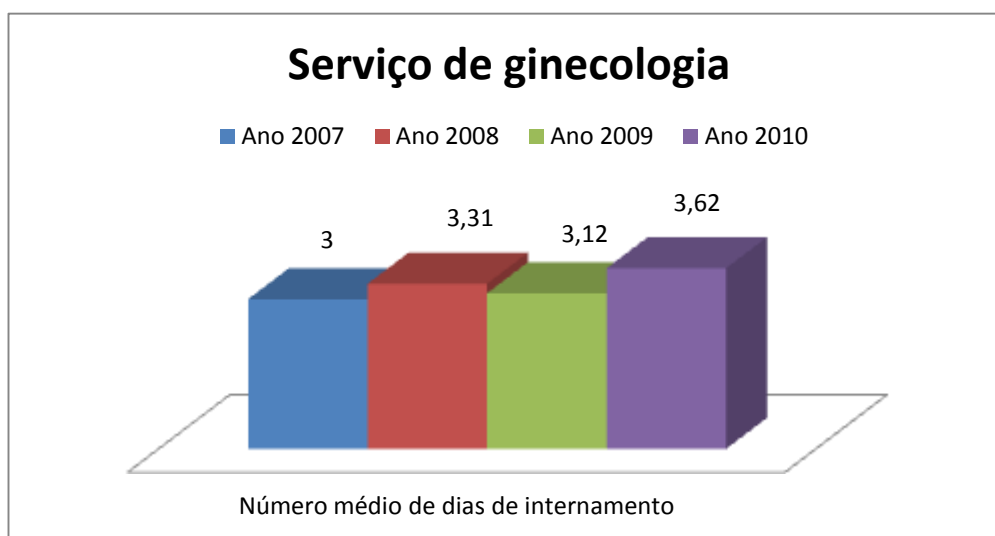
Analisando a distribuição do número médio de dias de internamento no serviço de especialidades cirúrgicas (engloba as especialidades de urologia, otorrinolaringologia, ortopedia, oftalmologia) através do Gráfico Nº 15, podemos constatar que, no ano de 2007 o valor médio de dias de internamento era de 6,50 dias desde de então sofreu algumas oscilações, atingindo os 7,50 dias no ano de 2010. Este acréscimo deveu-se ao internamento mais prolongado dos doentes ortopédicos, comparativamente com os restantes.

Gráfico Nº 15- Distribuição do número de dias médio de internamento no serviço de especialidades cirúrgicas.



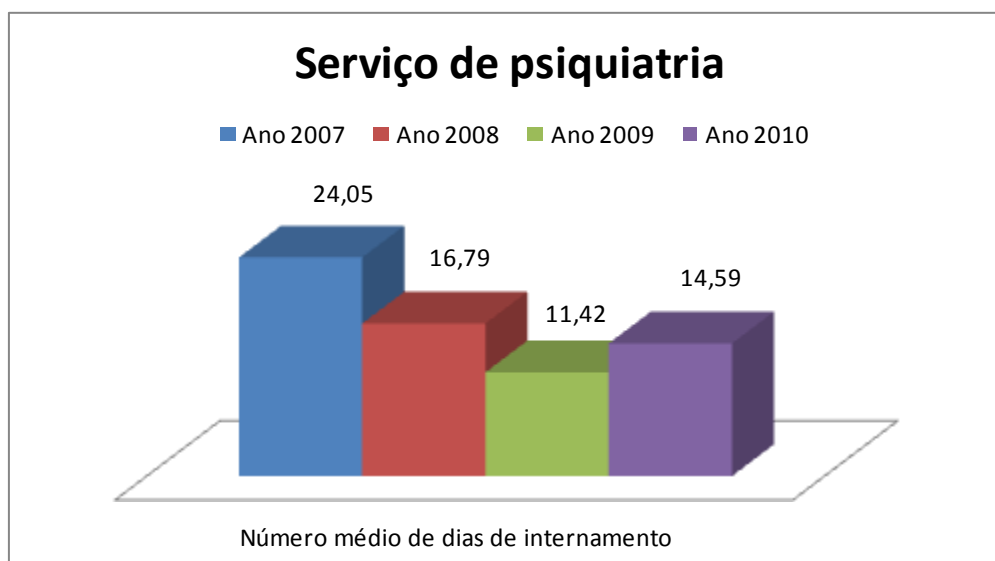
Através da análise do Gráfico Nº 16, podemos visualizar a distribuição do número médio de dias de internamento no serviço de ginecologia, que era de 3 dias no ano de 2007, valor este que sofreu algumas oscilações, atingindo de 3,62 dias no ano de 2010. Este aumento de dias de internamento deveu-se provavelmente devido ao aumento de internamento de doentes com patologia cancerígena.

Gráfico Nº16- Distribuição do número de dias médio de internamento no serviço de ginecologia.



