



Dossier Investigação

A CONSULTA DE ATO ÚNICO, PERFIL DOS SEUS UTENTES E CONTRIBUTOS PARA A TOMADA DE DECISÃO EM CONTEXTO HOSPITALAR

Filipe Correia

Hospital Distrital de Santarém (HDS-EPE)
domingos.correia@hds.min-saude.pt

Ricardo São João

Escola Superior de Gestão e Tecnologia do Instituto Politécnico de Santarém;
Centro de Estatística e Aplicações Universidade de Lisboa (CEAUL);
Centro de Investigação, Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem de Lisboa (CIDNUR)
Centro de Estudos Globais da Universidade Aberta (CEG-UAb)
ricardo.sjoao@esg.ipsantarem.pt

Elsa Vieira

Escola Superior de Desporto de Rio Maior - Instituto Politécnico de Santarém
Research Center for Business Sciences (NECE-UBI) - Universidade da Beira Interior
elsavieira@esdrm.ipsantarem.pt

Contextualização

A Consulta de Ato Único-CAU prestada no Ambulatório Programado de Alta Resolução do Hospital Distrital de Santarém (HDS-EPE) foi pioneira em Portugal possibilitando ao utente que no mesmo dia e local seja observado por um profissional de saúde, realize caso necessário os exames complementares que permitam um diagnóstico preciso e/ou realize procedimentos cirúrgicos de menor complexidade, após o qual regressará a casa já com tratamento ou proposta terapêutica.

Dado o carácter inovador da CAU, encontrando a nível europeu à data da sua implementação paralelismo apenas em Espanha, os autores do estudo desenvolveram um questionário que permitiu retratar o perfil sociodemográfico dos seus utilizadores, sua autoestima, bem como o seu grau de satisfação com o serviço em 26 itens afetos a 5 domínios, a saber: acesso/admissão aos cuidados de saúde (AcAd), qualidade dos cuidados prestados (QuCa), instalações (Fa), satisfação (Sa) e recetividade à CAU (Re).

Os referidos itens foram avaliados numa escala tipo Likert de cinco pontos onde é aferida a Importância (nada importante a muito importante) e Desempenho (nada satisfeito a muito satisfeito) experienciada pelo utente, informação essa que com base na Análise Importância-Desempenho [1] irá permitir aos decisores hospitalares identificar e avaliar que atributos experienciados pelos utentes deverão ser elevados/priorizados, reduzidos, mantidos ou eliminados na formulação de uma estratégia que vise a maximização da satisfação na ótica desses utentes.

Palavras-chave: Utente hospitalar, Consulta de Ato Único, Autoestima, Análise Importância-Desempenho, Satisfação.

Metodologia

Foi desenvolvido um questionário posteriormente entregue aos utilizadores da CAU, com o objetivo de retratar três temáticas pela seguinte ordem: o seu perfil sociodemográfico, a sua autoestima bem como a sua satisfação com a CAU. Com base na análise documental proveniente dos registos clínicos realizados entre janeiro de 2014 a outubro de 2018,

foram identificadas as especialidades médicas com maior afluência mensal, especialidades essas alvo do questionário.

Por forma a assegurar o carácter inferencial deste estudo epidemiológico transversal decorrido em 2019 com ênfase na utilização particular neste serviço de saúde, optou-se pela adoção de uma amostragem aleatória estratificada não proporcional figurando como estratos as quatro especialidades de consultas mais referenciadas.

No dimensionamento amostral foi considerado um erro tolerável de amostragem e um nível de significância de 5% que conduziu a uma amostra de 364 utentes da CAU, que sofreu um incremento de 10% por forma a que possíveis inquéritos respondidos de forma incorreta e/ou com ausência de eventuais respostas não enviesassem a análise. Foram determinadas as seguintes dimensões amostrais (entre parêntesis) para cada uma das quatro especialidades com maior afluência: dermatologia (121), cirurgia (107), otorrino (96) e oftalmologia (76). Posteriormente foi mensurado o nível de autoestima pela escala de Rosenberg [2] por ser a medida mais utilizada para aferir a autoestima, não só devido à clareza dos dez itens que a constituem, bem como da sua inteligibilidade.

