

***Standards* de mensuração das Consultas de
Enfermagem Hospitalares**

Estudo de caso no Centro Hospitalar Oeste EPE

Projeto aplicado apresentado para obtenção do grau de Mestre em
Gestão de Unidades de Saúde

Sónia Sofia Jorge Penas

Orientador:

Professora Doutora Sandra Oliveira

À Maria, ao Zezinho e ao Zé

À minha Mãe, ao meu Pai, à Nicinha

À D. Conceição e ao Sr. Garcia

Aos meus Amigos

À Enfermeira Fernanda Rodrigues

À Professora Doutora Sandra Oliveira

Agradecimentos

O resultado aqui apresentado reflete um caminho trilhado através de momentos bons e menos bons, mas sempre com a convicção de que era possível atingir o objetivo final. Este percurso não o fiz sozinha, foram muitas as pessoas que se cruzaram comigo e que possibilitaram chegar a esta meta.

Assim, de seguida, apresento os meus sinceros e reconhecidos agradecimentos:

Em primeiro lugar, à Professora Doutora Sandra Oliveira por acreditar em mim, por me dar esperança, pela oportunidade de lutar pelo que acredito e pela orientação científica e pedagógica;

Ao Conselho de Administração do Centro Hospitalar Oeste EPE pela autorização para o desenvolvimento da investigação;

À Enfermeira Chefe Fernanda Rodrigues pela forma como me demonstra todos os dias o que é Ser Enfermeira, Pensar e Desenvolver Enfermagem. E ainda pelo apoio durante a execução do Mestrado;

À equipa de Enfermagem do Serviço de Ambulatório/Consultas Externa da Unidade de Caldas da Rainha sem a qual nada teria sido possível, em especial à Ana Rita, à Ângela, ao Fernando, à Lucas, à Lurdes, à Micá, à Tânia Mendes, à Vera, e ainda à Enfermeira Hortense Bento e à Enfermeira Natália Ferrador;

A todos os utentes que generosamente participaram no trabalho através da sua autorização para observação da sua consulta de enfermagem e/ou pelo preenchimento do inquérito;

Aos "portos seguros" da minha vida, Maria, Zezinho e Zé, que me permitiram o desenvolvimento do projeto através do seu amor, apoio, disponibilidade para me ajudarem e da minha ausência em tantos momentos;

À minha Mãe, à Nicinha, à Ângela e ao Tobias, à Sónia e ao Mário, e ao Miguel que me ouviram e ajudaram de tantas formas.

Muito obrigada!

Resumo

Standards de mensuração das consultas de enfermagem hospitalares

Estudo de Caso no Centro Hospitalar Oeste EPE

O conceito de valor em saúde tem adquirido uma nova perspetiva, indo além da abordagem financeira, ao englobar a conceção de “cuidados centralizados no utente” e a noção de resultados relevantes para os utentes.

Este projeto visa criar um *standard* de mensuração dos cuidados de enfermagem de quatro consultas hospitalares do Centro Hospitalar Oeste- Caldas da Rainha tendo, numa primeira fase, como estratégia a metodologia *Time-Driven Activity-Based Costing* (TDABC) e, numa segunda, a avaliação do utente sobre os resultados auferidos e a mudança daí recorrente.

Foram mensuradas 93 consultas nas especialidades médico-cirúrgica/tratamentos, ortopedia/tratamentos, estomaterapia e imuno-alergologia para a concretização do TDABC. Obteve-se uma amostra de 167 utentes.

Foi definido o valor do trabalho do enfermeiro para cada consulta. Os cuidados foram considerados individualizados e promotores de mudança real/útil na vida dos utentes.

Os resultados pretendem ser um contributo para afirmação do paradigma de gestão hospitalar baseado na criação de valor.

Palavras-chave: Valor em saúde, *Time-Driven Activity-Based Costing*, consulta de enfermagem, resultados.

Abstract

Measurement standards for hospital nursing consultations

Case Study at Centro Hospitalar Oeste EPE

The concept of value in healthcare has been acquiring a new perspective, going beyond the financial approach, by encompassing the concept of “patient centred healthcare” and the notion of relevant outcome for the patients.

This project aims to create a standard for measuring the nursing healthcare of four hospital nursing consultations at the Centro Hospitalar Oeste-Caldas da Rainha having, in a first phase, the Time-Driven Activity-Based Costing (TDABC) methodology as a strategy and, in a second, the evaluation of the patient on the results obtained and the change resulting from it.

A total of 93 nursing consultations in the medical-surgical/treatment, orthopaedic/treatment, stoma therapy, and immuno-allergy specialties were measured to implement the TDABC. A sample of 167 patients was obtained.

The value of the nurse's work for each consultation was defined. Healthcare was considered individualised, and it promoted real/useful change in the patients' lives.

The results are intended to be a contribution to the affirmation of the hospital management paradigm based on value creation.

Keywords: Value based healthcare; *Time-Driven Activity-Based Costing*, nursing consultation, outcome

Índice

Dedicatória	i
Agradecimentos	iii
Resumo	v
Abstract	vii
Índice	ix
Índice de Tabelas	xiii
Índice de Figuras	xvii
Índice de Gráficos	xix
Lista de abreviaturas, siglas e símbolos	xxi
CAPÍTULO 1. INTRODUÇÃO	1
1.1. JUSTIFICAÇÃO E RELEVÂNCIA DO TEMA	1
1.2. QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO, OBJETIVOS E METODOLOGIA	4
1.3. ESTRUTURA DO PROJETO	6
CAPÍTULO 2. O VALOR EM SAÚDE	7
CAPÍTULO 3. TIME-DRIVEN ACTIVITY-BASED COSTING (TDABC)	21
3.1. O MÉTODO TDABC	23
CAPÍTULO 4. MODELO PROPOSTO E HIPÓTESES DO PROJETO	25
CAPÍTULO 5. MÉTODO DE INVESTIGAÇÃO	27
5.1. TIPOLOGIA DO PROJETO	27
5.2. A INSTITUIÇÃO DE SAÚDE EM ESTUDO	28
5.2.1. Missão, Visão, Valores e Princípios	29
5.2.2. Estrutura Orgânica	30
5.3. CONSULTA DE ENFERMAGEM	31

5.4.	FASE I – APLICAÇÃO DO MÉTODO TDABC À CONSULTA DE ENFERMAGEM	32
5.4.1.	Procedimentos para a recolha de dados	34
5.4.2.	População e amostra.....	34
5.5.	FASE II – A PERCEÇÃO DO UTENTE SOBRE OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM	36
5.5.1.	Instrumento de recolha de dados	36
5.5.2.	Procedimentos para a recolha de dados	40
5.5.3.	Procedimentos de análise dos dados	41
5.5.4.	População e Amostra	45
5.5.4.1.	Caracterização da amostra	46
5.6.	PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICO-LEGAIS DO ESTUDO	48
CAPÍTULO 6.	QUALIDADE PSICOMÉTRICA DA ESCALA DE CUIDADOS INDIVIDUALIZADOS (ADAPTADA).....	51
6.1.	AVALIAÇÃO DA QUALIDADE PSICOMÉTRICA DA PARTE A	51
6.2.	AVALIAÇÃO DA QUALIDADE PSICOMÉTRICA DA PARTE B	53
6.3.	ANÁLISE DA NORMALIDADE.....	55
CAPÍTULO 7.	APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS	57
7.1.	FASE I - MAPEAMENTO DAS CONSULTAS DE ENFERMAGEM	57
7.1.1.	Mapeamento da Consulta de Enfermagem Médico-cirúrgica/tratamentos.	57
7.1.2.	Mapeamento da Consulta de Enfermagem Ortopedia/tratamentos	69
7.1.3.	Mapeamento da Consulta de Enfermagem Estomaterapia.....	76
7.1.4.	Mapeamento da Consulta de Enfermagem Imuno-Alergologia	85
7.2.	FASE II – OS RESULTADOS DOS QUESTIONÁRIOS.....	91
7.2.1.	Análise descritiva da Escala de Cuidados Individualizados.....	91
7.2.2.	Análise descritiva da Escala <i>Patient Global Improvement Change Scale</i> (PGIC) – versão portuguesa.....	98

Anexo IV:	Estrutura fatorial da parte B da Escala de Cuidados Individualizados (adaptada) – 2 componentes	192
Anexo V:	Estrutura fatorial da parte B da Escala de Cuidados Individualizados (adaptada) – 3 componentes	193
Anexo VI:	Estrutura fatorial com supressão dos itens da parte B da Escala de Cuidados Individualizados (adaptada) e Variância Total Explicada.....	194
Anexo VII:	Submissão de comunicação oral à 17ª Conferência Nacional de Economia da Saúde	196
Anexo VIII:	Aprovação da candidatura para comunicação oral à 17ª Conferência Nacional de Economia da Saúde	198

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Tipologia da consulta e de alterações executadas pelas enfermeiras peritas na grelha de observação.....	34
Tabela 2 - Total de mapeamentos das consultas de enfermagem no CHO-CR	35
Tabela 3 - Critérios de recomendação dos testes de KMO.....	42
Tabela 4 - Avaliação da consistência interna de acordo com o <i>Alpha</i> de Cronbach.....	43
Tabela 5 - Intensidade das associações de acordo com o valor absoluto calculado	44
Tabela 6 – Utentes que frequentarem as consultas de enfermagem de 02 de janeiro a 31 de maio de 2021.....	45
Tabela 7 - Distribuição dos utentes inquiridos por idades	47
Tabela 8 - Distribuição dos utentes inquiridos por co-habitação	48
Tabela 9 - KMO e o teste de esfericidade de Bartlett para a Escala de Cuidados Individualizados (adaptada) - parte A.....	51
Tabela 10 - KMO e o teste de esfericidade de Bartlett para a Escala de Cuidados Individualizados (adaptada) - parte A.....	52
Tabela 11 - Teste de <i>Alpha</i> de Cronbach - parte A.....	52
Tabela 12 - KMO e o teste de esfericidade de Bartlett para a Escala de Cuidados Individualizados (adaptada) – parte B	53
Tabela 13 - KMO e o teste de esfericidade de Bartlett para a Escala de Cuidados Individualizados (adaptada) – parte B	54
Tabela 14 - Teste de <i>Alpha</i> de Cronbach - parte B.....	54
Tabela 15 - Teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov	55
Tabela 16 - Diagnósticos considerados na definição da condição médica da consulta de enfermagem médico-cirúrgica/tratamentos	58
Tabela 17 - Processo e Recursos Humanos envolvidos na consulta de enfermagem médico-cirúrgica/tratamentos.....	62
Tabela 18 - Cálculo da Capacidade Prática do Enfermeiro/mês da Consulta Externa do CHO-CR.....	66
Tabela 19 - Cálculo do valor médio do trabalho desenvolvido pelo Enfermeiro na consulta de enfermagem médico-cirúrgica/tratamentos de acordo com o Utente cirúrgico e Utente médico.....	68

Tabela 20 - Diagnósticos considerados na definição da condição médica da consulta de enfermagem ortopedia/tratamentos	69
Tabela 21 - Processo e Recursos Humanos envolvidos na consulta de enfermagem ortopedia/tratamentos	72
Tabela 22 - Cálculo da Capacidade Prática do Enfermeiro/mês da Consulta Externa do CHO-CR	75
Tabela 23 - Cálculo do valor médio do trabalho desenvolvido pelo Enfermeiro na consulta de enfermagem ortopedia/tratamentos	76
Tabela 24 - Diagnósticos considerados na definição da condição médica da consulta de enfermagem estomaterapia.....	78
Tabela 25 - Processo e Recursos Humanos envolvidos na consulta de enfermagem estomaterapia	80
Tabela 26 - Cálculo da Capacidade Prática do Enfermeiro/mês da Consulta Externa – CHO-CR	83
Tabela 27 - Cálculo do valor médio do trabalho desenvolvido pelo Enfermeiro na consulta de enfermagem estomaterapia.....	84
Tabela 28 - Diagnósticos considerados na definição da condição médica da consulta de enfermagem Imuno-alergologia.....	85
Tabela 29 - Processo e Recursos Humanos envolvidos na consulta de enfermagem imuno-alergologia	87
Tabela 30 - Cálculo da Capacidade Prática do Enfermeiro/mês da Consulta Externa do CHO-CR	89
Tabela 31 - Cálculo do valor médio do trabalho desenvolvido pelo enfermeiro na consulta de enfermagem imuno-alergologia.....	90
Tabela 32 - Estatística descritiva das respostas da parte A da Escala de Cuidados Individualizados: parte 1	92
Tabela 33 - Estatística descritiva das respostas da parte A da Escala de Cuidados Individualizados: parte 2	94
Tabela 34 - Estatística descritiva das respostas da parte B da Escala de Cuidados Individualizados: parte 1	95

Tabela 35 - Estatística descritiva das respostas da parte B da Escala de Cuidados Individualizados: parte 2.	96
Tabela 36 - Apresentação da pontuação média da parte A por fator da Escala de Cuidados Individualizados	97
Tabela 37 - Apresentação da pontuação média da parte B por fator da Escala de Cuidados Individualizados	97
Tabela 38 - Estatística descritiva da Escala PGIC.....	98
Tabela 39 - Coeficiente de correlação de Spearman entre a parte A e parte B da Escala de Cuidados Individualizados.....	99
Tabela 40 - Coeficiente de correlação de Spearman entre a parte A da Escala de Cuidados Individualizados e a PGIC	100
Tabela 41 - Coeficiente de correlação de Spearman entre a parte B da Escala de Cuidados Individualizados e a PGIC	100
Tabela 42 - Resultados do teste U de Mann-Whitney referentes à parte A e B da Escala de Cuidados Individualizados, a PGIC e o género	101
Tabela 43 - Coeficiente de correlação de Spearman entre a parte A e B da Escala de Cuidados Individualizados, a mudança e a idade	102
Tabela 44 - Resultados do teste U de Mann-Whitney referentes à parte A e B da Escala de Cuidados Individualizados, a PGIC e o estado civil.....	103
Tabela 45 - Resultados do teste de Kruskal-Wallis referentes à parte A e B da Escala de Cuidados Individualizados, a PGIC e à formação académica	104
Tabela 46 – Estrutura fatorial após rotação Varimax com normalização de Kaiser da parte A da Escala de Cuidados Individualizados.....	189
Tabela 47 - Estrutura fatorial após rotação Varimax com normalização de Kaiser com supressão dos itens A06 e A07 da parte A da Escala de Cuidados Individualizados (adaptada)	190
Tabela 48 – Variância total explicada da parte A da Escala de Cuidados Individualizados (adaptada)	191
Tabela 49 - Estrutura fatorial após rotação Varimax com normalização de Kaiser da parte B da Escala de Cuidados Individualizados.....	192

Tabela 50 - Estrutura fatorial após rotação Varimax com normalização de Kaiser da parte B da Escala de Cuidados Individualizados – 3 componentes	193
Tabela 51 - Estrutura fatorial após rotação Varimax com normalização de Kaiser com supressão dos itens B03, B08, B09, B13,B14 e B15	194
Tabela 52 - Variância total explicada da parte B da Escala de Cuidados Individualizados (adaptada)	195