O Gráfico Nº 17, apresenta a distribuição do número médio de dias de internamento no serviço de psiquiatria, podemos visualizar que se assistiu a um decréscimo para metade do número médio de dias de internamento do ano de 2007 (24,05 dias) para 2009 (11,42 dias), no entanto, do ano de 2009 para 2010 subiu para 14,59 dias. Este aumento, deveu-se segundo a Coordenadora do Serviço Social do CHBA ao acréscimo de doentes problemáticos em termos sociais, mais concretamente ao internamento de 2 doentes durante 6 e 7 meses respetivamente

Gráfico Nº 17- Distribuição do número de dias médio de internamento no serviço de psiquiatria.

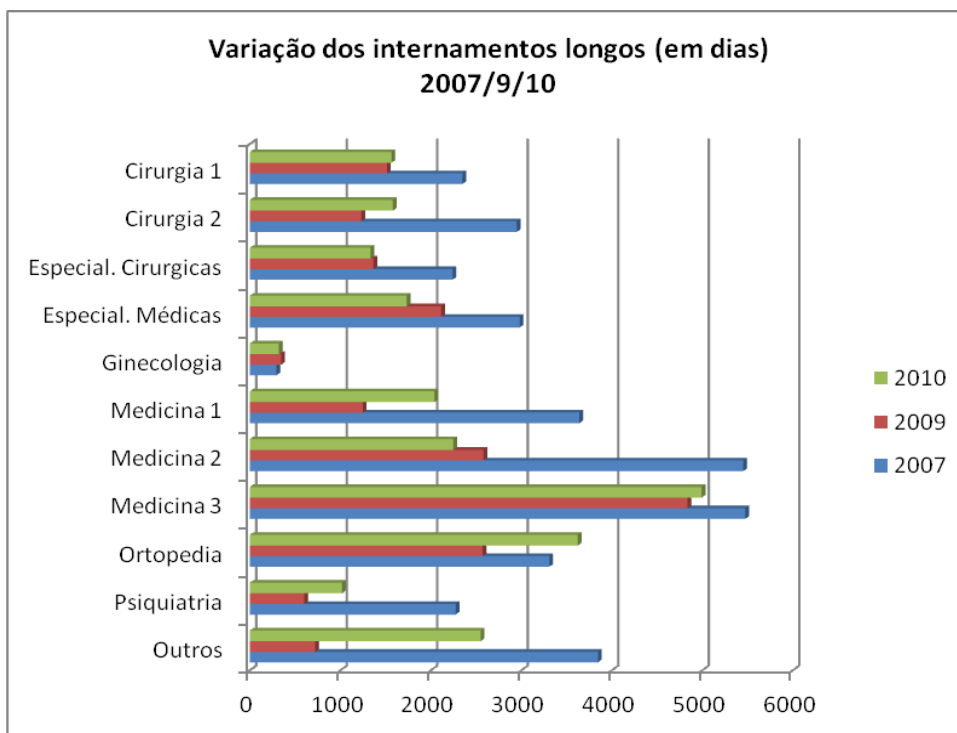


6.3- INTERNAMENTOS LONGOS

Os internamentos longos (mais de 30 dias) são uma realidade na maior parte dos hospitais. Correspondendo na maior parte dos casos a problemas de organização a jusante (doentes com patologias múltiplas, problemas sociais, etc.) e a sua avaliação recai em parte nos internamentos não pertinentes.

O Gráfico 18, mostra a distribuição dos internamentos longos nas Unidades de Internamento nos anos 2007/9/10, podemos verificar que ao contrário do ocorrido no período homólogo, a maior parte das Unidades de Internamento sofreu um incremento nesta tipologia da duração dos internamentos, à exceção da Medicina 2, Ginecologia e Especialidades Médicas, o que acarretou um aumento global de 9% no número de internamentos e de 20% nos dias de internamento. O que no caso da Unidade de Internamento de Ortopedia equivale a 30% da capacidade instalada, nas três unidades de Medicina a 28% do número total de dias de internamento disponíveis e nas duas unidades de Cirurgia a 18% da sua capacidade.

Gráfico Nº 18- Distribuição dos internamentos longos nas Unidades de Internamento nos anos 2007/9/10.



6.4- TAXAS DE OCUPAÇÃO NO INTERNAMENTO

As taxas de ocupação são elaboradas com base nos dados colhidos pela Equipa de Gestão de Altas às 9:00 horas diariamente, no Gráfico N° 19 podemos visualizar a taxa de ocupação de doentes nas diferentes unidades de internamento, em que se observa uma melhoria significativa das taxas de ocupação nas diferentes unidades, de realçar o aumento nas unidades cirúrgicas (principalmente na Unidade de Especialidades Cirúrgicas de 21,5%), de 13,3% na Unidade de Ginecologia.

A obtenção de uma Taxa de Ocupação por Unidade de Internamento acima dos 90%, deveu-se significativamente à colaboração prestada pelas equipas das Unidades de Internamento do CHBA que disponibilizaram as suas camas livres para colmatar as necessidades de outras especialidades.