Os referidos itens são avaliados numa escala tipo Likert de quatro pontos enumerada de zero a três, onde zero corresponde a “Concordo Fortemente” e três corresponde a “Discordo Fortemente”.

Por forma a melhorar a qualidade dos serviços de saúde prestados e simultaneamente ser um contributo adicional para a tomada de decisão em contexto hospitalar por parte dos decisores, implementou-se a metodologia Análise Importância-Desempenho (AID) inicialmente proposta por Martilla e James [1] que tem vindo a sofrer diversos ajustamentos e derivações sendo aplicada a inúmeros setores de atividade [3] onde a saúde não é exceção [4].

No presente contexto a satisfação dos utentes foi avaliada nos 26 itens afetos aos cinco domínios referidos numa escala tipo Likert de cinco pontos onde é aferida a Importância (nada importante a muito importante) e Desempenho (nada satisfeito a muito satisfeito) experienciada pelo utente. A referida avaliação é ilustrada por um gráfico bidimensional que combina a Importância (I) e Desempenho (D) valorada em cada item sob a forma de par ordenado (D,I). O conjunto de todos os pares ordenados é designado por matriz importância-desempenho.

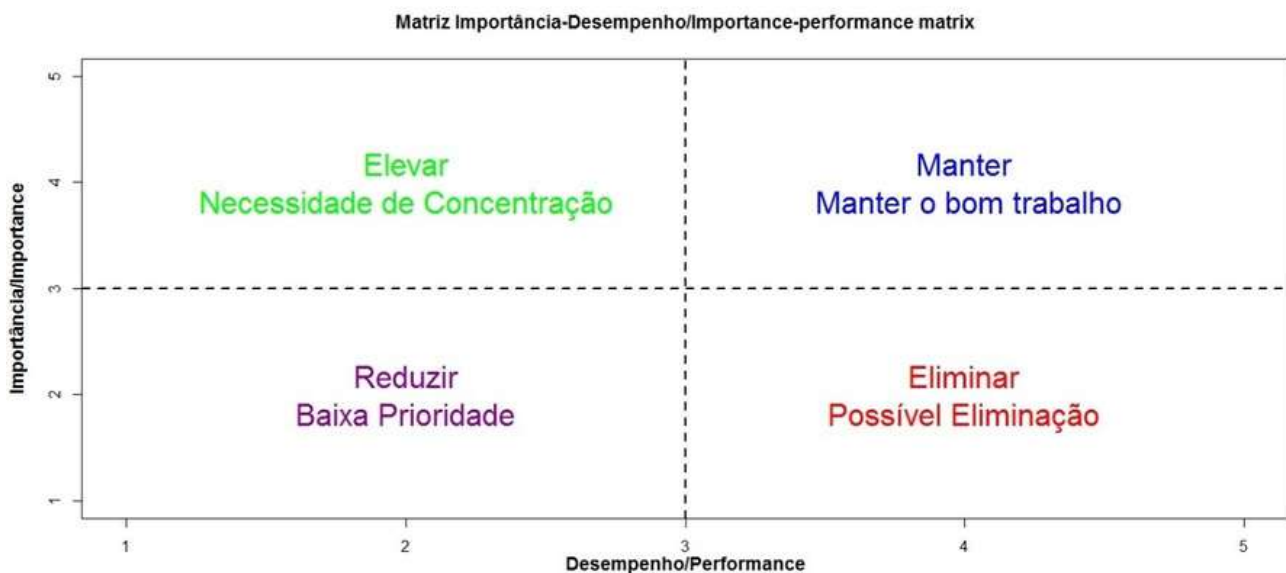


Figura 1: Quadrantes do gráfico AID e respetiva leitura quanto à tomada de decisão relativa a cada atributo em análise. Adaptado de Martilla e James [1].