Índice de Figuras

Figura 1 – O processo de avaliação de custos	23
Figura 2 - Relação entre as preposições que sustentam o projeto	25
Figura 3 - Organograma do Centro Hospital Oeste EPE	30
Figura 4 - Dimensões e itens da Escala de Cuidados Individualizados	38
Figura 5 - Cadeia de Valor da consulta de enfermagem médico-cirúrgica/tratamentos	61
Figura 6 - Processo da consulta de enfermagem médico-cirúrgica/tratamentos – Utente cirúrgico	64
Figura 7 - Processo da consulta de enfermagem médico-cirúrgica/tratamentos – Utente médico	65
Figura 8 - Cadeia de Valor da consulta de enfermagem ortopedia/tratamentos.....	71
Figura 9 - Processo da consulta de enfermagem ortopedia/tratamentos	73
Figura 10 - Cadeia de Valor da consulta de enfermagem estomaterapia	79
Figura 11 - Processo da consulta de enfermagem estomaterapia.....	82
Figura 12 - Cadeia de Valor da consulta de enfermagem imuno-alergologia	86
Figura 13 - Processo da consulta de enfermagem imuno-alergologia	88
Figura 14 - As categorias emergentes sobre segurança na consulta de enfermagem	106
Figura 15 - Cronograma para o desenvolvimento do projeto	156

Índice de Gráficos

Gráfico 1 - Distribuição dos utentes inquiridos por sexo	46
Gráfico 2 - Distribuição dos utentes inquiridos por estado civil	47
Gráfico 3 - Distribuição dos utentes inquiridos por formação académica	48
Gráfico 4 - Distribuição dos utentes inquiridos por alternativa à ausência da consulta de enfermagem	107

Lista de abreviaturas, siglas e símbolos

%	Percentagem
€	Euro
ACSS	Administração Central do Sistema de Saúde
AQ	Questionário da consulta de enfermagem imuno-alergologia
CHO	Centro Hospitalar Oeste
CHO-CR	Centro Hospitalar Oeste – Unidade de Caldas da Rainha
CI_escala A	Escala de Cuidados Individualizados: parte A
CI_escala B	Escala de Cuidados Individualizados: parte B
covid	Doença por coronavírus
dp	Desvio padrão
EPE	Entidade Pública Empresarial
Eq.	Equação
EQ	Questionário da consulta de enfermagem estomaterapia
et al.	<i>Et alii</i> (e outros)
fi	Frequência acumulada
GDH	Grupo Diagnóstico Homogéneo
h	Horas
H	Hipótese
H0	Hipótese nula
ICHOM	<i>International Consortium of Health Outcome Measurement</i>
IP	Instituto Público
ISPOR	<i>International Society for Pharmacoeconomic and Outcomes Research</i>
KMO	<i>Kaiser-Meyer-Olkin</i>

K-S	<i>Kolmogorov-Smirnov</i>
MCQ	Questionário da consulta de enfermagem médico-cirúrgica
min.	Minutos
N	Frequência
n.º	Número
OQ	Questionário da consulta de enfermagem ortopedia
p	Pergunta
PGIC	Escala <i>Patient Global Impression of Change</i>
RIMAS	Repositório de Instrumentos de Medição e Avaliação em Saúde
R_s	Ró de Spearman
sig.	Significância
SNS	Sistema Nacional de Saúde
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
TDABC	<i>Time-Driven Activity-Based Costing</i>
Vs.	<i>Versus</i>

CAPÍTULO 1. INTRODUÇÃO

“If you can't measure it, you can't improve it”

Peter Drucker

1.1. JUSTIFICAÇÃO E RELEVÂNCIA DO TEMA

Numa sociedade em constante mutação, muitas vezes o valor de algo surge como um conceito abstrato cujo sentido é permeável a um conjunto de fatores nem sempre devidamente identificados e facilmente mensuráveis. Ao mesmo tempo, adensa-se a necessidade de escrutínio para demonstrar a efetividade das escolhas e, conseqüentemente, das ações. Similarmente, os resultados são mais perscrutados, procurando-se estabelecer ilações sobre eles sem que, por vezes, se considerem todos os prismas do processo.

A saúde, estrutura basilar da sociedade, não é alheia a estes fenômenos e também ela procura estabelecer pontos de alavancagem, através dos seus vários intervenientes para definir conceitos, estruturas e processos com vista à obtenção de melhores resultados.

A procura desses resultados tem adquirido novas abordagens, sendo uma delas através o processo de financiamento. Por conseguinte, para que o financiamento das instituições se torne mais ajustado à realidade e permita, também, o desenvolvimento de processos de melhoria tem despontado o modelo de cuidados de saúde baseados em valor (Etges, Ruschel, et al., 2020).

O “valor” revela-se um conceito lato, uma vez que pode apresentar um conjunto de definições de acordo com a ótica observada: rácio entre custos/resultados, resultados relevantes para o utente (Garrison et al., 2017; Porter & Lee, 2013).

A temática sobre valor emerge na área da saúde associada a uma mudança de arquétipo, fortemente influenciada pela necessidade de centralização dos cuidados e de adequação dos mecanismos de financiamento dos mesmos. Assim, para Porter e Teisberg (2006) o valor nos cuidados de saúde é considerado com a melhoria conseguida do estado de saúde mensurada

através dos resultados atendendo ao custo para os alcançar, sendo criado valor quando os resultados de saúde do utente melhoram (Teisberg et al., 2020).

Ao implementar-se uma política de cuidados de saúde baseados em valor, desmistifica-se muitas vezes a perceção da complexidade e progressão da doença o que poderá levar à diminuição da necessidade de cuidados de saúde, uma vez que ao integrar as pessoas no ciclo de cuidados transmitindo-lhe informação relevante sobre a sua situação podem ser obviados alguns processos que se podem constituir como dificultadores (Teisberg et al., 2020). É um exemplo o utente com a doença crónica *Diabetes Mellitus* em que, quando devidamente envolvido, o utente desenvolve competências que lhe permitem um controlo sobre a sua doença e, dessa forma a prevenção de muitas sequelas e uma diminuição dos custos a elas associadas. Por conseguinte, esta abordagem vem permitir a incorporação da experiência do utente, da sua qualidade de vida e dos custos para a alcançar.

De facto, o *Expert Panel on Effective ways of Investing in Health* (2019) evidencia que o utente que usufrui dos cuidados de saúde considera ser necessário que se passe de uma abordagem centrada na doença, para uma centrada na pessoa, onde possa ser estabelecida uma relação de parceria e assim alcançar melhores resultados.

Nesta ótica, os cuidados deverão ser centralizados ou individualizados, definindo-os o Instituto de Medicina Americano como os cuidados que respeitam e respondem às preferências, necessidades e valores individuais dos utentes devendo ser enquadrados nas tomadas de decisão clínica. Nesta perspetiva, este modelo de prestação de cuidados emerge como componente de serviços de alta qualidade em saúde (Bulck et al., 2018).

Associado ao modo como são prestados os cuidados e ao valor daí auferido desponta também a noção do custo. Constata-se que a identificação dos custos afetos à saúde continua a ser um desafio significativo, uma vez que as políticas e sistemas contabilísticos idiossincráticos impedem muitas vezes comparações justas, verificando-se igualmente que os métodos de contabilidade hospitalar não estão relacionados com o estabelecimento de resultados (Blaschke et al., 2020).

O atual processo de financiamento dos hospitais portugueses do Sistema Nacional de Saúde (SNS) baseia-se de forma geral na conceção de contratos programa que visam a definição de objetivos para o desenvolvimento dos planos de atividades hospitalares. Estes são

sustentados pelos Termos de Referência para Contratualização de Cuidados de Saúde no SNS, documento emitido todos os anos sob a chancela da Administração Central do Sistema de Saúde, IP (ACSS), e onde são explanadas as atividades, objetivos e resultados a alcançar (Administração Central do Sistema de Saúde, 2020).

Numa análise ao documento é passível a aferição de que os processos de financiamento hospitalar estão fundamentados nos Grupos Diagnósticos Homogêneos¹ (GDH), no que concerne a processos de internamento e ambulatório; no número de urgências, de sessões de hospitais de dia e à produção médica de consultas (Administração Central do Sistema de Saúde, 2020), valorizando-se predominantemente o volume associado à produção médica.

Contudo, os cuidados de saúde são consequência de um conjunto de profissionais de diferentes categorias, que através do seu conhecimento e desempenho funcionam de uma forma integrada, para que o resultado do seu trabalho se materialize na promoção da saúde e prevenção ou tratamento de situações patológicas. Apesar do referido, constata-se que não é equacionado financiamento sobre um conjunto de consultas efetuadas por diversas classes profissionais, nomeadamente as consultas de enfermagem.

Todavia, a Portaria n.º207/2017 de 11 de julho, que aprova o regulamento das tabelas de preços das Instituições e Serviços integrados no SNS, apresenta na redação do artigo 15º do Anexo I o valor das prestações de saúde que podem ser cobradas a terceiros legalmente ou contratualmente responsáveis pelos respetivos encargos, onde a consulta de enfermagem surge com o valor para faturação de 16€. Face ao exposto, parece existir um hiato legislativo sobre a assunção do valor financeiro da consulta de enfermagem: não é considerada no contrato programa hospitalar, mas é passível de ser cobrado um valor para quem dela usufrua fora do âmbito do SNS.

Verifica-se, contudo, que as consultas de enfermagem em contexto hospitalar são uma realidade geradora de indicadores de produção, ainda que estes não sejam considerados nos contratos programa. Assim sendo, e face ao exposto, começou a desenhar-se um estudo onde

¹ Grupo Diagnóstico Homogêneo (GDH) – é um sistema de classificação de episódios agudos de doença tratados em regime de internamento que permite definir operacionalmente a produção de um hospital. Os grupos foram desenhados de modo a serem coerentes clinicamente e homogêneos em termos de consumo de recursos (Portaria n.º567/2006).

fosse possível determinar os custos associados à execução do trabalho do enfermeiro na consulta de enfermagem hospitalar para que dessa forma se possa iniciar o processo de avaliação de cuidados de saúde baseados em valor demonstrando, portanto, a mais-valia da inclusão destas consultas no processo de financiamento hospitalar. Por conseguinte, esta investigação pretende contribuir para o desenvolvimento de uma mudança de paradigma ao evidenciar não só um levantamento real sobre os custos associados ao processo de desenvolvimento do trabalho do enfermeiro na consulta hospitalar, mas também ao demonstrar que esse trabalho é reconhecido pelo utente como impactante na sua vida e dessa forma gerador de valor.

1.2. QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO, OBJETIVOS E METODOLOGIA

De facto, os processos de mensuração de cuidados de saúde baseados em valor surgem associados a todo o ciclo de cuidados como é passível de observar através da revisão de literatura de Etges, Ruschel, et al. (2020). Todavia, face à escassez de informação em contexto nacional e à necessidade de se conhecer melhor os processos inerentes, a investigação foi conduzida tendo como alvo de escrutínio um aspeto em particular da prestação de cuidados: a consulta de enfermagem em meio hospitalar.

Assim, constituiu-se como objetivo geral do estudo o criar um *standard* de mensuração dos cuidados de enfermagem prestados nas consultas de enfermagem de médico-cirúrgica/tratamentos, ortopedia/tratamentos, estomaterapia e imuno-alergologia do Centro Hospitalar Oeste EPE – Unidade de Caldas da Rainha (CHO-CR).

Para a concretização do objetivo atrás explanado, definiram-se como objetivos específicos:

- Utilizar a metodologia *Time-Driven Activity-Based-Costing* (TDABC) para determinar o valor do trabalho desenvolvido pelo enfermeiro nas consultas de enfermagem médico-cirúrgica/tratamentos, ortopedia/tratamentos, estomaterapia e imuno-alergologia;
- Compreender qual a perceção dos utentes sobre a individualidade dos cuidados de enfermagem e a mudança no seu ciclo de vida através dos cuidados prestados nas

consultas de enfermagem médico-cirúrgica/tratamentos, ortopedia/tratamentos, estomaterapia e imuno-alergologia;

- Verificar a relação das variáveis sociodemográficas na perceção dos cuidados individualizados de enfermagem e na mudança global na vida e satisfação com o tratamento.

Este projeto enquadra-se num estudo de caso utilizando paradigmas da metodologia quantitativa e qualitativa através de um estudo do tipo não experimental, transversal numa lógica descritivo-correlacional.

A metodologia TDABC surge como um método que proporciona uma avaliação de custos e dos resultados ao nível do utente, através do ciclo de cuidados, possibilitando o estabelecimento de processos inovadores de cuidados e reformular os meios de pagamento (McBain et al., 2016).

A forma como se concretiza a aplicação do TDABC viabiliza a determinação dos cuidados de saúde baseados em valor (Etges, Polanczyk, et al., 2020), tornando visível a necessidade de uma avaliação sobre os cuidados unificados em torno de processos que criem valor (Blaschke et al., 2020; International Consortium for Health Outcomes Measurement, 2017). Neste pressuposto e como já salientado, o valor em saúde assume um papel preponderante, onde o resultado, e não apenas o resultado avaliado através de indicadores como taxas sobre dias de internamento, re-internamento ou mortalidade, assume uma importância maior. A tónica está, dessa forma, colocada no resultado que o utente espera alcançar, ou seja, o melhor grau de capacidade funcional / autocuidado (Ayanian & Markel, 2016; Garrison et al., 2017; Teisberg et al., 2020).

Alicerçada na procura dos melhores resultados para o utente, a consulta de enfermagem hospitalar assume como princípio estruturante a capacitação do utente para o autocuidado, pelo que por si só poderá afirmar-se que acrescenta valor aos cuidados de saúde. Contudo, é necessário medir e avaliar. Por conseguinte, procurou-se conhecer a perceção dos utentes sobre o tipo de cuidados prestados e o impacto no seu ciclo de vida numa ótica de análise de resultados através do recurso a um questionário de autopreenchimento pelo utente, com duas escalas de avaliação: Escala de Cuidados Individualizados e a Escala *Patient Global Impression of Change* – versão portuguesa, associando-se, ainda, duas questões abertas.

1.3. ESTRUTURA DO PROJETO

A realização do projeto iniciou-se com a apresentação de uma revisão de literatura onde serão abordados temas como o valor em saúde, qualidade, cuidados individualizados, avaliação de resultados e a metodologia TDABC. Seguem-se os princípios que sustentam o desenvolvimento do estudo, assim como a questão que norteia a realização do questionário e as hipóteses consideradas sobre esse processo de avaliação de resultados. Posteriormente será dada a conhecer a tipologia do projeto e a Instituição de Saúde onde será realizado o estudo.

Para a concretização prática do projeto é necessário o seu desenvolvimento em duas fases: a Fase I onde se irá executar a metodologia TDABC e na Fase II o processo de avaliação da percepção do utente sobre a individualidade dos cuidados de enfermagem e sobre a mudança na vida diária decorrida da consulta, pelo que os instrumentos para a colheita de dados, a população e amostra serão apresentados de forma distinta de acordo com a fase em execução. Os procedimentos adotados para a realização da investigação são demonstrados de forma conjunta.