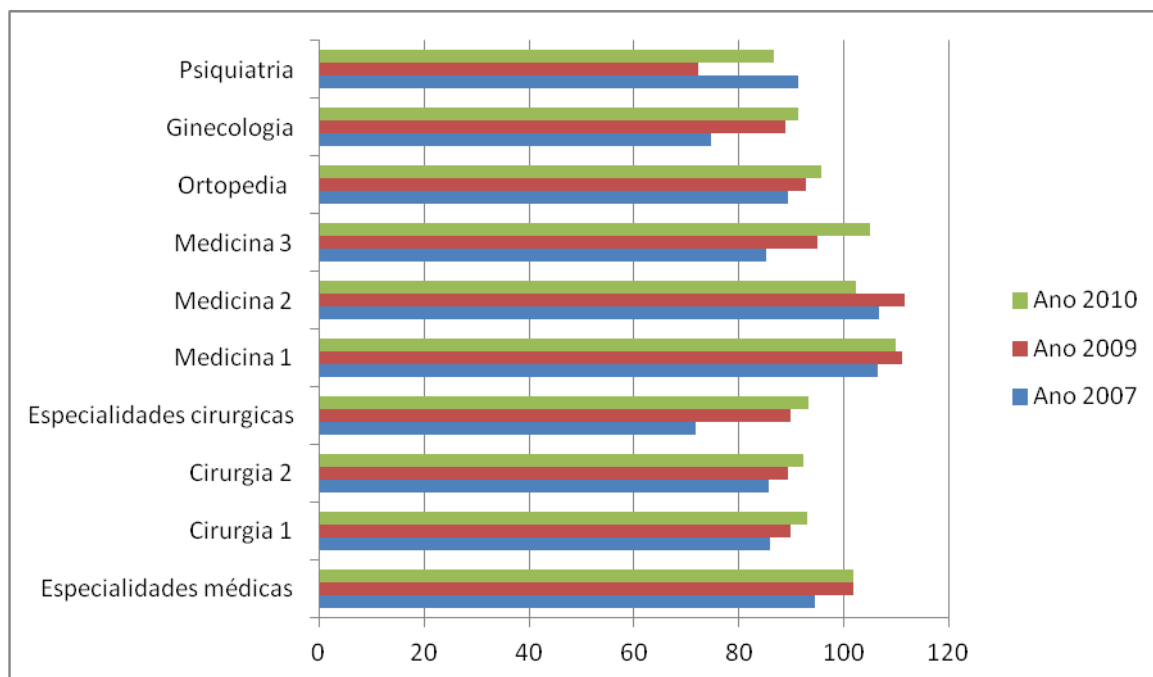
Consideramos que abaixo de uma taxa de ocupação de 90%, há possibilidades de melhoria.

A unidade de Psiquiatria apresenta taxas de ocupação inferiores a 90%, o que devido à especificidade do serviço prestado não pode ser considerado no âmbito deste estudo.

As unidades de internamento com taxas acima de 100%, efetuam-no à conta da instalação de doentes em macas (Medicina 1, Medicina 2, Medicina 3 e Especialidades Médicas).

Perante estes resultados pensamos ser muito difícil conseguir subir mais as taxas de ocupação ao nível do internamento, no que diz respeito às unidades cirúrgicas há sempre a necessidade de manter algumas camas vagas na iminência de receberem doentes no período pós-operatório.

Gráfico N° 19- Distribuição das taxas de ocupação no internamento nos anos 2007/9/10.



7- LIMITAÇÕES DO PROJECTO

Durante a realização deste projeto deparamo-nos com várias limitações que passamos a enumerar:

- Limitação do Sistema informático do CHBA em termos de fornecimento de dados estatísticos, o que levou à necessidade de recorrer a outros dados fornecidos por outras seções do Hospital, designadamente a Comissão de Infeção Hospitalar, de Ação Social e Equipa de Gestão de Camas;

- Deficiente caracterização dos casos protelados pelo Gabinete de Ação Social, ou seja, não há um registo do número de casos por Unidades de Internamento, apenas fazem referência no seu relatório anual ao número total de casos. O que levou à necessidade de contactar individualmente com algumas das assistentes sociais responsáveis pelas Unidades mais problemáticas (Unidades de Medicina e de Psiquiatria), para através do seu registo individual conhecermos o número de casos e o tempo de internamento dos doentes protelados. Foi inclusive, sugerido à Coordenadora do Serviço de Ação Social para incluírem nos próximos relatórios uma descrição dos casos protelados por Unidade de Internamento bem como o tempo que permaneceram nestas.

CONCLUSÕES E SUGESTÕES

Reconhece-se a saúde como uma necessidade humana com expressão ao nível dos direitos fundamentais, particularmente no que respeita à acessibilidade e equidade. A compreensão dos fenómenos de doença e das necessidades individuais de cada indivíduo, deve abranger, as disparidades sociais, de forma a contemplar a máxima qualidade na prestação dos cuidados.

O envelhecimento da nossa população, a descoberta de novas patologias, o aumento das doenças crónicas e a rápida evolução tecnológica, traduzem pressões diversas, confrontando a gestão de recursos escassos, com as maiores exigências por parte dos utentes.