Os itens avaliados pelos utentes irão pertencer a um de quatro quadrantes possíveis: elevar; manter, reduzir e eliminar. Os referidos quadrantes deverão merecer a melhor leitura dos decisores de forma a que sejam implementadas as melhores decisões em contexto hospitalar, em particular na CAU.

Contudo a fixação das barreiras presentes na figura 1 são desprovidas de qualquer fundamento estatístico, sendo por vezes reféns do carácter subjetivo dos decisores. Os autores propõem uma abordagem igualmente inovadora para a fixação das referidas barreiras por forma a virem a maximizar a satisfação dos utentes [5].

Dada a complexidade da metodologia implementada, os autores sugerem a consulta das seguintes referências bibliográficas [3-5]. Contudo e para

simplicidade de raciocínio a abordagem utilizada passou pela adoção do modelo de regressão logística e respetivas medidas discriminantes que visavam a maximização do seu poder discriminante conduzindo à determinação dos limiares das referidas barreiras. Foi realizada uma análise fatorial exploratória e confirmatória para corroborar os domínios presentes no questionário. Em termos descritivos foi utilizada a média acompanhada pelo respetivo desvio padrão; quando verificada elevada dispersão nas distribuições optou-se pela mediana acompanhada pela respetiva amplitude interquartil (AIQ).

Resultados

Foi realizada uma análise fatorial exploratória e confirmatória que corroborou os domínios presentes no questionário merecendo igual atenção os níveis de consistência interna da escala (α de Cronbach[6]=0.84; λ_6 de Guttman[7]=0.98).

“Dos 400 inquiridos que experienciaram a CAU, verificou-se uma maior afluência de residentes em zonas rurais (58.25%) face às zonas urbanas. A esmagadora maioria, 98.75%, é residente no distrito de Santarém. A idade mediana foi de 63 anos (AIQ=29), sendo superior no sexo masculino (64anos;AIQ=26) comparativamente ao sexo oposto (62 anos;AIQ=32). Assinala-se um ligeiro predomínio no sexo feminino (53.75%).

No que diz respeito ao estado civil, a maior parte dos utentes (60.25%) são casado(a)s ou vivem em união de facto; 17.71% são solteiro(a)s; 15.5% são viúvo(a)s e com menor expressão os divorciado(a)s e separado(a)s com 6.25%. No campo da literacia, registou-se uma grande diversidade e assimetria nas habilitações (ou na falta delas): 6.72% são analfabetos; 4.75% não frequentaram a escola mas sabem ler e escrever; dos 67.25% que frequentaram o ensino básico, 16.75% têm o 3o ciclo. O ensino profissional ou secundário esteve presente em 14.74% dos utentes, fasquia essa inferior nos detentores de um curso superior (10.75%). Reformados, pensionistas e aposentados representam 57% dos utentes. Relativamente às restantes situações perante o trabalho, 24% são trabalhadores por conta de outrém; 5% são trabalhadores por conta própria; estudantes e desempregados assumem uma proporção análoga de 7%.

No que concerne à coabitação: 86.25% vivem com a

família, 10.5% vivem sozinhos, 3% estão institucionalizados e apenas um utente vive com amigos. No atendimento da CAU como primeira consulta médica, foram registados 15.5% dos utentes. Adicionalmente à primeira consulta: com exames/tratamentos 42.25%; com exames e proposta cirúrgica 12.25%; com exames e cirurgia 30%. Verificou-se que o tempo médio na CAU e respetivo desvio-padrão foi de 1h14m \pm 41m, assumindo valores distintos por especialidade: otorrino 1h10m \pm 36m, cirurgia 1h35m \pm 53m, dermatologia 1h \pm 27m e oftalmologia 1h10m \pm 34m.

O subsistema de saúde de cerca de 83% dos utentes foi através da Segurança Social. Quando interrogados

de como tiveram conhecimento da CAU, 72.25% referiram que foi através de outras instituições de saúde; 22.75% pelo próprio hospital; 2.5% por familiares e amigos, sendo os restantes casos pelos media e internet.