São também apresentados os dados da qualidade psicométrica da Escala de Cuidados Individualizados, uma vez que foi adaptada para a realização do estudo.

A apresentação de resultados é, igualmente, efetuada em duas fases: na primeira, os dados obtidos pelo método TDABC nas quatro consultas em estudo e, na segunda fase, os resultados alcançados com a aplicação do questionário. Após este capítulo surge a discussão de dados onde se fará uma análise sobre a forma como se desenvolveu o trabalho e os seus resultados recorrendo para o efeito a bibliografia de suporte. Por último, surgirão as conclusões do estudo onde serão ainda apresentadas as limitações associadas ao desenvolvimento do projeto e as sugestões de melhoria para uma futura investigação.

CAPÍTULO 2. O VALOR EM SAÚDE

A governação das Instituições de Saúde é de algum tempo a esta parte alvo de um elevado escrutínio: por um lado fruto da consciência da escassez de recursos humanos e físicos, e por outro lado devido a um incremento da esperança média de vida o que incorre, naturalmente, num envelhecimento populacional o que leva a um aumento dos encargos financeiros com os tratamentos médicos. Associa-se, ainda, a estes aspetos processos de investigação, produção de tecnologia e formação profissional (Bonde et al., 2018; Silva & Malik, 2019).

Assim, todos os sistemas de saúde enfrentam escolhas sobre a forma como proceder à utilização dos diversos recursos disponíveis, pelo que é necessário proceder a uma avaliação do benefício auferido (Sculpher et al., 2017).

Decorrente destes factos urge a necessidade de se pautar a tomada de decisão alicerçada em intervenções com forte evidência custo-eficácia, com qualidade e que permitam uma melhor gestão dos recursos, emergindo dessa forma uma nova abordagem que promova o aumento do valor para a população através dos meios disponíveis (Gray, 2017).

A nível internacional constata-se que as decisões de financiamento têm vindo a pautar-se por sistemas baseados em atividades, onde se verifica que a produtividade e as medidas de produção constituem-se como a base para a responsabilização, avaliação do desempenho e financiamento dos hospitais (Bonde et al., 2018). Também em Portugal as instituições de saúde são financiadas numa perspetiva de diagnóstico médico, não sendo equacionado de forma direta os cuidados de enfermagem (Amaral, 2014).

Assim, têm emergido em várias organizações formas de análise denominadas por “quadro de valores” (Sculpher et al., 2017). Por conseguinte, o modelo de cuidados de saúde baseados em valor surgiu como um quadro promissor para desenvolver os processos de melhoria continua dos cuidados de saúde prestados e para uma gestão que permita a contenção de custos (Etges, Ruschel, et al., 2020), possibilitando dessa forma uma estratégia corretiva e paradigmática onde o cerne da gestão e da governação dos cuidados está nos resultados de saúde, atendendo aos custos, e onde os cuidados são reorganizados tendo como base uma prestação global de serviços (Porter & Teisberg, 2007). O *Expert 7Panel on Effective ways of Investing in Health* (2019) propõe a definição de cuidados de saúde baseados em valores como

um conceito abrangente assente em quatro pilares de valor: cuidados para alcançar os objetivos pessoais dos utentes (valor pessoal), obtenção dos melhores resultados possíveis com os recursos disponíveis (valor técnico), distribuição equitativa de recursos por todos os grupos de utentes (valor de afetação) e a contribuição dos cuidados de saúde para a participação social e conectividade (valor social).

Os cuidados de saúde baseados em valor promovem um aumento de benefícios para todos os intervenientes (utentes, pagadores, fornecedores e prestadores) incrementando a sustentabilidade dos sistemas de saúde à medida que aumenta o valor do serviço, acalentando ainda conceitos de melhoria de desempenho e processos de responsabilização (Porter, 2010).

Numa perspetiva macro (hospitalar, regional, nacional) as organizações deveriam reunir-se para intensificar esforços no sentido de compreender o que pode ser considerado valor, definir métricas de cálculo e terminar com os desvios e mal-entendidos em seu redor, por exemplo clarificando conceitos como resultados clínicos, cuidados de alta qualidade, melhoria de saúde e a sua relevância para os diversos intervenientes do processo. Numa abordagem micro torna-se fundamental compreender o que significa “valor” para os utilizadores dos serviços de saúde (Pendleton, 2018).

Verifica-se que a conceção da definição de “valor” embora seja premente, encontra-se envolta em diferentes abordagens de acordo com os intervenientes do processo do ciclo de cuidados. Num estudo realizado pela Universidade de Saúde de Utah, com 5000 utentes, 600 médicos e mais de 500 empregadores, verificou-se que existem diferenças fundamentais na definição de valor nos cuidados de saúde existindo também, distinções significativas na atribuição da responsabilidade e na forma de a alcançar (Pendleton, 2018). As perspetivas do utente sobre o valor divergem assim, dos profissionais de saúde, podendo contribuir para o efeito questões relacionadas com a educação/formação, emoção e perceção dos riscos (Epstein & Street, 2011; Uber, 2010). Para os utentes, o valor é individualizado e dependente da doença, podendo evoluir com a sua trajetória ou de acordo com o ciclo de vida (Uber, 2010). Assim, para a maioria dos utentes implica, naturalmente, a melhoria do seu estado de saúde, no que concerne à sobrevivência, à qualidade de vida, capacidade, conforto, ou outros aspetos considerados relevantes. Contudo, para o setor da saúde qualquer diminuição do custo no

tratamento das diversas patologias, também poderá ser percebido como valor (Garrison et al., 2017; Teisberg et al., 2020).

O valor embora se tenha tornado numa palavra-chave em saúde permanece, ainda, com um significado pouco claro e mutável dependendo de quem está a definir a agenda (Pendleton, 2018).

Assim, Pendleton (2018) salienta que o que existe de mais eficaz para resolver esta questão é parar, ouvir e aprender, para que de forma “simples” todas as partes possam esclarecer exatamente o que procuram e necessitam. Todavia, é relevante que o valor seja compreendido, não como um ideal abstrato nem como uma palavra de código, mas sim como um enquadramento para melhorar a performance dos cuidados de saúde (Porter, 2010).

Uma definição simples de valor pode ser o estabelecimento de um rácio ou relação entre custos e resultados em saúde (Garrison et al., 2017).

O valor para Porter (2010) deve ser definido tendo o utente como centro, pelo que num sistema de saúde bem estruturado e funcionante, a criação de valor poderá determinar a recompensa dos intervenientes do sistema.

O valor é, assim, definido como os resultados de saúde alcançados que interessam ao utente em relação ao custo para alcançar esses resultados. Para o efeito, é salientado que melhorar o valor requer uma melhoria dos resultados sem aumentar os custos, ou baixar os custos sem alterar os resultados ou ainda um somatório de ambos (Porter & Lee, 2013).

Warren Buffet apresentou a sua definição de valor: “Preço é o que se paga, valor é o que se recebe”, canalizando o valor para o resultado de uma ação, ideia também defendida por Porter (2010), ao considerar que o valor pode ser definido em termos de resultados, pelo que irá englobar o conceito de eficiência.

A determinação de valor surge como uma declaração de posição que explica os benefícios obtidos, pelo que é necessário o desenvolvimento das propriedades descritivas do serviço e dessa forma criar uma declaração de posicionamento (Slok, 2013), que deve ter por base uma avaliação dos custos reais dos cuidados de saúde, pelo que torna-se necessário utilizar métodos que possibilitem avaliar a forma como o utente consome esses recursos (Dutta et al., 2018).

Como já referido, de uma forma geral, os utentes e os prestadores de cuidados desenvolvem concessões diferentes na determinação de valor (Pendleton, 2018). No entanto, sendo imprescindível a assunção da diferença, a consciência da necessidade do debate deve ser estimulada. *O Expert Panel on Effective ways of Investing in Health* (2019) recomendou a adequação de cuidados, através da medição e monitorização de padrões de prática clínica com reafecção de recursos de acordo com a situação patológica do utente, de forma a criar comunidades de aprendizagem para reunir os melhores conhecimentos especializados, experiências e práticas para medir, comparar e aprender na União Europeia, para fomentar os profissionais de saúde a assumirem as suas responsabilidades e incrementarem por essa via o aumento do valor dos cuidados de saúde para as populações, reconhecendo, assim, a importância dos objetivos, valores e preferências dos utentes, corretamente informados.

Quando se procura a perspectiva do utente como parte da avaliação de valor desenvolve-se um entendimento vital sobre o que é mais relevante, logo o que pode ser considerado no cálculo de valor, obtendo-se por conseguinte mais conhecimento sobre os fatores que interferem no processo de escolha e adesão aos tratamentos (Bright & Franklin, 2018).

Identificação do valor para o indivíduo é considerada por muitos como o fator mais importante em qualquer avaliação sem que no entanto, se considerem as características individuais decorrentes da doença (Slomiany et al., 2017). Desta forma, uma das grandes medidas a implementar passa pelo envolvimento dos utentes nos cuidados de saúde, traduzindo-se no convite para a participação no ciclo de cuidados (Epstein & Street, 2011), que pode ser expandida até à comunidade, o que acontece muitas vezes através das associações de utentes (Perfetto et al., 2017).

Como as atividades do ciclo de cuidados são interdependentes, o valor para os utentes é muitas vezes apenas revelado ao longo do processo, manifestando-se a longo prazo nos resultados através de processos de recuperação sustentáveis, necessidade de diferentes intervenções ou na debelação de intercorrências induzidas pelo processo de tratamento (Porter, 2010).

O valor a longo prazo de uma intervenção eficaz deve, assim, refletir pontos finais não financeiros, tais como o impacto sobre família e comunidade e outros elementos funcionais, que podem não ser facilmente quantificáveis em termos pecuniários normais e de curto prazo

(Allen et al., 2017), salientando-se, por exemplo, o reconhecimento de que o bem-estar do consumidor de cuidados de saúde inclui aspetos como o bem-estar mental, onde se insere a paz de espírito ou a tranquilidade acerca de proteção, que devem ser considerados num quadro assistencialista, mas também valorizados e incluídos num quadro de decisão (Garrison et al., 2017). Por conseguinte, é comumente assumido que o utente é o melhor juiz para saber se uma interação é de facto centrada na sua pessoa, contudo podem surgir situações, em que o melhor para o utente pode não ser do agrado do mesmo. É um exemplo comum a recusa médica em receitar um antibiótico quando não justificado clinicamente, embora o utente assim o deseje (Epstein & Street, 2011). Ainda, assim, o utente precisa perceber que as suas necessidades e circunstâncias individuais estão no centro dos cuidados de saúde que recebe, pelo que daí advém a importância de identificar instrumentos de medição apropriados (Catherine et al., 2011).

Assim sendo, verifica-se que o movimento para examinar o valor dos cuidados de saúde está rapidamente a ganhar destaque, não existindo, todavia um consenso sobre a estrutura e componentes do quadro de valores (Mandelblatt et al., 2017). A métrica do quadro de valores deve ser construída de um modo flexível de forma a classificar, oportunamente, o acesso como uma componente de valor, assim como para encorajar o desenvolvimento de tratamentos que respondam às preocupações médicas e às necessidades dos utentes (Allen et al., 2017).

Para alcançar este objetivo, os quadros de valores devem avaliar todo o espectro de provas disponíveis e empregar os meios de prova apropriados para assegurar que os métodos aplicados capturam de forma justa os benefícios de cada procedimento (Allen et al., 2017). De facto, existem quadros de valor que incluem frequentemente modelos quantitativos e económicos dos quais derivam relações de custo-eficácia ou utilidade e /ou impacto orçamental (Perfetto et al., 2017), constatando-se que as estruturas existentes tendem a concentrar-se nos resultados clínicos e económicos, ignorando conceitos-chave de importância para os pacientes (Bright & Franklin, 2018).

Torna-se importante reforçar a ideia de que o valor não deve ser analisado apenas numa perspetiva de custo, mas essencialmente de qualidade, pois e de forma irónica a redução de custos torna-se muitas vezes numa das formas mais seguras de aumentar os custos de saúde

a longo prazo (Teperi et al., 2009). Para o efeito, as ineficiências e o desperdício de recursos em saúde também ocorrem pela existência de cuidados de qualidade inferior dos quais resultam o aparecimento de efeitos adversos como erros, infecções nosocomiais, úlceras de pressão, incrementando o tempo de internamento e os custos dos cuidados de saúde (International Council of Nurses, 2015).

Assim, emerge como fundamental o incremento da qualidade, pois uma política baseada neste princípio irá enfatizar programas de prevenção de doença e detecções precoces, de redução de erros, minimizando complicações e prevenindo a recorrência de doenças o que a longo prazo irá reduzir significativamente os custos (Teperi et al., 2009). Para além do referido torna-se, ainda, crucial a compreensão de que os resultados auferidos por esta forma de prestação de cuidados continuam, de forma geral, a ser avaliadores da eficácia e qualidade dos cuidados de saúde, especialmente no que concerne à recuperação, restauração da função e da sobrevivência, pelo que têm sido frequentemente utilizados como indicadores (Donabedian, 2005).

A avaliação da qualidade deve estar assente na aceção conceptual e operacionalizada do significado “qualidade dos cuidados de saúde”, sendo que esta noção encerra um si uma notável dificuldade de definição. Porquanto, poderá afirmar-se que qualidade poderá ser tudo o que se deseja, sendo usualmente o retrato de um conjunto de valores e objetivos atuais definidos na sociedade onde está inserido o indivíduo (Donabedian, 2005).

A qualidade dos cuidados, para a Organização Mundial de Saúde, é o grau em que os cuidados de saúde para os indivíduos e populações aumentam para os resultados de saúde desejados, fundamentando-se em conhecimento baseado pela evidência. Para a qualidade dos cuidados devem ser equacionados princípios de eficácia, segurança e de centralidade na pessoa (resposta às preferências, necessidades e valores individuais), acrescentando-se ainda conceito de oportunidade (através da redução de tempos de espera), equidade, integrativos (disponibilizando cuidados de saúde ao longo do vida) e eficientes (pela maximização dos recursos e evitando desperdícios) (World Health Organization, 2021a).

É relevante realçar que o conceito de qualidade torna-se, assim, mais estreito ou mais lato de acordo com a forma como definimos o conceito de saúde e o grau de responsabilização sobre ela (Donabedian, 1988). No entanto, os critérios para definir qualidade estão profundamente

intrincados na abordagem e métodos utilizados para avaliar os cuidados de saúde (Donabedian, 2005).

Nesse sentido, têm emergido um conjunto de agências promotoras de avaliação de qualidade em saúde. Em Portugal, o Modelo de Certificação do Ministério da Saúde visa reconhecer a qualidade das organizações prestadoras de cuidados de saúde, consolidando uma cultura de qualidade e segurança, defendendo que o reconhecimento da qualidade das estruturas organizativas e da prática clínica promove a confiança dos cidadãos e dos profissionais (Direção Geral da Saúde, 2021).