Uma das estratégias de gestão aplicadas por parte da Administração do CHBA, foi a criação de uma Equipa de Gestão de Camas nesta unidade hospitalar, que sem dúvida, com base nos resultados apresentados anteriormente, foi uma decisão assertiva. Na medida em que permitiu combater a sobrelotação de doentes internados no serviço de urgência que se encontravam a aguardar vaga de internamento nos serviços de especialidade, problemática esta que se vinha a arrastar à vários anos, o que possibilitou aumentar os padrões de qualidade de cuidados prestados aos doentes no serviço de urgência. Ou seja, os doentes deixaram de estar internados vários dias em macas ao longo dos corredores do SU, sem privacidade e com pouco conforto, em que o rácio enfermeiro/doente era em média diária de 15:2, com todos os riscos para o doente inerentes à sobrecarga de trabalho dos prestadores de cuidados. Essa nova realidade permitiu aos profissionais aumentar a eficiência no desempenho das suas atividades profissionais.

Consideramos vários pontos bastantes positivos em relação à forma como a Equipa de Gestão de Camas delineou os seus objetivos e as estratégias que optou na implementação destes, que passou desde do envolvimento de todos os chefes de serviço (enfermeiros e médicos), serviço social e Administração do CHBA na reorganização dos serviços, no combate à resistência da mudança, na diminuição entre as “tensões” existentes entre os profissionais da urgência e dos serviços de internamento e na resolução de internamentos prolongados. A divulgação do Relatório Anual da Equipa de Gestão de Camas permite às unidades de internamento introduzir medidas corretivas, no sentido de

melhorarem os indicadores de qualidade e de eficiência dos mesmos. O facto de ser enviado para os chefes de equipa, de serviço e médicos de medicina interna de serviço na urgência o mapa de vagas/ camas disponíveis nas unidades de internamento, permitiu a estes profissionais a rentabilizar o tempo que anteriormente era necessário para contactar as unidades de serviço na resolução de outras situações.

Devido a limitações financeiras, a exigência aguda de cama de internamento e a necessidade absoluta assegurar eficiência na utilização de recursos de cuidado de saúde, uma “cama vazia” traduz-se numa perda de eficiência e de qualidade em termos de gestão hospitalar. Neste sentido, a equipa de gestão de camas teve desempenhado um papel preponderante na gestão de interesses internos por parte dos chefes de serviços de determinadas Unidades de Internamento, permitiu a “mutualização das camas”, tornando assim possível o internamento de doentes da especialidade de medicina interna nas Unidades de Internamento Cirúrgicas (Cirurgia 1 e 2, Especialidades Cirúrgicas, Ortopedia e Ginecologia) o que até 2008 era impensável. Este fator permitiu aumentar as taxas de ocupação nas Unidade de Internamento para níveis superiores a 90%.

Outra mais valia na busca da eficiência, foi a diminuição da média de dias de internamento dos doentes internados nas Unidades de Especialidade, em maior parte destes. Esse facto, deveu-se à persistência e mestria da equipa de gestão de altas. Embora ainda se assista alguma resistência à mudança por parte da classe médica, o que coloca em causa a cumprimento dos objetivos em alguns serviços, sendo o mais significativo na Unidade de Ortopedia, em que um doente admitido à segunda ou sexta-feira permanece internado em média 19 dias, enquanto que um admitido ao sábado fica apenas internado em média 11 dias. Consideramos que o chefe de serviço desta Unidade deva realizar alterações nas equipas médicas, que não sejam fixas e altere a constituição das equipas, pois os médicos que se encontram nestes dias são externos ao serviço e só realizam funções uma vez por semana nesta unidade hospitalar.

Outra problemática que a equipa de gestão de camas tem debatido desde da sua existência são a existência de internamentos longos, pois estes resultam por um lado, em perdas de financiamento para o CHBA (novos internamentos que não puderam ser efetivados por falta de cama, aumentando assim a demora média de dias de internamento e diminuindo a taxa de ocupação dessas Unidades) e por outro lado os custos suplementares não são cobertos pelo financiamento por parte do Ministério da Saúde.

O que se verificou através da análise dos dados consultados, foi uma diminuição do número de internamentos longos de uma forma geral, o que traduz uma maior eficiência em termos de gestão. Porém, pensamos que os enfermeiros quando fazem o acolhimento do doente/ família os sinalizem como possíveis casos problemáticos em termos de resolução social mais precocemente para que as assistentes sociais atuem mais prematuramente

junto das famílias, ou caso estas não tenham condições para acolher o doente nas suas casas, solucionem o seu encaminhamento para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) ou para outra Instituição no sentido de evitar que estes doentes permanecem nas unidades de internamento com alta clínica à espera de resolução social. Por outro lado, também consideramos que as assistentes sociais deveriam desempenhar um papel mais ativo na análise da verdadeira situação social do doente/família/cuidadores de forma que estes fossem coresponsabilizados em termos monetários pelo abandono do doente, situação esta cada vez mais recorrente.