Quando aos inquiridos é-lhes pedido a sua avaliação da satisfação global com a CAU, 86% dizem-se muito satisfeitos, 13.75% satisfeitos e apenas 0.25% (um) declara estar pouco satisfeito. Todos os utentes voltariam a escolher a CAU, recomendá-la-iam a amigos/familiares e acham que deveria ser replicada noutras instituições.

A escala de Rosenberg permitiu classificar a autoestima numa de três tipologias, a saber: baixa autoestima, autoestima equilibrada e elevada autoestima. Verificou-se que 35.75% dos utentes têm autoestima equilibrada; 64% autoestima elevada e um com baixa autoestima. [8]”

Apresentado o perfil sociodemográfico e a autoestima dos utentes da CAU daremos seguimento dos resultados da satisfação dos utentes com a abordagem da AID. A figura 2 ilustra as medidas discriminantes associadas ao modelo de regressão logística que serviram para a fixação das barreiras na AID, barreiras essas retratadas na figura 3. Da leitura da figura 2, constata-se que: (i) o valor da área abaixo da curva ROC (0.969) aponta para um poder discriminante excecional do modelo ($AUC \geq 0.9$)[9]; (ii) o valor do coeficiente de correlação de Sommers (0.939) corresponde a um poder discriminante perfeito [10]; (iii) o coeficiente de correlação de Matteus [11] (0.819) indica uma elevada associação entre os valores preditos pelo modelo e os observados; (iii) O coeficiente de concordância k de Cohen (0.794) apresenta um nível de concordância forte ($0.61 < k < 0.80$) [10].

Em face do exposto, o modelo de regressão logística afigura-se reunir condições robustas no suporte à definição das barreiras na AID. Adicionalmente, na figura 3 é possível identificar os itens que deverão merecer maior atenção pelos decisores hospitalares no processo de tomada de decisão, tendo em conta a Barreira Maximização (linha pontilhada) face às restantes barreiras que não têm como suporte a presente abordagem.

“da maximização, mesmo perante um quadro de excelência dada pela posição relativa dos atributos na AID, é sempre dada ao decisor uma janela de oportunidade” para a manutenção/alcance do padrão de excelência em contraposição com as outras barreiras fixadas por métodos mais usuais, como sejam recorrendo ao ponto médio ou à média dos atributos. O presente método interpela o decisor hospitalar para uma atitude mais interventiva.