Para que a avaliação da qualidade dos cuidados de saúde seja possível, torna-se necessário a compreensão do que se passa nas relações entre os utentes / profissionais de saúde, sendo necessário proceder a uma adaptação do profissional de saúde às condições clínicas e sociais do utente em causa (Donabedian, 2005). Depreende-se, portanto, que as relações interpessoais são um elemento importante na avaliação da qualidade dos cuidados, sendo até considerada em parte pelo sucesso dos cuidados técnicos. Esta relação deve atender às expectativas, padrões individuais e sociais, independentemente, da forma como influem no desempenho profissional. A confidencialidade, privacidade, escolha informada, preocupação, empatia, honestidade, tato e sensibilidade são apanágios que se esperam numa relação interpessoal (Amaral, 2014).

Assim sendo, a prática de enfermagem deve promover numa prestação de cuidados de elevada qualidade, tendo como base a individualidade da pessoa com vista à produção de resultados de saúde positivos (Suhonen et al., 2008), aspeto que encontra eco na definição de qualidade em saúde da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015 -2020: “... a prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tem em conta os recursos disponíveis e consegue a adesão e satisfação do cidadão, pressupõe a adequação dos cuidados às necessidades e expectativas do cidadão.” (Despacho n.º5613/2015, p. 13551).

Nesse sentido, a Ordem dos Enfermeiros emitiu um documento intitulado “Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento conceptual Enunciados descritivos” que visa a definição de saúde, pessoa, ambiente e cuidados de enfermagem e os respetivos enunciados descritivos da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros, que de modo

explícito pretendem englobar os diferentes aspetos do mandato social da profissão. Para o efeito foram definidas seis categorias de enunciados descritivos: satisfação dos clientes, promoção da saúde, prevenção de complicações, ao bem-estar e ao autocuidado dos clientes, readaptação funcional e organização dos serviços de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2001).

É também referido como estruturante da importância dos cuidados de enfermagem, a constatação de que muitas das questões/problemas que os utentes e seus prestadores de cuidados sentem após a alta hospitalar e a sua chegada ao domicílio recaem dentro do que são as intervenções de enfermagem, pelo que são recurso a utilização de estratégias adaptativas como o *coping*, o ensino, a reabilitação, entre outras (Amaral, 2014), reforçando-se novamente a ideia de que a prestação de cuidados de saúde deve ser estruturada para alcançar o melhor dos resultados, concentrando-se no valor e não no volume (Teperi et al., 2009).

Os enfermeiros são considerados alicerces para a mudança com sucesso do comportamento dos indivíduos e da comunidade na promoção da saúde e prevenção da doença, utilizando para o efeito uma abordagem centrada no ciclo de vida, tendo como pano de fundo o conceito de eficácia, que na conceção dos enfermeiros, é a medida em que os problemas de saúde são resolvidos e o grau em que foram alcançados os resultados. Se associarmos a relação custo-eficácia e esta definição, significa que os enfermeiros obtêm os resultados de saúde pretendidos a um menor custo, tendo a qualidade como componente subjacente (International Council of Nurses, 2015).

Numa ótica de avaliação de qualidade, quando a avaliação é realizada na perspetiva dos profissionais de saúde são evidenciados os serviços prestados, os processos e as atividades, mas quando é realizada pelo utente o foco é colocado nos resultados (Amaral, 2014).

A avaliação dos resultados faz parte integrante de um complexo processo da qualidade, que Donabedian procurou clarificar através da definição de estrutura, processo e resultados. Estes três conceitos são o cerne para medir e melhorar a qualidade, sendo que atualmente a procura da qualidade realiza-se, também, através da centralidade do utente no sistema de saúde (Ayanian & Markel, 2016; Berwick & Fox, 2016).

No desenvolvimento de um novo paradigma de avaliação dos resultados dos cuidados de saúde, onde a tónica é colocada nos resultados que mais interessam aos utentes, surge em 2012 o *International Consortium for Health Outcomes Measurement (ICHOM)* fundado pelo Professor Michael Porter da *Harvard Business School*, Martin Ingvar do Instituto Karolinska e o *The Boston Consulting Group*. O ICHOM tem como missão o desbloquear do potencial dos cuidados de saúde baseados em valores através da definição de um conjunto de *standards* que permitam a avaliação dos resultados que mais interessam aos utentes e a adoção e comunicação dessas medidas a nível mundial para que dessa forma, seja alicerçado a criação de mais valor para todos os envolvidos nos cuidados de saúde (International Consortium for Health Outcomes Measurement, 2021).

Os resultados sendo apresentados como recuperação, restauração da função e sobrevivência (Ayanian & Markel, 2016; Donabedian, 2005) são um dos pilares dos sistemas de avaliação dos cuidados de saúde baseados em valor. Assim, os resultados surgem como numerador de uma equação de valor, pelo que sendo um conjunto de características intrinsecamente específicas da condição e multidimensionais, verifica-se que para uma qualquer condição médica nenhum resultado único tem a capacidade de integrar a totalidade dos resultados dos cuidados. Por outro lado, o custo, o denominador da equação, compreende os custos totais da totalidade do ciclo de cuidados para uma determinada condição médica, pelo que os resultados são obtidos pela eficácia das intervenções ao longo do ciclo de cuidados (Porter, 2010).

Os resultados devem incluir os fatores de saúde mais relevantes para os utentes, abrangendo aspetos de curto e longo prazo salientando-se que devem abordar um período suficientemente longo para englobar todas as consequências dos cuidados (Porter, 2010). A medição dos resultados deve incluir premissas que permitam considerar uma avaliação de risco, sendo que esta deve contemplar aspetos como os benefícios e os custos, ao qual se associa o “valor da esperança” (Lakdawalla et al., 2018; Porter, 2010).

Como métrica da qualidade dos cuidados, os resultados tendem a ser considerados mais estáveis do que a avaliação do processo, uma vez que o que é relevante para o utente se mantém notavelmente estável ao longo do tempo. A importância de evitar resultados pessoais como enfarte agudo do miocárdio, Acidentes Vasculares Cerebrais, amputação,

cegueira ou insuficiência renal continuam a ser considerados como resultados importantes para as pessoas com diabetes *Mellitus* ao longo do tempo, independentemente da necessidade de ajuste de tratamentos, mudanças de estilo de vida ou de processos. Para além deste aspeto, a importância no resultado permite aos profissionais de saúde o ajuste das práticas, através da autonomia profissional (devidamente reconhecida e baseada no melhor conhecimento) para ir ao encontro às necessidades individuais de cada utente (Dunbar-Rees, 2018).

A avaliação dos resultados deve evoluir para medir cuidados mais sustentáveis (Dunbar-Rees, 2018), e embora a sua medição sistemática e rigorosa continue a ser rara, verifica-se um incremento no número de exemplos com resultados abrangentes, o que vem fornecer provas da sua viabilidade e impacto (Porter, 2010).

Os cuidados de saúde baseados em valor, como já referenciado, têm no utente um parceiro para a definição de processos, o que acaba por desenvolver conceções como centralidade do utente ou individualização de cuidados, aspetos referenciados internacionalmente com o mesmo significado (Melleis, 1991 citado por Amaral, 2014).

De facto, o conceito de centralidade do utente tem vindo a surgir como uma constante nos últimos tempos, podendo questionar-se se os valores, necessidades e preferências do utente têm sido significativamente incorporados nas avaliações de valor (Bright & Franklin, 2018).

Os Cuidados centrados no Utente são considerados como um dos elementos-chave da qualidade dos cuidados, pelo que o Instituto de Medicina Americano define-os como cuidados que respeitam e respondem às preferências, necessidades e valores individuais dos utentes devendo ser assegurado que são estes os cuidados que guiam as decisões clínicas. De uma forma otimizada, o utente receberia toda a informação de forma clara e compreensível sobre as opções de tratamento e decidiria em conformidade (Bachnick et al., 2018).

Os cuidados de saúde individualizados reconhecem a singularidade e os valores do utente tendo como linha de base as suas características pessoais, situação clínica, perceções e as suas preferências para a participação dos cuidados. Dessa participação advém um resultado prático positivo, uma vez que é resultante desse conhecimento que são definidas intervenções para a prestação de cuidados (Amaral, 2014; Sidorchuk, 2008). A importância da experiência do utente tem vindo a assumir grande relevância no contexto clínico, tendo inclusive sido criadas

várias estruturas de suporte e investigação através do conceito “cuidados de saúde centralizados no utente”. São exemplos o “*Journal of Patient Experience*” onde o cerne dos artigos se debruça sobre as perceções/avaliações do utente sobre um manancial de atividades clínicas e o *Picker Institute*.

O *Picker Institute* iniciou-se nos Estados Unidos em 1986 decorrente de uma experiência pessoal dos seus fundadores nos cuidados de saúde norte-americanos, tendo começado a sua função na Europa através do Reino Unido em 2000. Apresenta como missão influenciar a política e a prática dos sistemas de saúde para que estejam sempre centrados em torno das necessidades e preferências das pessoas, inspirar a prestação de cuidados centrada na pessoa desenvolvendo ferramentas e serviços que possibilitem uma melhor compreensão das experiências pessoais e capacitar o pessoal que trabalha nos cuidados de saúde e serviços sociais para melhorar as experiências, medindo e agindo eficazmente com base no *feedback* dos indivíduos. A sua visão é fomentar a melhor qualidade de cuidados centrados na pessoa para todos, sempre. Através dos estudos desenvolvidos por Picker em 1987 foram formados princípios, “*Picker Principles*”, que são utilizados como um quadro de renome mundial para suportar os cuidados centrados no utente: rápido acesso a conselhos de saúde fiáveis, tratamento efetivo prestados por profissionais de saúde confiáveis, continuidade de cuidados e suavidade nas transições, envolvimento e apoio à família e prestadores de cuidados, informação, comunicação e suporte para o autocuidados; envolvimento das decisões e respeito pelas preferências; suporte emocional, empatia e respeito e atenção às necessidades físicas e ambientais (*Picker Institute, 2021*)

Face às diferenças encontradas na abordagem a esta temática nas políticas de saúde, na literatura médica e de enfermagem, Kitson et al. (2013) procuraram desenvolver o conceito de “cuidados centralizados no utente” sob três temas: (1) envolvimento e participação do utente, (2) relacionamento entre o utente e (3) o profissional de saúde e o contexto onde o cuidado é desenvolvido. Como complemento elaboraram, ainda, subtemas decorrentes dos enunciados: participação do utente como ser respeitado e autónomo, plano de cuidados com base nas necessidades individuais do utente e agir de acordo com as necessidades físicas e emocionais são referentes ao primeiro tema abordado, genuíno relacionamento entre utente-médico, comunicação aberta sobre o conhecimento, experiência pessoal e clínica entre o

utente e o profissional de saúde, equipa coesa e cooperativa de profissionais são referências do segundo tema e do terceiro elenca-se nos problemas do sistema. Face ao exposto a definição de cuidados individualizados insere-se no primeiro tema (Suhonen, Gustafsson, et al., 2010), pelo que o presente projeto está, naturalmente, inserido na mesma temática.

Assim, numa abordagem à forma de implementação dos cuidados de saúde individualizados no desenvolvimento dos processos de enfermagem, Suhonen et al. (2008) consideraram que essas intervenções tendem a compilar três aspetos, sendo que no primeiro se observa um processo de avaliação do estado do utente e se procede à recolha de informação sobre a sua situação, preferências e perceção. Num segundo momento, os enfermeiros desenvolvem cuidados de enfermagem, que podem englobar ações educativas e/ou de reabilitação de acordo com as características, situação e resposta do utente a uma preocupação de saúde. Em terceiro e último lugar, os utentes detêm o controlo decisório sobre a sua intervenção de cuidados, realçando as expectativas individuais na tomada de decisão de forma a obter as consequências consideradas desejáveis.

A compreensão dos cuidados centrados no utente pode gerar sentimentos de confiança e motivação para a mudança, o que contribui de forma mais veemente para uma melhor adesão e autocuidado, o que promove uma melhoria nos resultados clínicos e económicos, pelo que deve ser equacionada com elemento avaliativo da qualidade (Bachnick et al., 2018).

Para o efeito é importante criar estruturas de valor dirigidas aos utentes, devendo-se trabalhar para fornecer serviços com base nas necessidades sentidas. Os quadros de valores podem servir para promover a inclusão destas importantes métricas centradas no paciente em futuros ensaios (Allen et al., 2017).

Por conseguinte, a criação e estabelecimento de *standards* pode permitir o acelerar da mensuração, fomentando a recolha e partilha de resultados de forma mais eficiente e permitir a comparação de cuidados (Porter et al., 2016). Por exemplo, o ICHOM numa ótica de criação de *standards*, considerou fundamental a reunião de cinco componentes: resultados (devem ser centrados no utente, representando o verdadeiro sucesso da condição médica), variáveis de *case-mix* (utilizadas para construir modelos de ajustamento de risco que asseguram a possibilidade de comparação de resultados entre centros), ferramentas de medição (instrumentos validados para medir variáveis e resultados), fontes de dados (podem ser

administrativas, clínicas ou referidas pelo utente) e uma definição de espaço temporal para a recolha de dados (International Consortium for Health Outcomes Measurement, 2021).

A medição do valor em saúde torna-se assim premente não apenas pela necessidade de inovação, de quantificação de investimentos *versus* resultados, mas acima de tudo pela imprescindibilidade de centrar os cuidados no utente (Leal, 2019). Sendo que o relevante para o utente são os resultados obtidos do ciclo de cuidados, incluindo o estado de saúde alcançado (por exemplo a sobrevivência, estado funcional, qualidade de vida), a existência de eventuais complicações e o sofrimento na obtenção de cuidados, o tempo e a sustentabilidade dos benefícios conseguidos (Porter et al., 2016).

Um dos recursos disponíveis para sustentar o processo de avaliação de iniciativas baseadas em valor é a metodologia *Time-Driven Activity-Based Costing* (TDABC), uma vez que possibilita uma otimização do ciclo de cuidados e a definição de padrões de referência dos mesmos (Etges, Ruschel, et al., 2020). A opção por esta metodologia foca-se na forma como ela é desenvolvida, possibilitando descortinar de forma exaustiva o processo referente à consulta de enfermagem e os custos decorrentes da sua execução. A forma de aplicação desta metodologia será abordada através do capítulo 3.

CAPÍTULO 3. TIME-DRIVEN ACTIVITY-BASED COSTING (TDABC)

O método de avaliação de custos designado por *Time-Driven Activity-Based Costing* (TDABC) emergiu como uma forma inovadora de avaliar os custos dos cuidados de saúde, sendo que para o efeito apenas são necessários dois fatores: a avaliação do tempo despendido para o ciclo de cuidados e o custo de cada recurso (humano e material) utilizado (Kaplan & Porter, 2011). Sendo a teoria subjacente ao TDABC um processo simples: custo do recurso = quantidade de unidades de recurso X preço por unidade do recurso (Kaplan, 2014).

A estimativa de custo que o TDABC possibilita baseia-se nas características reais da atividade e nas observações diretas do tempo consumido, pelo que permite identificar e relatar processos complexos de uma forma simples (Kaplan, 2014), contribuindo para a identificação de oportunidades com vista à possibilidade de tornar os processos mais eficientes e baseados na real procura dos indivíduos (McBain et al., 2016).