A Administração do CHBA deveria propor à RNCCI, a adequação da oferta em camas à procura, pois ainda é insuficiente para suprir as necessidades, no que diz respeito às tipologias mais carenciadas, principalmente os internamentos de longa duração.

Há vários aspetos que gostaríamos de referenciar que comprometem a eficiência e a qualidade dos cuidados prestados quando se verifica uma sobrelotação de doentes no serviço de urgência (provocada por o elevado número de doentes que se encontram a aguardar vaga nos serviços de internamento), sendo estes nomeadamente:

- Falta de conforto dos doentes que aguardam em maca em vez de estarem numa cama; faltas de privacidade, pois estes encontram-se numa sala comum ou em corredores, enquanto nos serviços partilham o seu quarto no máximo com mais 2 doentes;
- Aumento da sobrecarga de trabalho para os enfermeiros (em que o rácio enfermeiro/doente aumenta para dobro ou para o triplo) em que prestar de cuidados de qualidade não implica apenas conhecimento e prática, mas também tempo, disponibilidade, o que nem sempre é possível quando se trabalha num serviço com poucos recursos e inúmeras solicitações (por doentes e seus familiares, colegas, médicos, assistentes operacionais e outros profissionais). Esta realidade propicia a realização de erros pelos profissionais de saúde (quer em termos de troca de doentes, de medicamentos, entre outros), ao aumento do risco de acidentes de trabalho, à desmotivação e ao aumento do absentismo o que pode conduzir a subprestação dos cuidados, decorando a qualidade dos mesmos e colocando em risco a segurança do doente.
- O não cumprimento da Lei nº 33/2009, que profere que os doentes têm direito ao acompanhamento de familiares nos serviços de urgência do SNS, situação esta que não se coloca no internamento nos serviços de especialidades em que os doentes tem direito a acompanhamento de familiares próximos durante 8 horas.

Perante os resultados dos indicadores analisados, consideramos que a equipa de gestão de camas tendo sido preponderante na procura da eficiência na gestão desta

unidade hospitalar, pelo que sugerimos a criação de um modelo semelhante em outras unidades hospitalares.

Para terminar, consideramos que a Administração do CHBA deveria desinvestir na Cirurgia Programada durante os meses de inverno, com o incremento na área de cirurgia de ambulatório das especialidades do foro cirúrgico, face ao aumento da procura dos doentes do foro da medicina interna e voltar a investir no número de intervenções programadas durante os meses de verão. Prevenindo-se assim, em parte, os picos de sobrelotação de doentes no serviço de urgência, melhorando dessa forma a eficiência na gestão de camas hospitalares e na qualidade dos cuidados prestados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alto Comissariado da Saúde (2010). *Indicadores e metas do PNS: Esperança de vida à nascença*. Acedido a 18 de Maio de 2012 em <http://www.acs.min-saude.pt/pns/nascer-com-saude/esperanca-de-vida-a-nascenca/>
- Alto Comissariado da Saúde (2010). *Indicadores e metas do PNS: Demora média em internamento hospitalar*. Acedido a 18 de Maio de 2012 em <http://www.acs.min-saude.pt/pns/sistema-de-saude/demora-media-em-internamento-hospitalar/>
- Ascensão, Helena (2010). *Da qualidade dos cuidados de enfermagem à satisfação das necessidades do utente*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto. Acedido a 2 de Fevereiro de 2012 em <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/26626/2/Helena%20Asceno%202010%20Dissertao%20de%20Mestrado%20em%20Cincias%20de%20Enfermagem%20%20Da%20qualidade%20dos%20cuidados%20%20satisfao%20das%20neces1.pdf>
- Asplin, Brent R. & Magid, David J. (2007). *If you want to fix crowding, start by fix you hospital*. *Annals Emergency Medicine*, V.49, 273-4.
- Audit Commission (1992). *Lying in Wait: The Use of Medical Beds in Acute Hospitals*, London, Honey Press, pp.75.
- Bachouch, Ben; Guinet, Alain & Hajri-Gabouj, Sónia (2007). *Gestion des mutualises d` un établissement hospitalier*. 7e Congrès Internacional de genie industriel, Trois-Rivieres, Quebec: Canada. Acedido a 12 de Setembro de 2011 em <http://hal.inria.fr/docs/00/17/29/30/PDF/BACHOUCH-GUINET-GI2007.pdf>
- Barros, Pedro Pita, (2009). *Economia da Saúde – conceitos e comportamentos*, 2ª edição, Livraria Almedina, Coimbra.