Verifica-se que com os limiares definidos pela barreira

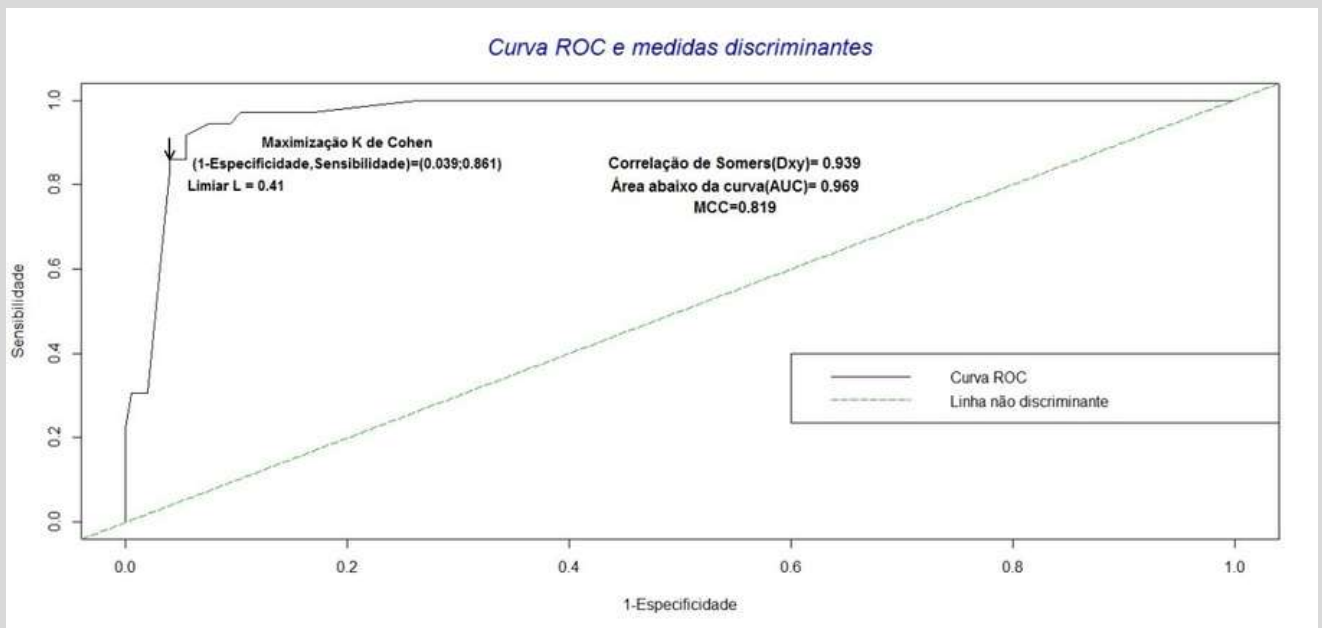


Figura 2: Medidas discriminantes relativas ao modelo de regressão logística adotado, utilizado como suporte à definição da barreira (Maximização) no modelo AID.

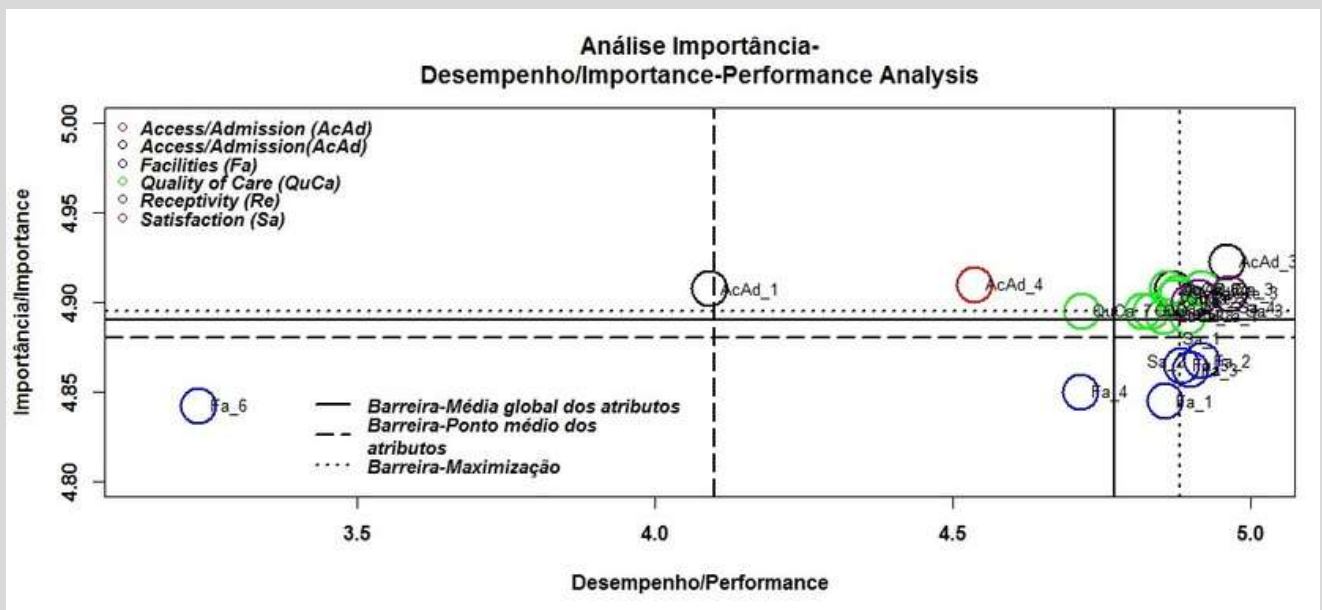


Figura 3: Localização das barreiras no modelo AID e respetiva definição dos quadrantes de atuação da AID.