Esta metodologia permite o cálculo dos recursos consumidos pelo utente ao longo do processo de cuidados, sendo um método de avaliação *bottom-up*, onde os recursos consumidos são somados à medida que o utente se desloca no ciclo de cuidados, permitindo uma avaliação ao nível do utente (Martin et al., 2018; McBain et al., 2016). Ao mapear o processo e ao mensurar os custos envolvidos no tratamento da condição médica ao longo do ciclo de cuidados, as organizações de saúde podem avaliar o verdadeiro custo da prestação de cuidados para uma determinada condição de saúde (Kaplan, 2014).

O TDABC permite um nível detalhado e preciso de informação no que concerne a custos, possibilitando, por esse meio, a análise do consumo específico do utente no estudo de microcustos. Contudo, para que a informação seja de qualidade torna-se imprescindível o envolvimento do pessoal clínico e do foro financeiro (Etges et al., 2019). Por conseguinte, esta metodologia constitui-se como um agente remodelador de cuidados, ao instigar que todos os intervenientes do processo de cuidados sejam envolvidos na sua definição, ao mesmo tempo que permite a compreensão dos verdadeiros custos para realizar cada atividade (McLaughlin et al., 2014)

Através deste método é possível melhorar a eficiência, a otimização dos cuidados ao longo do ciclo de cuidados, melhorar a utilização dos recursos e/ou implementar a sua substituição (se

necessário), planear e orçamentar a capacidade dos meios numa abordagem de valorização dos resultados (Kaplan, 2014).

Como qualquer metodologia, também o TDABC não é isento de críticas. Assim sendo, o facto de ser necessário o desenvolvimento de processos observacionais que levam a um consumo de recursos e tempo considerável, a inability de antecipar como uma mudança pode afetar os custos e a incapacidade de identificar todos os contribuintes para os custos são aspetos que são considerados como contrariedades. Também, a não existência de um quadro passo-a-passo dentro de cada etapa para a realização da abordagem leva a uma aplicação heterogénea do método, o que limita processos de *benchmarking* (Etges et al., 2019, Martin et al., 2018). Para que seja possível o desenvolvimento da metodologia de forma orientada e desse modo possibilitar processos de comparação o *International Society for Pharmacoeconomic and Outcomes Research* (ISPOR) desenvolveu uma uniformização de procedimentos através da elaboração de uma *checklist*, que não pretendendo ser uma ferramenta rígida, possibilita a definição do desenho de investigação e o reporte dos estudos com a metodologia TDABC (Etges, Polanczyk, et al., 2020).

Autores como Blaschke et al. (2020) consideram que ao proceder a avaliações centradas no utente, o método TDABC permite a comparação de fluxos de trabalho e custos que não seriam possíveis através de outros métodos de custeio mais tradicionais. Comparativamente a métodos de análise tradicionais, o TDABC possibilita uma avaliação ao nível do utente, em vez do serviço ou de um centro de custos, permitindo a agregação de diferentes níveis de complexidade a uma condição clínica já existente (McBain et al., 2016).

O TDABC demonstra um grande potencial para permitir uma transformação dos cuidados ao tornar consciente para os envolvidos os custos e a necessidade de otimização do desempenho do sistema (McLaughlin et al., 2014) , pelo que tem sido utilizado para analisar processos complexos, com diversos nós de decisão, auxiliando a tomada de decisão nos diferentes níveis de gestão (Keel et al., 2020).

O TDABC assume-se como um instrumento eficaz para apoiar iniciativas baseadas em valor, surgindo como um *gold standard* para conseguir melhores resultados económicos, redução de desperdício, compreender o processo de alocação de recursos e aumentar a transparência dos processos no mundo real (Etges, Polanczyk, et al., 2020; Keel et al., 2020) .

3.1. O MÉTODO TDABC

O método de avaliação TDABC, apesar de ter na literatura já se verificarem a existência de algumas variações, concretiza-se de acordo com Kaplan & Porter (2011) em sete etapas (Figura 1).

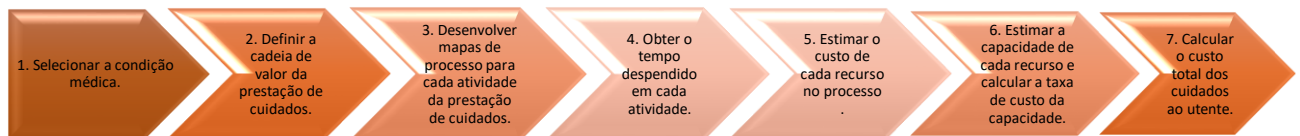


Figura 1 – O processo de avaliação de custos

Fonte – Baseado em Kaplan & Porter (2011).

A primeira etapa consiste na seleção da condição médica que irá ser avaliada, incluindo o potencial de complicações e comorbilidades associadas (Kaplan & Porter, 2011).

Na segunda etapa, é definida a cadeia de valor que traça as principais atividades que envolvem a prestação de cuidados, promovendo a análise integral do processo e não os aspetos individuais (Kaplan & Porter, 2011). Para o efeito devem ser envolvidos todos os intervenientes do processo multidisciplinar (Santos & Oliveira, 2021). Não completar esta etapa, limitará a capacidade de capitalizar sinergias e integrar melhor a prestação de cuidados ao longo do ciclo (Keel et al., 2017).

A terceira etapa “desenvolver mapas de processo para cada atividade da prestação de cuidados”, salienta todo o processo que deve ser desenvolvido para cada atividade definida, incluindo a referência a todos os recursos utilizados para o efeito (Kaplan & Porter, 2011). Este mapa deve permitir a visualização das diversas alternativas na unidade de saúde (Santos & Oliveira, 2021).

Na quarta etapa, “obter o tempo despendido em cada atividade”, embora possam ser estimados alguns tempos para atividades comuns, pouco dispendiosas e pouco consumidoras

de tempo, o tempo real utilizado na prestação de cuidados deve ser avaliado, utilizando-se a observação como a abordagem preferida (Kaplan & Porter, 2011).

Para realização da quinta etapa, “estimar o custo de cada recurso no processo”, são calculados os custos diretos e indiretos inerentes ao processo de prestação de cuidados (Kaplan & Porter, 2011).

A sexta etapa consiste em “estimar a capacidade de cada recurso e calcular a taxa de custo da capacidade”. Para o efeito, utilizam-se três valores (Kaplan & Porter, 2011):

- O total de dias que cada trabalhador realmente trabalha por ano;
- O número total de horas por dia que o trabalhador está disponível para o trabalho;
- O número de horas por dia que o trabalhador utiliza para questões não relacionadas com o utente como por exemplo pausas, formação, reuniões.

Com estes três valores é possível a definição da capacidade prática do recurso por mês, utilizando para o efeito a equação que aqui se apresenta.

Eq. 1

$$\text{Capacidade prática do recurso por mês} = \frac{\text{total de dias trabalho/ano} \times (\text{n.º horas disponível trabalho} - \text{n.º horas trabalho não relacionado utente})}{12}$$

Fonte - Kaplan & Porter (2011)

Para a definição da Taxa de Custo da Capacidade divide-se o custo do recurso (etapa 5), pela sua capacidade prática. O valor obtido será tipicamente em dólares ou euros por unidade de tempo, usualmente por hora ou minuto (Kaplan & Porter, 2011).

A sétima etapa, “calcular o custo total dos cuidados ao utente”, comporta a multiplicação da taxa de custo da capacidade pelo cálculo do tempo despendido em cada atividade, ao que se segue a determinação do custo do processo que é o somatório do custo de todas as atividades do ciclo de cuidados (Santos & Oliveira, 2021).

CAPÍTULO 4. MODELO PROPOSTO E HIPÓTESES DO PROJETO

Numa ótica de definição de valor não é suficiente a análise de processos, torna-se igualmente basilar proceder a métodos de avaliação de resultados sobre os cuidados, tendo-se selecionado a visão do utente para este efeito. Assim, pressupondo-se que os cuidados recebidos através das consultas são percecionados como individualizados e produzem um impacto positivo na vida dos que frequentam as consultas poder-se-á estar perante criação de valor.

O desenho deste estudo procura através da metodologia TDABC calcular o custo do trabalho do enfermeiro nas consultas de enfermagem de médico-cirúrgica/tratamentos, ortopedia/tratamentos, estomaterapia e imuno-alergologia do CHO-CR. Mas também avaliar se os cuidados de saúde prestados são percecionados de forma positiva ou não por parte dos utentes e, se os mesmos têm ou não, um impacto positivo no *stock* de saúde dos indivíduos.

A afirmação de um paradigma de financiamento das instituições de saúde baseado em valor abre espaço, para se mostrar que a consulta de enfermagem poderá ser um indicador de produção, que contribui para o incremento do financiamento neste caso do CHO, sendo esta uma das principais consequências expectáveis do estudo (Figura 2).

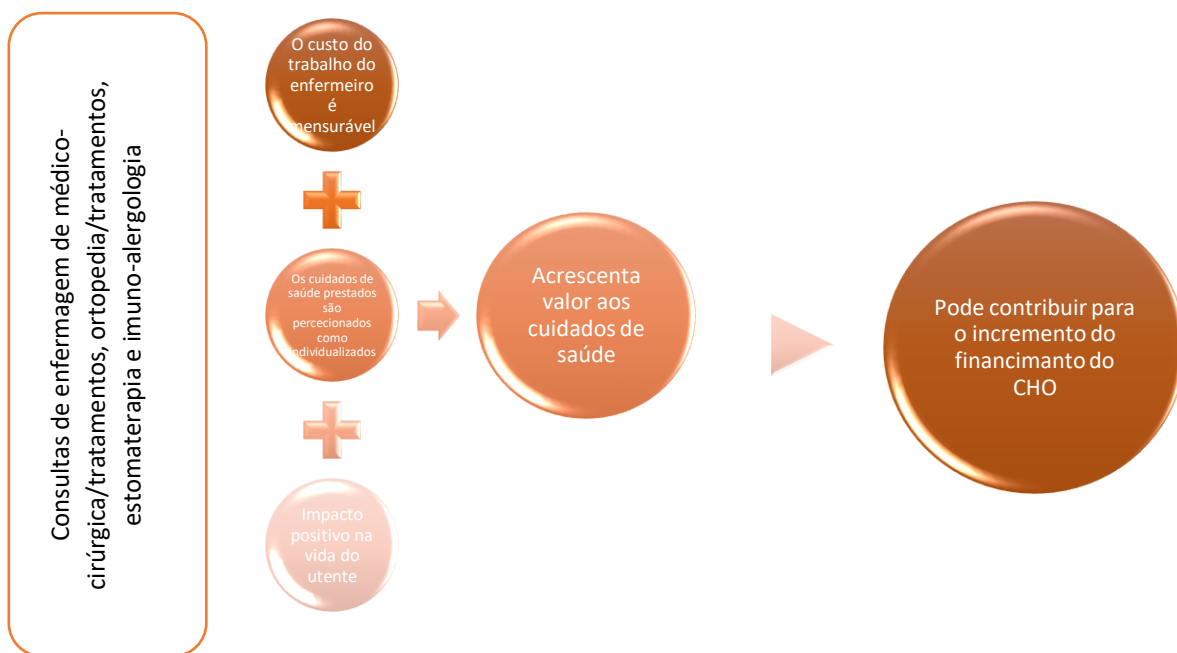


Figura 2 - Relação entre as preposições que sustentam o projeto

Fonte – Elaboração própria.

Para o desenvolvimento do suporte ao cálculo do valor financeiro do trabalho do enfermeiro foram desenvolvidas um conjunto de etapas, de acordo com a metodologia TDABC, devidamente clarificadas através do capítulo 3.

Para a fase de avaliação da percepção da existência de cuidados individualizados e, a mudança de vida decorrida através dos cuidados rececionados nas consultas de enfermagem elaborou-se a seguinte questão de estudo:

- Serão os cuidados de saúde prestados no âmbito das consultas de enfermagem de médico-cirúrgica/tratamentos, ortopedia/tratamentos, estomaterapia e imuno-alergologia do CHO – CR percecionados como cuidados individualizados e possibilitadores de promoverem uma mudança com impacto positivo na vida dos utentes?

Da questão anterior decorrem as seguintes hipóteses:

H1 – Existe uma correlação entre a percepção da forma como a individualidade do utente foi considerada pelo enfermeiro no desenvolvimento das atividades nas consultas de enfermagem e o modo como os utentes percecionam essa individualização nos cuidados;

H2 – Existe uma correlação entre a percepção da forma como a individualidade do utente foi considerada pelo enfermeiro no desenvolvimento das atividades nas consultas de enfermagem e a mudança na sua vida decorrente dos cuidados recebidos;

H3 – Existe uma correlação entre o modo como os utentes percecionam a individualização dos cuidados recebidos nas consultas de enfermagem e a mudança na sua vida decorrente dos cuidados recebidos.

CAPÍTULO 5. MÉTODO DE INVESTIGAÇÃO

Este capítulo visa explicar qual o método utilizado para o desenvolvimento do projeto. Dessa forma irão ser elencados a tipologia do projeto, o local onde se irá realizar, os instrumentos de colheita de dados utilizados, a população e amostra para as duas fases da investigação. Serão, ainda, abordadas as opções metodológicas e éticas que regeram a utilização dos vários instrumentos de colheita de dados e a análise dos dados.

5.1. TIPOLOGIA DO PROJETO

Este projeto de forma global enquadra-se num estudo descritivo, fazendo recurso ao método de estudo de caso. Este emerge como particularmente relevante quando existe necessidade de uma apreciação profunda (explicação, descrição ou exploração) sobre uma questão no seu contexto de vida real, possibilitando uma maior compreensão sobre os fenómenos (Duhamel & Fortin, 2003; Yin, 2009 citado por Crowe et al., 2011). Embora os resultados obtidos não possam ser generalizados a outras populações, a pertinência da sua utilização na exploração de novas situações surge como uma vantagem a considerar (Duhamel & Fortin, 2003).

O desenvolvimento do presente projeto contempla na sua génese duas fases:

1. Observar as consultas de enfermagem médico-cirúrgica/tratamentos, ortopedia/tratamentos, estomaterapia e imuno-alergologia para aplicação da metodologia TDABC. A partir desse método serão elaboradas de cadeias de valor, análise de processos envolvidos na manutenção das consultas, criação de fluxogramas de atividade, mensuração temporal de procedimentos e o valor do trabalho do enfermeiro, que se traduz pela criação de *standards* de mensuração dos procedimentos desenvolvidos nas consultas de enfermagem referidas;
2. Avaliar a perceção dos utentes sobre a forma como a sua individualidade foi considerada na prestação de cuidados das consultas de enfermagem de médico-cirúrgica/tratamentos, ortopedia/tratamentos, estomaterapia e imuno-alergologia e a existência de mudança global na vida e satisfação através dos cuidados recebidos.

Para a sua concretização, torna-se necessário a utilização de diferentes metodologias de acordo com a fase em questão.