- Barros, Emanuel & Barros, Maria Magalhães (2010). *A sobrelotação dos serviços de urgência hospitalares*. Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE, Ano II, nº2, pp.19-22. Acedido a 08 de Outubro de 2011 em http://www.chtmad.min-saude.pt/Downloads_HSA/CHVRPR/O%20Hospital/Revista%20CHTMAD%201/o%20chtmad%20em%20revista%202.pdf
- Barros, Pedro Pita et al. (2011a). *Análise da Sustentabilidade Financeira do SNS. Entidade Reguladora da Saúde*. Acedido a 28 de Janeiro de 2012 em <http://www.ers.pt/actividades/estudos/Relatorio%20Sustentabilidade%20do%20SNS.pdf>
- Barros, Pedro Pita et al. (2011b). *Inovação e Sustentabilidade em Saúde. Equação Impossível?*. Cadernos Saúde e Sociedade, Diário de Bordo editores, pp. 99-113.
- Bittencourt, Roberto José & Hortale, Virgínia Alonso (2009). *Intervenções para solucionar a superlotação nos serviços de emergência hospitalar: uma revisão sistemática*. Cad. Saúde Pública, 25(7), pp.1439-1454.
- Campos, A. C. (2008). *Reformas da Saúde: O fio condutor*. Almedina: Lisboa.
- Coia J. E. Duckworth et al. (2006). *Guidelines for the control and prevention of Methicillin resistant Staphylococcus aureus (MRSA) in healthcare facilities*. Journal of Hospital Infection Vol 63S P51-544.
- Commonwealth of Australia, *Managing Beds Better/Balancing Supply and Demand/The NDHP-2 Experience* (1999), pp.106
- Carneiro, Carlos et al. (2011). *Diabetes mellitus no internamento de um serviço de medicina: retrospectiva de 2 anos, 4º Simpósio de Diabetes do Algarve- Vilamoura*.
- Collins, Bronwyn et al. (2010). *Nursing resource implications of the unoccupied bed*. Australian Journal of Advanced Nursing, Vol. 27, Nº 4, pp.13-17. Acedido a 5 de Maio de 2011 em http://www.ajan.com.au/vol27/27-4_Webster.pdf
- Department of Health (2003). *Winning Ways: Working together to reduce healthcare associated infection in England*.

Department of Health (2005). Saving Lives: A delivery programme to reduce healthcare associated infection including MRSA.

Daele, Agnés Van & Ameer, Linda Ait (2003). *Contribution de l'ergonomie à l'informatisation hospitalière: le cas de ça gestion des lits*, Université de MOns-Hainaut, Belgique

Duarte, Catarina (2012). Inovação e doenças crónicas vão pressionar despesas no SNS. Diário Económico. Acedido 3 de Fevereiro de 2012 em <http://www.mynetpress.com/pdf/2012/janeiro/201201252a2163.pdf>

Economic Policy Committee and European Commission. (2009). *The 2009 Ageing Report: Economic and Budgetary Projections for the EU-27 Member States (2008-2060)*. European Economy. Nº 2/2009, European Commission.

Economic Policy Committee and European Commission, (2010). *Joint Report on Health Systems*. Occasional Papers, Nº 74, European Commission and Economic Policy Committee (AWG).

Economic Policy Committee and European Commission, (2010), "Joint Report on Health Systems", Occasional Papers, No. 74, European Commission and Economic Policy Committee (AWG).

Godinho, S. C. R. (2008). *A Empresarialização Hospitalar e o seu Impacto – Percepção dos Enfermeiros a Exercer Cargos de Gestão*, Dissertação de Mestrado, Universidade de Aveiro Secção Autónoma de Ciências Sociais, Jurídicas e Políticas de Aveiro.

Gorudescu, F.; McLean, S., Milard, P. (2002). *A Queuing Model for Bed-Occupancy Management and Planning of Hospitals*, Journal of the Operational Research Society, vol. 53, nº1, pp. 19-24.

Gossart, D. & Guinet, A. (2010). *Problématique de la gestion des lits d'hospitalisation: état des lieux en Belgique et comparaison avec la France*. Interuniversity Attraction Poles Program- Belgian State- Belgian Science Policy, Acedido a 5 de Maio de 2011 em [http://giseh2010.isima.fr/papiers/\[040\].pdf](http://giseh2010.isima.fr/papiers/[040].pdf)