Conclusões

- O presente estudo revela que a quase totalidade dos utentes da CAU residem no distrito de Santarém. Nesse sentido, afigura-senecessário a definição do perfil destes utentes para que se possam delinear estratégias que permitam não só o aperfeiçoar deste novo método de atendimento em ambulatório como também replicar esta inovação como sugerido pela totalidade dos inquiridos.
- A CAU tem enorme potencial de resolução clínica dado que 72,25% dos inquiridos ficaram com o seu problema de saúde resolvido no mesmo dia/local, com a consequente redução de deslocações, diminuição de desigualdade de acesso e assimetrias; sinal esse de uma boa utilização do SNS.
- Apenas um utente revelou baixa autoestima na escala de Rosenberg. Recomenda-se prudência na leitura da elevada autoestima: se por um lado indicia indivíduos bem estruturados psicologicamente, por outro poderá corresponder a indivíduos demasiado complacentes consigo próprios ou com problemas de perceção.
- Na AID é possível definir estratégias que visam a maximização da satisfação dos utentes que experienciaram a CAU com base na localização das barreiras;
- O recurso à regressão logística suportado por medidas discriminantes presta um contributo adicional na definição das barreiras da AID interpelando o decisor hospitalar para uma atitude mais interventiva. À medida que nos

- aproximamos da barreira maximização é mais frequente a alteração dos atributos nos quadrantes de decisão.
- Verificou-se igualmente que mesmo num cenário de excelência no que diz respeito ao posicionamento dos atributos nos eixos D e I experienciados pelos utentes da CAU, surge sempre uma "janela de oportunidade" para um incremento na satisfação com a presente metodologia;
- Esta abordagem tem-se traduzido numa maior eficiência da CAU resultando numa diminuição da lista de espera com aumentos dos níveis de satisfação por parte dos utentes bem como na libertação de um maior número de vagas disponibilizado em contexto hospitalar.

Investigação futura

- De futuro será pertinente a comparação dos utentes da CAU com os utentes hiperutilizadores. Tal comparação permitirá discriminar as características associadas a um maior consumo de cuidados de saúde;
- Outra questão futura será a identificação de uma possível associação da afluência na CAU com o subsistema de saúde do utente;
- Replicação da CAU a outras unidades de saúde e com um maior espectro de especialidades.

Agradecimentos

Ao CEAUL, financiado com fundos portugueses pela FCT através do projeto UIDB/00006/2020.

Referências bibliográficas

- [1] Martilla, J.A., James, J.C. (1977). Importance-performance analysis. *Journal of Marketing* 41(1), 77-79;
- [2] Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton: Princeton University Press.
- [3] Vieira, E., Ferreira, J.J.M. & São João, R. (2021). What attributes affect quality of service? The importance-performance analysis applied to health club ex-clients? In J. F. Rodrigues, R. Matos & F. Rodrigues (Eds.), *Livro de Resumos do I Congresso Internacional CIEQV* (pp. 174-175). Centro de Investigação em Qualidade de Vida.

<https://www.cieqv.pt/wp-content/uploads/2021/01/book-of-abstracts-congress-cieqv-2021.pdf>.

[4] São João, R., Correia, F. & Vieira, E. (2021). Importance-Performance Analysis: a management tool on health decision making. *Journal of Statistics on Health Decision*, 3(1), 1-5. <https://doi.org/10.34624/jshd.v3i1.24673>.

[5] São João, R., Correia, F., Vieira, E. & Amendoeira, J. (Novembro, 2019). Análise Importância-Desempenho como suporte à tomada de decisão em contexto hospitalar. In *SPE 2019 XXIV Congresso da Sociedade Portuguesa de Estatística*, Amarante.

[6] Cronbach, L.J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika* 16, 297-334.