Para a realização da fase I recorreu-se ao processo de observação não participante, que de acordo com Reis (2018) ocorre quando o investigador presencia o facto, mas não tem qualquer interferência no mesmo. Desta forma foi obtida a informação necessária para a execução da metodologia TDABC.

A fase II caracterizou-se por uma abordagem mista, ao utilizar uma metodologia quantitativa associada a uma qualitativa. O desenho do estudo nesta fase é do tipo não experimental, transversal, descritivo-correlacional. Assim sendo, no que concerne ao paradigma quantitativo este é considerado quando todos os dados podem ser quantificáveis, recorrendo-se para o efeito à utilização de métodos estatísticos para a análise dos dados (Reis, 2018), o que no presente caso se concretiza pela utilização de escalas. A pesquisa qualitativa surge pela relação indissociável entre o mundo considerado objetivo e a subjetividade da pessoa que não poderá ser traduzida em números (Reis, 2018; Streubert, 2002), surgindo pelo recurso a questões abertas.

A durabilidade de estudo foi do tipo transversal, ao estender-se pelo período de 04 de fevereiro a 02 junho de 2021 (Apêndice I).

Como se pretende realizar a interpretação sobre a percepção do utente sobre os cuidados de saúde individualizados e, sobre a mudança global e satisfação com os cuidados recebidos numa amostra e estabelecer uma relação entre variáveis optou-se por um estudo descritivo-correlacional, que consiste na procura, exploração e determinação da existência de relações entre variáveis, na descrição dessas relações, sendo o principal objetivo do estudo a descoberta de fatores ligados a um fenómeno (Fortin & Ducharme, 2003), em que o investigador desenvolve um processo observacional sobre as variáveis em estudo (Marôco, 2018).

5.2. A INSTITUIÇÃO DE SAÚDE EM ESTUDO

Para o desenvolvimento do projeto foi necessário selecionar uma instituição de saúde onde existissem consultas de enfermagem. Para o efeito foi selecionado o Centro Hospitalar Oeste

(CHO) EPE, pelo acesso privilegiado à realidade hospitalar, uma vez que a investigadora exerce as suas funções profissionais nesse contexto.

O CHO foi criado no dia 1 de outubro de 2012, consequência da fusão do Centro Hospitalar Oeste Norte (constituído pelo Hospital Bernardino Lopes de Oliveira – Alcobaça, Hospital Distrital de Caldas da Rainha e Hospital São Pedro Gonçalves Telmo – Peniche) e Centro Hospitalar de Torres Vedras pela Portaria n.º276/2012. Contudo, neste processo, o Hospital Bernardino Lopes de Oliveira – Alcobaça passou a integrar o Centro Hospitalar de Leiria EPE não sendo, portanto, parte constituinte do CHO.

A sua área de influência abrange parte do concelho de Alcobaça (Alfeizerão, Benedita e São Martinho do Porto) e os concelhos de Bombarral, Cadaval, Caldas da Rainha, Lourinhã, Mafra (com exceção das freguesias da Malveira, Milharado, Santo Estevão das Galés e Venda do Pinheiro). O CHO constitui-se como o hospital de referência da zona Oeste, abrangendo uma população direta de 292.546 habitantes (Centro Hospitalar Oeste EPE, 2021).

O CHO sofreu uma alteração de estatuto societário ao ser convertido em Entidade Pública Empresarial (EPE) em julho de 2018 através do Decreto-Lei n.º44/2018.

5.2.1. Missão, Visão, Valores e Princípios

O CHO definiu como **missão** a prestação “(...) de cuidados de saúde com rigor e excelência técnica, científica e organizativa, com ética profissional e justiça social, respeitando a Constituição da República Portuguesa e o compromisso do Serviço Nacional de Saúde” (Centro Hospitalar Oeste EPE, 2021).

No que concerne à Visão salienta a procura por “Ser um Centro reconhecido como referência a nível regional, nacional e internacional, de indiscutível mérito no desempenho da sua missão, cujo papel é fundamental na afirmação e desenvolvimento do país e da população que serve.” (*Idem*).

Para o efeito foram considerados como princípios basilares (*Idem*):

- 1) Primado e centralidade no doente;
- 2) Respeito pela dignidade individual;

- 3) Privacidade dos cuidados em ambiente limpo e confortável;
- 4) Ética e responsabilidade social;
- 5) Qualidade e inovação nas práticas clínicas e organizativas;
- 6) Colaboração e promoção de parcerias com os diferentes *stakeholders* da Saúde.

5.2.2. Estrutura Orgânica

O CHO está organizado de forma hierárquica, tendo o conselho de administração como génese das tomadas de decisão organizacionais. Para o efeito conta com a colaboração de órgãos de fiscalização, de consulta e de apoio técnico. Para a realização da prestação de cuidados existem três grandes núcleos: serviços complementares de diagnóstico e terapêutica, serviços de ação médica e serviços de apoio (Figura 3).

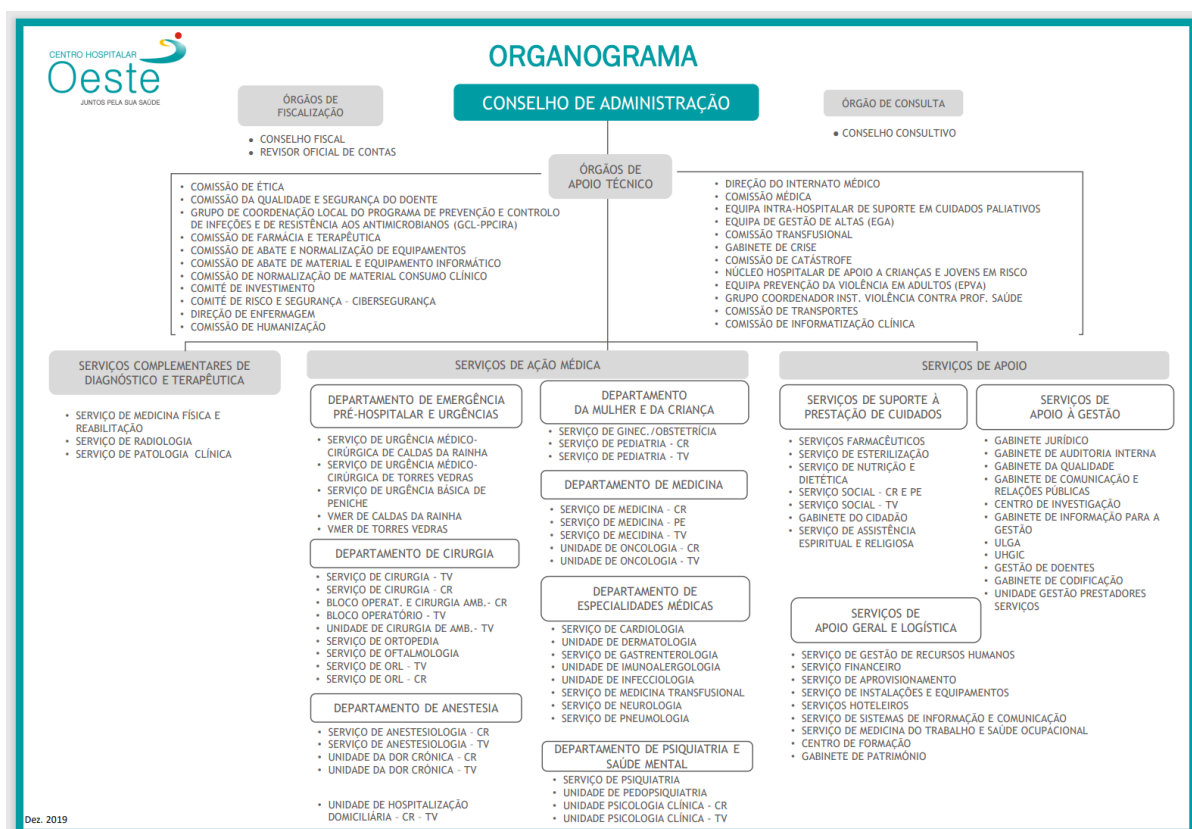


Figura 3 - Organograma do Centro Hospital Oeste EPE

Fonte - [https://www.choeste.min-](https://www.choeste.min-saude.pt/choeste/images/conteudos/OCHO/Organograma/Organograma_CHO_Dez.2019.pdf)

[saude.pt/choeste/images/conteudos/OCHO/Organograma/Organograma_CHO_Dez.2019.pdf](https://www.choeste.min-saude.pt/choeste/images/conteudos/OCHO/Organograma/Organograma_CHO_Dez.2019.pdf)

5.3. CONSULTA DE ENFERMAGEM

A consulta de enfermagem aparece na Portaria n.º306-A/2011, como um processo que surge no ciclo de cuidados de saúde como uma intervenção visando a realização de uma avaliação ou, o estabelecimento de um plano de cuidados de enfermagem, na procura da ajuda ao indivíduo, para que este atinja a máxima capacidade de autocuidado. No contexto nacional verifica-se a existência de consultas de enfermagem de várias especialidades realizadas em contexto de cuidados de saúde primários e hospitalares.

A Ordem dos Enfermeiros salienta que para a realização da consulta de enfermagem é necessário a aplicação de uma metodologia científica e o processo de enfermagem, que inclui a colheita de dados, a formulação de diagnósticos de enfermagem, o planeamento e a implementação das intervenções de enfermagem, avaliação de resultados e consequentemente a reformulação do planeamento, sempre que necessário. Esta consulta visa a intervenção do enfermeiro nos mecanismos de promoção da saúde e prevenção da doença, complicações e/ou incapacidades, promovendo o processo de adaptação e/ou recuperação da saúde da pessoa, sua capacitação para a gestão do processo de saúde, estimulando a maximização do seu bem-estar e autocuidado de forma a impactar positivamente na sua qualidade de vida (Ordem dos Enfermeiros, 2021).

A figura da consulta de enfermagem no CHO-CR apresenta um histórico com mais de 20 anos, tendo ao longo do tempo sofrido os ajustes considerados necessários face às mudanças de arquétipos que sustentam a prática. Atualmente na unidade hospitalar em estudo existem 14 consultas de enfermagem.

A produção sobre as consultas de enfermagem tem tido um crescimento sustentado desde a sua origem, verificando-se apenas uma redução do número de consultas no ano de 2020 devido à mobilização dos recursos humanos para a prestação de cuidados noutros contextos hospitalares decorrente da emergência sanitária devido à doença covid-19 que se começou a viver a partir do mês de março crescendo, ainda, a limitação de acesso a alguns cuidados de saúde, nomeadamente às consultas de ambulatório. Apesar de já se verificar um padrão semelhante à normalidade do ano 2019 no ingresso aos diferentes cuidados de saúde, o facto de nos primeiros três meses de 2021 ainda existirem elevadas restrições no acesso ao ambulatório ainda não é possível a recuperação dos valores de produção prévios à pandemia.

5.4. FASE I – APLICAÇÃO DO MÉTODO TDABC À CONSULTA DE ENFERMAGEM

Para a concretização desta fase I foi utilizado o método TDABC aplicado à área da saúde por Kaplan & Porter (2011). Esta metodologia consiste na aplicação de sete etapas para avaliação do custo do processo de prestação de cuidados por condição médica (*vide* capítulo 3).

Uma vez que a análise recai sobre quatro tipologias de consultas de enfermagem torna-se necessário enquadrar como se procedeu de uma forma simplificada ao primeiro processo de triagem para seleção da consulta a observar. Como base de trabalho optou-se por duas consultas onde o foco da prestação de cuidados estava no desenvolvimento de processos curativos/tratamentos e, por duas consultas onde o ensino, instrução e treino fossem os procedimentos mais usuais e basilares da prestação de cuidados. Por conseguinte, a consulta de enfermagem médico-cirúrgica/tratamentos e a consulta de enfermagem ortopedia/tratamentos estão associadas à execução de tratamentos e a consulta de enfermagem de estomaterapia e consulta de enfermagem de imuno-alergologia à promoção de autonomia e autocuidado.

De forma a contextualizar a tipologia dos utentes das consultas escolhidas, apresenta-se agora a informação por consulta:

- Consulta de enfermagem médico-cirúrgica/tratamentos: provêm utentes com proveniência cirúrgica ou de patologia médica, da qual resultaram feridas e/ou úlceras e/ou queimaduras. Para o efeito, nesta consulta serão considerados dois grupos de utentes para a definição dos tempos associados aos procedimentos: os utentes cirúrgicos e utentes médicos;
- Consulta de enfermagem ortopedia/tratamentos: foram selecionados os utentes com proveniência cirúrgica, da qual resultaram uma ou mais feridas;
- Consulta de enfermagem de estomaterapia: foram considerados utentes com ostomia intestinal ou urinária;
- Consulta de enfermagem de imuno-alergologia: foram escolhidos os utentes com indicação para realização de testes cutâneos e/ou processos de ensino e instrução sobre a temática relacionada com inaladores e/ou evicção de alérgenos.

É importante realçar que com a seleção definida pretende-se não uma avaliação exaustiva dos diversos diagnósticos de enfermagem com as respetivas abordagens terapêuticas em cada uma das quatro consultas em análise, mas uma avaliação global sobre a tipologia de procedimentos que permita uma pesquisa sobre o custo do trabalho do enfermeiro e dessa forma a criação de *standards* de mensuração.

Para dar início ao processo foi construída uma grelha de observação (Apêndice II, III, IV e V), para cada consulta, baseada no conhecimento obtido através da experiência profissional da investigadora e associada à pesquisa bibliográfica das melhores práticas, sendo composta por todos as atividades expectáveis de acontecer durante a consulta de enfermagem. Na fase seguinte, solicitou-se a validação da grelha por enfermeiras peritas na área. Na Tabela 1 estão patentes o número de enfermeiras que analisaram as grelhas, assim como as alterações propostas.

Após validação da grelha pelos pares, iniciou-se o processo de observação das diversas consultas para a mensuração temporal de todo os procedimentos definidos.

Durante a realização deste processo começou-se a construção material da cadeia de valor para cada consulta, tendo como base o processo de enfermagem. De forma sucedânea, desenvolveu-se a análise sobre os processos envolvidos na preparação e manutenção da estrutura física, do aprovisionamento, das atividades executadas na e para a consulta de enfermagem. Da sùmula da recolha de todos estes dados foi possível a criação de um fluxograma dos procedimentos desenvolvidos durante a consulta acoplado, ainda, o registo temporal médio de execução de cada um.

Tabela 1 - Tipologia da consulta e de alterações executadas pelas enfermeiras peritas na grelha de observação

CONSULTA DE ENFERMAGEM	TIPOLOGIA DE ALTERAÇÕES	ENFERMEIRAS PERITAS
Médico-cirúrgica/tratamentos	– Ordem atribuída ao processo observacional.	2
Ortopedia/tratamentos	– Ordem atribuída ao processo observacional.	2
Estomaterapia	– Acréscimo de 4 atividades desenvolvidas na consulta; – Ordem atribuída ao processo observacional.	1
Imuno-Alergologia	– Acréscimo de 1 atividade desenvolvida na consulta; – Ordem atribuída ao processo observacional.	1

Fonte – Elaboração própria.