- Gregório, Arsénio (2010). *O papel do enfermeiro na equipa de gestão de Camas*. CHBA, EP. Acedido a 12 de Setembro de 2011 em http://www.chbgarvio.min-saude.pt/NR/rdonlyres/650827D5-9E84-4E25-BE0A-23C628969EFE/18573/Entrevista_ArsenioGregorio_Equipa_Gestao_Camas.pdf
- Healthcare Commission (2006). *Investigation into outbreaks of Clostridium difficile at Stoke Mandeville Hospital*. Buckinghamshire Hospital NHS Trust.
- INE (2006). Estatísticas Demográficas. Acedido em 5 de Outubro de 2011 em www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui...
- Juan, Antoni et al. (2010). Impacto de la implementación de medidas de gestación hospitalaria para aumentar la eficiencia en la gestión de camas y disminuir la saturación del servicio de urgencias. *Emergencias*, N° 22, pp.249-253.
- Khare, Rahul K. et al. (2008). *Adding more beds to the emergency department or reducing admitted patient boarding times: which has a more significant influence on emergency department congestion?*. *Annals of Emergency Medicine*. N° X, Vol. XX, pp.1-11.
- Kumar, Arun & Mo, John (2010). *Models for bed occupancy management of a hospital in Singapore*. *International Conference on Industrial Engineering and Operations Management Dhaka, Bangladesh*, pp. 9-10.
- Lei n.º 33/2009 de 14 de Julho: Direito do Acompanhamento dos utentes nos serviços urgência do SNS. *Diário da República*, 1.ª série, n.º 134, 4467.
- Levrout, Jacques & Etchart, Mylène (2006). *Gestion des flux de patients aux urgencies: Gestion des flux d'aval*. Acedido a 5 de Maio de 2011 em http://www.copacamu.org/IMG/pdf/ETCHARD_Texte_L_IOA_son_role_dans_la_gestion_des_flux_d_aval.pdf
- Matos, José António et al. (2010). *Auditoria Orientada ao Valor de Convergência dos Hospitais EPE*. Acedido a 5 de Janeiro de 2012 em http://www.tcontas.pt/pt/actos/rel_auditoria/2010/audit-dgtc-rel011-2010-2s.pdf
- Millán, Emilio Moreno (2008). *Y si adaptáramos los servicios hospitalarios de urgencias a la demanda social y no a las necesidades de salud?*. *Emergencias*, 20, pp.276-284.

- Ministério da Saúde (2010). *Tuberculose em Portugal: avaliação definitiva do ano 2010 confirma a descida da incidência*. Acedido a 12 de Janeiro de 2012 em http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/414D1224-F361-4F1C-95ACFBB017CAF675/0/dgs_tuberculose.pdf
- Ministério da Saúde (2010). *Programa nacional de luta contra a tuberculose: Ponto da situação epidemiológica e de desempenho*. Acedido a 12 de Janeiro de 2012 em <http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/8B5396AB-E7B3-4B81-A368-F2B5F7E28F95/0/RelatorioTuberculoseDGS.pdf>
- Nguyen, J.M. et al. (2007). *An Objective Method for Bed Capacity Planning in a Hospital Department: A Comparison with Target Ratio Methods*. *Methods inf Med*, Nº 4, pp.399-405.
- Observatório das Dinâmicas Regionais do Algarve (2011). Acedido 18 de Outubro de 2011 em http://www.ccdr-alg.pt/ccdr-alg/files/File/documentos/noticias/Censos_20110930_vf.pdf
- OCDE (2004). *The Reform of the Health Care System in Portugal*. Economics Department Working Papers, Paris, Nº 405.
- OECD (2006). *Projecting OECD Health and Long Term Care Expenditures: What are the Main Drivers?*. Economics Department Working Papers, Paris, Nº 477..
- OCDE (2009). *Policies for Healthy Ageing: An Overview*. Health Working Papers, Paris, Nº 42.
- OCDE, (2010). *OCDE Health Data 2010: Statistics and indicators*. Paris.
- Oliveira, A. C. (2008). *Gestão estratégica da imagem: imagem do serviço de urgência pediátrica*. *Revista de Investigação em Enfermagem*. Nº 18, pp.41-52.
- Paulo, Ariana (2010). *SNS: Caracterização e desafios*. GPEARI – MFAP. pp. 1-16. Acedido a 5 de Janeiro de 2012 em <http://www.gpeari.min-financas.pt/analise-economica/publicacoes/ficheiros-do-bmep/dezembro-de-2010/artigos/artigo-9-sns-caracterizacao-e-desafios>.

- Peiró, Salvador et al. (2010). *Variabilidade n la utilluzación de los servicios de urgências hospitalários del Sistema Nacional de Salud*. *Gan.Sanit*, 24(1), pp.6-12.
- Pinto, C.G. e Oliveira, M. (2001). *The Portuguese Health Care System: Current Organization and Perspectives for Reform*. Centro de Investigação sobre Economia Portuguesa (Ed.), *Como está a Economia Portuguesa? IV Conferência sobre a Economia Portuguesa* (pp. 161-194), Europress, Lisboa.
- Pinto, C.G. e Oliveira, M., (2005). *Health care reform in Portugal: an evaluation of the NHS experience*, *Health Economics, Health Econ.*,14: pp.203- 220.
- Richardson, Drew B. (2006). *Increase in patient mortality at 10 days associated with emergency department overcrowding*. *Med. J Aust*, 184, pp.213-6.
- Richardson, Drew B. & Mountain David (2009). *Myths versus facts in emergency department overcrowding and hospital access block*. *MJA*, Vol.190, nº 7, pp.369-374.
- Sánchez, Miquel et al. (2008). *Organasational mechanisms for adaptation and survival in emergency departments*. *Emergencias*, 20, pp.48-53.
- Silva, Ana C. M. (2009). *A Qualidade do serviço de urgência: Percepção dos utentes e dos prestadores*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Aveiro Secção Autónoma de Ciências Sociais e Políticas, Aveiro.
- Simões, J. e Barros, P.P., (2007). *Portugal – Retrato do Sistema de Saúde*. European Observatory on Health Systems and Policies, Vol. 9, Nº 5.
- Simões, J. et al. (2009). *Equipa de Análise Estratégica para o Acompanhamento Externo de Modelos de Gestão Hospitalar*. Ministério da Saúde. Acedido a 8 de Outubro de 2010 em <http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/4B7D86A9-2175-44BC-9D3E-8B3BD2628DDC/0/PPP4.pdf>