[7] Guttman, L.(1945). A basis for analyzing test-retest reliability. *Psychometrika* 10, 255-282.

[8] São João, R., Correia, F., Vieira, E. & Amendoeira, J. (Fevereiro, 2020). Perfil sociodemográfico dos utentes da consulta de ato único e sua autoestima. Comunicação apresentada nas 1^{as} Jornadas de Estatística Médica, Lisboa.

[9] Hosmer, D. W., Lemeshow, S. (2000). *Applied logistic regression*. New York: Wiley

[10] São João, R. (2008). Modelação da insuficiência cardíaca congestiva por modelos lineares generalizados com variável resposta binária. Atas do XV Congresso Anual da Sociedade Portuguesa de Estatística, Estatística: da teoria à prática, Edições S.P.E., 603-612.

[11] Sever, I. (2015). Importance-performance analysis: A valid management tool? *Tourism Management* 48, 43-53.

CUIDADOS DE ENFERMAGEM À CRIANÇA SUBMETIDA À PROVA DA CLONIDINA

Revisão Sistemática da Literatura

João Manuel Nunes de Oliveira Alves

Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

RESUMO

Apresentamos um estudo primário que nos permitiu identificar e clarificar os cuidados de enfermagem à criança submetida à prova da Clonidina, procedimento diagnóstico realizado a crianças com suspeita de Deficiência da Hormona de Crescimento.

Utilizámos a metodologia PI(C)O para procurar estudos primários que nos referissem quais são os cuidados de enfermagem à criança submetida à prova da Clonidina. Pesquisámos em Bases de Dados em Ciências da Saúde e obtivemos 1 artigo para análise, apresentação e discussão dos resultados.

Confirmámos o papel da Clonidina como um potente estimulador para a libertação da Hormona de Crescimento, confiável no diagnóstico de Deficiência da Hormona do Crescimento. Obtivemos um conjunto de dados que nos permitiram apresentar uma proposta de intervenções de enfermagem durante a realização da prova. Divergimos com a prática e com outros autores nos momentos/tempos de colheita de sangue para testes serológicos e no intervalo de monitorização dos parâmetros vitais. Adicionámos a vigilância da glicémia e da sedação, pelo risco de hipoglicemia e efeito sedativo de instalação rápida e carácter duradouro.

INTRODUÇÃO

O teste (ou prova) oral de clonidina é um procedimento de diagnóstico realizado em crianças com suspeita de Deficiência da Hormona de Crescimento, também conhecida como somatotropina ou apenas pela sigla GH (Growth Hormone). O teste

está associado a efeitos indesejáveis como bradicardia, hipotensão e sedação .¹

A Deficiência da Hormona do Crescimento (GHD) é caracterizada pela secreção insuficiente da GH. Em crianças com GHD o crescimento da massa esquelética e muscular é reduzido, resultando em puberdade tardia e altura abaixo da faixa normal. O tratamento da GHD consiste na administração de Hormona GH recombinante (rhGH) que demonstrou promover o crescimento destas crianças, permitindo-lhes atingir a altura normal na idade adulta .²

A Clonidina é um medicamento indicado para o tratamento da Hipertensão Arterial. Os estudos têm demonstrado que é também um potente estimulador para a libertação da GH, confiável no diagnóstico de GHD .³

Os efeitos adversos do medicamento são raros, no entanto, na realização desta prova as cefaleias, tonturas, secura da boca, sedação, mal-estar, fadiga, náuseas, vômitos, hipotensão, parestesias das extremidades, rash cutâneo, prurido, perturbações do sono e arritmias, são aspetos a ter em conta .⁴

O Serviço de Pediatria Internamento do HDS realiza as provas da Clonidina. Sustentámos a prática clínica dos enfermeiros no conhecimento científico sobre a Clonidina (ação, efeitos secundários), nos procedimentos e normas de colheita de sangue em vigor no Hospital, em documentação produzida por outras unidades de saúde, em pesquisas não estruturadas da literatura e no recurso a peritos como fonte de informação.