O cálculo do custo do trabalho do enfermeiro por minuto foi um processo que se baseou em dados recolhidos através do Serviço de Recursos Humanos da Instituição, aos quais foram associadas diretrizes explanadas em decretos-lei que norteiam os direitos e deveres profissionais dos enfermeiros.

Para o cálculo final do custo de trabalho do enfermeiro por consulta utilizou-se o valor temporal médio para cada procedimento multiplicado pelo valor de custo/minuto calculado.

5.4.1. Procedimentos para a recolha de dados

Após a autorização do profissional de enfermagem e do utente, a investigadora para a recolha de dados colocava-se no gabinete de forma a não causar qualquer interferência física ou intervenção profissional no trabalho que estava a ser desenvolvido. Para a realização da colheita de dados usou-se uma grelha de observação para cada consulta de acordo com o definido previamente e um cronómetro.

5.4.2. População e amostra

Para a consecução da fase I considerou-se que a população em estudo corresponderia às 14 consultas de enfermagem ativas no CHO-CR, tendo sido definido como amostra as consultas

de enfermagem de médico-cirúrgica/tratamentos, ortopedia/tratamentos, estomaterapia e imuno-alergologia que ocorreram no período de 04 de fevereiro a 02 de junho de 2021.

A seleção desta amostra deveu-se ao facto de todas as quatro consultas, embora apresentando diferentes especificidades, pautam-se em larga escala pela execução de atividades autónomas de enfermagem².

Para o efeito foram mapeadas um total de 93 consultas durante o período referido com a seguinte distribuição: 38 consultas de enfermagem médico-cirúrgica/tratamentos, 28 consultas de enfermagem de ortopedia/tratamentos, 13 consultas de enfermagem de estomaterapia e 14 consultas de enfermagem de imuno-alergologia (Tabela 2). O número de consultas observadas encontra-se em consonância com o número de consultas efetuadas por especialidade, ou seja, o maior número de consultas de enfermagem em estudo realizadas no CHO-CR é referente à Médico-cirúrgica/tratamentos e o menor número à Estomaterapia.

Tabela 2 - Total de mapeamentos das consultas de enfermagem no CHO-CR

CONSULTA DE ENFERMAGEM	TOTAL
Médico-cirúrgica / tratamentos	38
Ortopedia / tratamentos	28
Estomaterapia	13
Imuno-Alergologia	14
Total	93

Fonte – Elaboração própria.

Na consulta de enfermagem médico-cirúrgica/tratamentos realizou-se uma separação de utentes de acordo com a sua origem: cirúrgica ou médica. Assim, procedeu-se ao mapeamento de 28 consultas de utentes com origem cirúrgica e 10 com origem médica. A diferença numérica entre o número de mapeamentos fica a dever-se a uma maior afluência de utentes com tipologia cirúrgica do que com tipologia médica.

² Intervenções autónomas de enfermagem são as ações realizadas por enfermeiros sob a sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, tendo por base as suas qualificações profissionais, seja na prestação de cuidados, na gestão, no ensino, na formação ou assessoria com os contributos da investigação em enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

5.5. FASE II – A PERCEÇÃO DO UTENTE SOBRE OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Neste subcapítulo abordar-se-á todo o caminho desenvolvido para a colheita de dados para a II fase do projeto.

5.5.1. Instrumento de recolha de dados

Na procura sobre a forma de avaliação da percepção dos cuidados de enfermagem na ótica do utente, recorreu-se a uma procura em diferentes bases de dados como o Google *Scholar*, a B-On, a EBSCOhost – *Research databases*, *Pubmed* com descritores como: *Patient Reported Outcome Measures*, avaliação de resultados, mas também com termos como “qualidade dos cuidados de enfermagem”, “*Health value*”, “Cuidados de saúde baseados em valor”. Foi, ainda, consultado o Repositório de Instrumentos de Medição e Avaliação em Saúde (RIMAS).

Para a construção do instrumento que melhor possibilitasse a informação pretendida foram tidos em linha de conta os seguintes princípios: escalas traduzidas e validadas para a população portuguesa de tamanho reduzido e tipologia de resposta tipo *Lickert*. Os princípios que regeram a opção foram ao encontro de uma população que se esperava maioritariamente envelhecida, pelo que era necessário escolher uma escala simples de compreender e rápida no seu preenchimento.

O instrumento de medida escolhido para o efeito foi o questionário, que possibilita a organização, normalização e o controlo de dados para que as informações possam ser recolhidas de forma rigorosa (Fortin et al., 2003). Nesse sentido, foi criado um questionário onde a primeira parte resulta da utilização de duas escalas: Escala do Cuidado Individualizado e Escala *Patient Global Impression of Change* – versão portuguesa (PGIC) e ainda, duas questões abertas da autoria da investigadora, para numa segunda parte serem equacionados os dados sociodemográficos.

A escala do Cuidado Individualizado, tendo sido traduzida e validada para Portugal por Amaral et al. (2014), permite a compreensão da percepção do utente sobre a forma como a sua individualidade foi apoiada pelos enfermeiros.

A escala é composta por 34 itens separada em duas partes. A parte “A” avalia a percepção dos utentes sobre a forma como a sua individualidade foi considerada pelos enfermeiros no desenvolvimento das atividades, ou seja, analisa se os enfermeiros questionaram o utente sobre um conjunto de indicadores pessoais (necessidades, situação, características e preferências) que permitem que os cuidados prestados vão ao encontro da sua individualidade. A parte “B” evidencia o modo como os utentes percecionam a individualização dos cuidados fornecidos, na medida em que é avaliado se o utente considera que o que disse ao enfermeiro sobre os diversos assuntos foi efetivamente tido em linha de conta na execução dos cuidados (Suhonen, Gustafsson, et al., 2010).

Cada parte apresenta-se subdividida em 3 dimensões com a seguinte distribuição dos itens: situação clínica (7 itens), situação de vida pessoal (4 itens) e controlo sobre decisões relacionadas com os cuidados (6 itens).

Para a execução do presente estudo verificou-se a necessidade de adaptar a escala pois e embora, ela tenha sido construída para hospitais de agudos, privilegia os processos associados a internamentos e, a matriz do estudo encontra-se nos processos de ambulatório, especificamente na consulta de enfermagem. Dessa forma foi suprimido 1 item, em cada parte, referente à dimensão situação da vida pessoal (parte A - “Os enfermeiros têm-me perguntado sobre as minhas experiências anteriores de hospitalização.”; parte B - “As minhas experiências anteriores de hospitalização têm sido tidas em conta nos meus cuidados.”) e 1 item, em cada parte, referente à dimensão controlo decisório (parte A - “Os enfermeiros têm-me perguntado a que horas prefiro tomar banho”; parte B - “Tenho tomado as minhas próprias decisões sobre quando tomar banho.”).

Procedeu-se, ainda, à alteração de termos do item classificado por B09 que no original é “Os meus hábitos diários têm sido tidos em conta durante a minha hospitalização (ex.: higiene pessoal)”, tendo sido substituído por “Os meus hábitos diários têm sido tidos em conta durante os tratamentos.”. A relação para o presente projeto entre as dimensões e os itens da escala estão apresentados na Figura 4.

As respostas desta escala são obtidas através do preenchimento de uma escala de cinco pontos tipo *Likert*, que varia entre o 1 (discordo totalmente), 2 (discordo parcialmente), 3 (nem concordo, nem discordo), 4 (concordo parcialmente) e 5 (concordo totalmente).

Pontuações mais elevadas indicam a perceção de cuidados mais personalizados de acordo com as necessidades e valores individuais (Suhonen, Gustafsson, et al., 2010).

A escala PGIC permite avaliar a perceção global de mudança e satisfação com o tratamento, apresentando poder de resposta, sensibilidade e adequabilidade para a reflexão sobre as mudanças do estado de saúde de indivíduos submetidos a vários tipos de intervenção clínica (Hurst & Bolton, 2004), tendo sido validada para Portugal por Domingues & Cruz (2011).

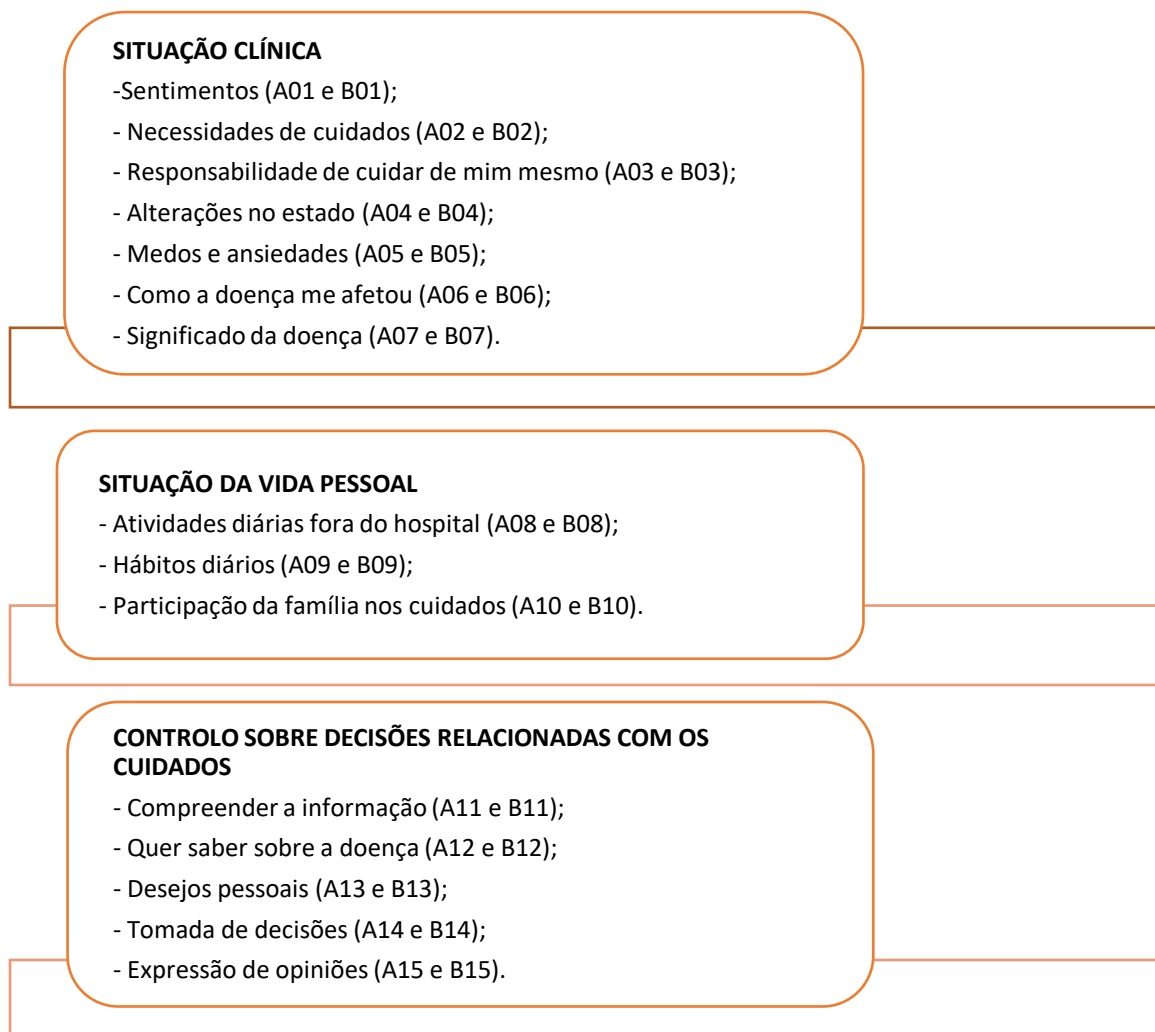


Figura 4 - Dimensões e itens da Escala de Cuidados Individualizados

Fonte – Adaptado de Amaral et al., 2014, p. 96.

É uma escala unidimensional com 7 itens, onde a pontuação é apresentada numa escala de orientação positiva onde o item “1” significa “Sem alterações ou a condição piorou”, o “2” “Quase na mesma, sem qualquer alteração visível”, o “3” “Ligeiramente melhor, mas sem

mudanças consideráveis”, o “4” “Com algumas melhorias, mas a mudança não representou qualquer diferença real”, o “5” “Moderadamente melhor, com mudança ligeira mas significativa”, o “6” “Melhor, e com melhorias que fizeram uma diferença real e útil” e o “7” “Muito melhor, e com uma melhoria considerável que fez toda a diferença”.

É, ainda, questionado através de uma questão de seleção de opção “sim” ou “não” se é a primeira vez que frequenta a consulta.

As duas perguntas abertas vêm permitir que o utente exponha os seus sentimentos de uma forma transparente, utilizando para o efeito o seu próprio vocabulário numa tentativa de compreensão para além dos seus significados imediatos (Bardin, 2020). Dessa forma, foram realizadas nos seguintes termos:

- Sente segurança no tratamento prestado pelos Enfermeiro na Consulta de enfermagem (...)?
Porquê?

- Se a Consulta de enfermagem (...) não existisse, como pensaria resolver o seu problema?
Porquê?

A segunda parte do questionário foi elaborada numa ótica de caracterização sociodemográfica da amostra com cinco questões de resposta rápida, referentes aos dados género, idade, estado civil, com quem reside, formação académica. Foi, ainda, acrescentada uma área onde se poderia transmitir a opinião/sugestão sobre a consulta em causa.

Para a análise dos resultados considerou-se que os questionários foram classificados como inválidos, quando apresentavam omissão de três ou mais itens da escala do Cuidado Individualizado ou quando, a PGIC não tinha sido devidamente preenchida (omissão de resposta ou seleção de mais do que uma resposta).

No que concerne à validação da primeira questão de seleção ou das questões abertas considerou-se que a omissão de resposta a qualquer uma das duas questões, ou a parte das questões, não invalidaria o questionário.

5.5.2. Procedimentos para a recolha de dados

Para dar início à fase II, recolha de dados através dos questionários, foi realizado um pré-teste. A realização de um pré-teste permite avaliar se o instrumento de recolha de dados foi elaborado de forma objetiva, permitindo a resposta às questões e objetivos da investigação (Reis, 2018), pelo que tem como objetivo principal avaliar a eficácia, a pertinência, a compreensão semântica, se permite recolher a informação desejada, se é muito longo ou se não apresenta ambiguidade (Fortin et al., 2003).

Para o efeito, foi providenciado um questionário para cada consulta, procurando que o utente que se disponibilizasse a preenchê-lo reunisse as características do utente tipo. Para o efeito, constatou-se que não existia dificuldade na compreensão dos itens, que as questões abertas eram facilmente compreendidas e respondidas, que não era exaustivo, sendo a apreciação global positiva.

O questionário na nota introdutória (Apêndice VI) apresentava uma breve justificação sobre a natureza da investigação, sendo entregue ao utente pelo enfermeiro presente na consulta.