ANEXOS

ANEXO I

(Mapa de ocupação de camas por unidade de internamento)

| PISO 0 | | 2ºPISO | | 3ºPISO | | 4º PISO | | 5º PISO | | 6º PISO | | LAGOS | |
|-----------|--------|----------|--------|-----------|-----------|----------|-----------|------------|----------|------------|----------|--------|----------|
| PSIQUIAT. | | GINECOL. | | ORTOPEDIA | | ESP.CIR. | | CIRURGIA 1 | | CIRURGIA 2 | | MED 3 | |
| Cm | Status | Cm | Status | Cm | Status | Cm | Status | Cm | Status | Cm | Status | Cm | Status |
| 1 | | 1 | | 1 | | 1 | | 1 | | 1 | | 1 | Isolam.♂ |
| 2 | | 2 | | 2 | | 2 | | 2 | | 2 | | 2 | Portim.♂ |
| 3 | | 3 | | 3 | | 3 | | 3 | | 3 | Isolam.♂ | 3 | Portim.♂ |
| 4 | | 4 | | 4 | | 4 | | 4 | | 4 | | 4 | L♀ |
| 5 | | 5 | | 5 | | 5 | | 5 | | 5 | | 5 | |
| 6 | | 6 | | 6 | | 6 | | 6 | | 6 | Isolam.♂ | 6 | L♂ |
| 7 | | 7 | | 7 | | 7 | | 7 | | 7 | | 7 | |
| 8 | | 8 | | 8 | L♂ | 8 | | 8 | | 8 | | 8 | Portim.♂ |
| 9 | | 9 | | 9 | | 9 | | 9 | | 9 | | 9 | |
| 10 | | 10 | | 10 | | 10 | | 10 | | 10 | | 10 | L♀ |
| 11 | M1 | O | | 11 | L♀ | 11 | | 11 | | 11 | Isolam.♂ | 11 | Portim.♀ |
| 12 | M2 | O | | 12 | Isolam.♂ | 12 | | 12 | | 12 | Isolam.♂ | 12 | Portim.♀ |
| 13 | M3 | | | 13 | D | 13 | | 13 | Isolam.♂ | 13 | Isolam.♀ | 13 | Medici.♂ |
| 14 | | 1252 | | 14 | Rotativ.♀ | 14 | | 14 | | 14 | | 14 | Medici.♂ |
| 15 | | 1253/4 | | 15 | | 15 | | 15 | | 15 | | 15 | Medici.♂ |
| M1 | | | | 16 | | 16 | | 16 | | 16 | | 16 | Medici.♂ |
| M2 | | | | 17 | | 17 | Rotativ.♂ | 17 | Orfalm.♀ | 17 | | 17 | Pneum.♂ |
| M3 | | | | 18 | | 18 | | 18 | | 18 | Lagos♀ | 18 | Medici.♂ |
| 1563 | | | | 19 | | 19 | | 19 | | 19 | | 19 | Medici.♀ |
| 1567 | | | | 20 | | 20 | Medici.♂ | 20 | Urolog.♂ | 20 | | 20 | Portim.♂ |
| | | | | 21 | | 21 | | 21 | L♂ | 21 | | 21 | |
| | | | | 22 | | 22 | Medici.♂ | 22 | L♂ | 22 | Medici.♀ | 22 | |
| | | | | 23 | | 23 | | 23 | L♀ | 23 | | 23 | |
| | | | | 24 | | 24 | Medici.♂ | 24 | L♀ | 24 | Lagos♀ | 24 | Medici.♂ |
| | | | | 25 | L♀ | M1 | | M1 | | M1 | O | M1 | O |
| | | | | 26 | | M2 | | M2 | | M2 | O | M2 | O |
| | | | | 27 | | M3 | | M3 | | M3 | O | M3 | O |
| | | | | 28 | | M4 | | M4 | | M4 | | M4 | |
| | | | | 29 | L♂ | | | | | | | | |
| | | | | 30 | | 1201 | | 1190 | | 1171 | | 1141 | |
| | | | | 31 | | 1203 | | 1186/8/9 | | 1172/4 | | 1143/4 | |
| | | | | 32 | | | | | | | | 1160 | |
| | | | | 33 | L♀ | | | | | | | 1157/8 | |

| | |
|-------------------|---|
| Códigos de Status | |
| Livre | L |
| Alta | A |
| Ocupada | O |
| Reservada | R |
| Desactivada | D |

Enf.Arsénio 43.126
05/02/2010 às 15:30

OBS:
So - Social
Med.-Medicina
Rotati.-Rotatividade