O questionário nas consultas de enfermagem médico-cirúrgica/tratamentos (Apêndice VII) e ortopedia/tratamentos (Apêndice VIII) foi entregue em envelope após três consultas (numa situação comum o utente realiza em média 4 consultas num período de tempo que poderá oscilar entre 14 a 18 dias), sendo o seu preenchimento realizado pelo próprio utente ou pelo prestador de cuidados/acompanhante, preferencialmente em contexto domiciliário. A entrega do documento ocorria na consulta seguinte, em envelope fechado.

Na consulta de estomaterapia (Apêndice IX), a opção metodológica foi diferente, visto que se o individuo se encontrava numa fase de cronicidade o questionário poderia ser logo entregue. Se porventura, o utente se encontrava numa fase aguda, nesse caso, seriam necessárias 3 consultas para que o questionário fosse entregue.

Na consulta de enfermagem de imuno-alergologia (Apêndice X) considerou-se apenas a necessidade de 2 consultas, uma vez que face à tipologia de cuidados prestados as mudanças ocorrem de uma forma mais célere.

Foram entregues entre 04 de fevereiro e 02 de junho de 2021 um total de 217 questionários aos utentes das consultas de enfermagem médico-cirúrgica/tratamentos,

ortopedia/tratamentos, estomaterapia e imuno-alergologia. Foram rececionados um total de 178 questionários, dos quais 11 foram considerados inválidos por apresentarem omissão de três ou mais itens da escala dos Cuidados Individualizados, ou quando a PGIC não tinha sido devidamente preenchida (omissão de resposta ou seleção de mais do que uma resposta). Para o desenvolvimento da investigação foram considerados 167 questionários com a seguinte distribuição: 77 referentes à consulta de enfermagem médico-cirúrgica/tratamentos, 46 relativos à consulta de enfermagem de ortopedia/tratamentos, 20 da consulta de enfermagem de estomaterapia e 24 pertencentes à consulta de enfermagem de imuno-Alergologia. Estes valores indiciam uma taxa de retorno de 82,03%. É de salientar que proporcionalmente o número de questionários recebidos reflete o número de utentes de cada consulta, a consulta com maior número é a médico-cirúrgica/tratamentos, à qual de segue a ortopedia/tratamentos, depois a de imuno-alergologia e por fim a de estomaterapia.

5.5.3. Procedimentos de análise dos dados

O estudo dos dados obtidos através do recurso do questionário (fase II) foi efetuado de forma distinta, num primeiro momento foi realizada uma abordagem através da estatística descritiva, para num segundo momento se realizarem os testes que permitam a aceitação ou rejeição das hipóteses em estudo.

Para a análise dos dados alcançados através da aplicação da Escala de Cuidados Individualizados foram definidos um conjunto de procedimentos que aqui se apresentam. Assim, assumiu-se que o nível de significância (α) é 0,05, rejeitando-se a hipótese nula (H_0) quando a probabilidade de erro tipo I foi inferior a $p < 0,05$, pelo que foi designado um intervalo de confiança de 95%.

A Análise Fatorial Exploratória consiste numa técnica de análise exploratória de dados que visa descobrir e analisar a estrutura de um conjunto de variáveis que se encontram interrelacionadas de forma a construir uma escala de medida para fatores (intrínsecos) e, que de algum modo, controlam as variáveis originais (Marôco, 2018), tendo sido o recurso para iniciar a interpretação dos dados recolhidos.

A realização de adaptações à escala de Cuidados Individualizados, assim como, a mudança da população alvo da escala motivou a necessidade de se efetuar testes que assegurassem a sua validade e confiabilidade, a extração de fatores e ao cálculo dos coeficientes de consistência interna.

Para validar a qualidade das correlações utilizaram-se o teste de esfericidade de *Bartlett* e o de *Kaiser-Meyer-Olkin* (KMO). O teste de esfericidade de Bartlett testa a relação entre as variáveis, pelo que quando um *p-value* é menor do que 0,05 verifica-se que existe relação entre as variáveis, sendo que quando o *p-value* é inferior a 0,001 as variáveis encontram-se correlacionadas significativamente (Marôco, 2018).

O KMO é definido como “(...) uma medida de homogeneidade das variáveis, que compara as correlações simples com as correlações parciais observadas entre as variáveis(...)” (Marôco, 2018, p. 467), apresentando-se na Tabela 3 os critérios de recomendação decorrentes do KMO.

Tabela 3 - Critérios de recomendação dos testes de KMO

VALOR DE KMO	RECOMENDAÇÃO RELATIVA À ANÁLISE FATORIAL
]0,9; 1,0]	Excelente
]0,8; 0,9]	Boa
]0,7; 0,8]	Média
]0,6; 0,7]	Medíocre
]0,5; 0,6]	Mau, mas ainda aceitável
≤0,50	Inaceitável

Adaptado - Marôco, 2018, p. 467.

Os fatores encontrados pelos autores da escala cifravam-se em três, pelo que foi necessário compreender se foram descobertos o mesmo número de fatores que permitiriam explicar o comportamento correlacional entre as variáveis, assumindo o modelo que existem um número de fatores inferiores ao número de variáveis originais e, que estes são capazes de explicar uma percentagem elevada da variância total (Marôco, 2018). Por conseguinte, recorreu-se à utilização de análises fatoriais exploratórias pelo Método de Componentes Principais com a rotação ortogonal *Varimax*, com o objetivo é produzir uma solução interpretável, onde uma variável esteja fortemente associada a um único fator e pouco associada aos restantes (Marôco, 2018; Pestana & Gageiro, 2008).

Relativamente ao número de fatores a reter no estudo, considerou-se como critério a retenção de fatores com valores próprios (*eigenvalue*) $\geq 1,00$. Para a escolha da solução dos fatores finais procurou-se respeitar os seguintes critérios:

- a) A validade convergente do item em análise com o fator deveria apresentar um peso fatorial $\geq 0,495$;
- b) A validade discriminante do item com o fator deveria estar correlacionada apenas com um fator. Caso se verificasse a correlação com mais do que um fator a sua manutenção é considerado no fator onde é maior a correlação;
- c) A solução final deveria explicar uma variação total superior a 60%.

O *Alpha* de Cronbach pode definir-se como a “(...) correlação que se espera obter entre a escala usada e outras escalas hipotéticas do mesmo universo, com igual número de itens, que meçam a mesma característica.” (Pestana & Gageiro, 2008, p. 528), sendo a técnica mais comum para estimar a consistência interna de um instrumento de medida quando se verifica a utilização de scores (Fortin & Nadeau, 2003). A Tabela 4 permite a tradução da avaliação da consistência interna de acordo com o valor calculado através do *Alpha* de Cronbach.

Tabela 4 - Avaliação da consistência interna de acordo com o *Alpha* de Cronbach

VALOR DE ALPHA DE CRONBACH	CONSISTÊNCIA INTERNA
$\geq 0,9$	Muito boa
0,8 – 0,9	Boa
0,7 – 0,8	Razoável
0,6 – 0,7	Fraca
$> 0,6$	Inadmissível

Adaptado - Pestana & Gageiro, 2008, p. 528.

Outra questão que foi necessária abordar antes de se definir qual o teste de hipóteses a utilizar prendeu-se com o estudo da normalidade. O teste escolhido face à amostra de 167 questionários foi o de Kolmogorov-Smirnov (K-S). Este teste versa analisar o ajustamento ou aderência à normalidade da distribuição de uma variável ordinal ou superior, através da comparação entre as frequências relativas acumuladas observadas com as frequências relativas acumuladas esperadas (Pestana & Gageiro, 2008).

O Ró de Spearman permite medir a intensidade de associação entre as variáveis, variando entre -1 e +1 ($-1 \leq R_s \leq +1$). Se $R_s > 0$ as variáveis variam no mesmo sentido, contudo se $R_s < 0$ as variáveis variam em sentido oposto. O valor absoluto obtido indica a intensidade da relação. Na Tabela 5 são evidenciadas a tipologia de correlações obtidas consideradas nas ciências sociais e humanas (Marôco, 2018).

Tabela 5 - Intensidade das associações de acordo com o valor absoluto calculado

VALOR ABSOLUTO	TIPOLOGIA DE CORRELAÇÃO
$\geq 0,75$	Muito forte
$0,5 \leq R_s < 0,75$	Forte
$0,25 \leq R_s < 0,5$	Moderada
$\leq 0,25$	Fraca

Fonte - Marôco, 2018.

O teste U de Mann-Whitney compara o centro de localização de duas amostras para detetar diferenças entre as duas populações correspondentes (Pestana & Gageiro, 2008).

O teste de Kruskal-Wallis utiliza-se para testar a hipótese de igualdade no que se refere ao parâmetro de localização, sendo o teste apropriado para se comparar as duas ou mais distribuições de uma variável (Marôco, 2018; Pestana & Gageiro, 2008).

Para a Escala *Patient Global Impression of Change* – versão portuguesa (PGIC) não foram desenvolvidos os processos de Análise Fatorial Exploratória visto tratar-se de uma escala unidimensional de seleção de apenas um item.

Face à existência de duas questões abertas recorreu-se ao processo de análise de conteúdo. Para o efeito em primeira instância procedeu-se à transcrição de todas as respostas para um documento *Word*, onde fosse possível a análise de uma forma mais clara sobre a panóplia de respostas fornecidas.

As unidades de registo, que consistem na unidade de significação a codificar e correspondem ao segmento de conteúdo a definir como unidade de base visando a categorização e a contagem (Bardin, 2020), encontravam-se previamente definidas pela especificidade da questão: segurança ou substituição da tipologia de consulta. Dentro da unidade de registo podem emergir temas, que são considerados como unidades de significação que se constatarem no texto analisado tendo por base a revisão de literatura efetuada. De forma sequencial, a

unidade de contexto constitui-se como uma unidade de compreensão, sendo a fórmula para entender o significado da unidade de registo (Bardin, 2020).

Após estes passos criam-se categorias que se definem como o agrupamento de um conjunto de elementos (unidades de registo) sob um título genérico de acordo com um critério que poderá ser semântico, sintático, léxico ou expressivo. Para a análise foi considerado como critério o léxico – classificação das palavras de acordo com o seu sentido, com associação de sentido próximos e/ou sinónimos (Bardin, 2020).

5.5.4. População e Amostra

Para a realização da fase II do projeto advém a necessidade de se definir qual a população em estudo. Assim, considerou-se que a população do estudo corresponde a todos os utentes com idade superior a 18 anos que frequentaram as consultas de enfermagem de médico-cirúrgica/tratamentos, ortopedia/tratamentos, estomaterapia e imuno-alergologia no período de 04 de fevereiro a 02 de junho de 2021. Foram excluídos utentes com idade pediátrica e pessoas que não conseguiam expressar a sua opinião por limitações cognitivas, sendo que as limitações físicas ou de escolaridade puderam ser compensadas fazendo recurso do prestador de cuidados/acompanhante.

Dos dados obtidos durante o período de observação constatou-se que recorreram às consultas em estudo um total de 766 utentes no período de 02 de janeiro a 31 de maio de 2021, constituindo-se este valor como a população do estudo desta fase (Tabela 6).

Tabela 6 – Utentes que frequentarem as consultas de enfermagem de 02 de janeiro a 31 de maio de 2021

CONSULTAS DE ENFERMAGEM	N.º DE UTENTES
Médico-cirúrgica/tratamentos	354
Ortopedia/tratamentos	266
Estomaterapia	59
Imuno-alergologia	87
Total	766

Neste projeto, optou-se por uma amostra não-probabilística ou não-aleatória. Esta técnica consiste num processo de amostragem acidental, casual ou conveniente onde a probabilidade de pertencer à amostra não é igual para todos os elementos (Marôco, 2018; Reis, 2018). Por conseguinte, a amostra foi sendo constituída de forma esporádica de acordo com os utentes que surgiram durante a fase de investigação até que tenha sido alcançado o espaço temporal definido (Apêndice I).

No estudo em causa, e visto tratar-se de um estudo de caso, a seleção desta tipologia de amostra não foi problemática, traduzindo a realidade em causa.

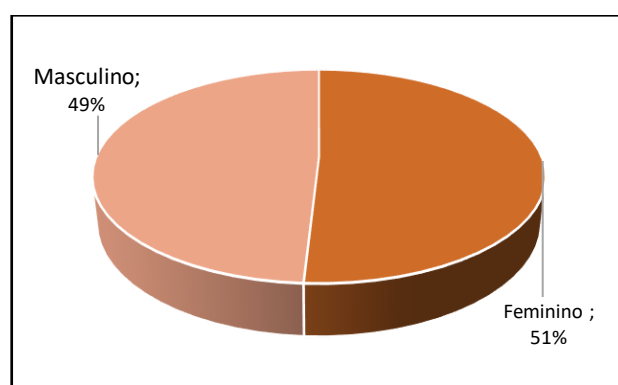
A amostra do estudo é de 167 questionários que correspondem a 21,80% da população de utentes.

5.5.4.1. Caracterização da amostra

Dos dados sociodemográficos obtidos através dos 167 inquiridos considerados válidos apresenta-se a caracterização da amostra em estudo, tendo como linha de base o objetivo de traçar o seu perfil no que diz respeito ao sexo, idade, coabitação e formação académica. Explana-se, ainda, o resultado sobre a tipologia de frequência na consulta: 1ª vez ou “não”.

Na análise da distribuição da amostra verificou-se que 51% dos inquiridos pertenciam ao sexo feminino e 49% ao sexo masculino (Gráfico 1).

Gráfico 1 - Distribuição dos utentes inquiridos por sexo



Fonte – Elaboração própria.

No que concerne às idades dos inquiridos verifica que o espectro é muito alargado iniciando-se na classe dos 18 - 27 anos e terminando na classe dos 88 - 97 anos. A moda situa-se na

classe dos 48 - 57 anos com 31 inquiridos, logo seguida da classe dos 58 - 67 anos com 28 inquiridos. Numa análise à frequência acumulada verifica-se que 61 dos inquiridos têm 47 ou menos anos o que perfaz 106 indivíduos com mais de 48 anos (Tabela 7).

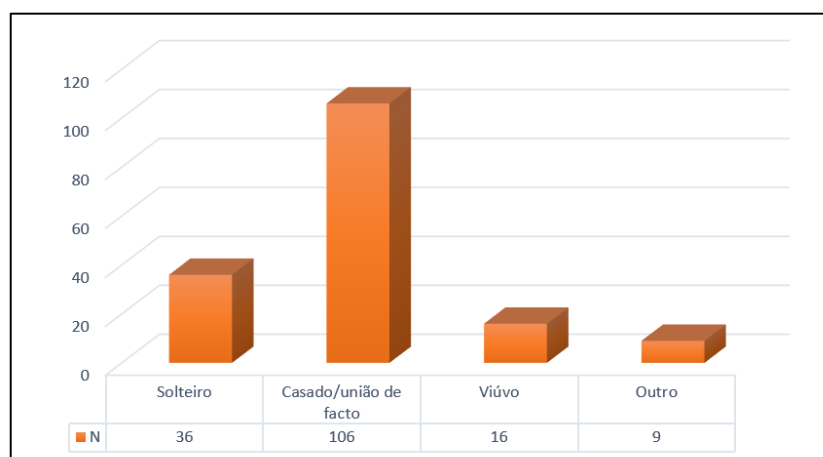
Tabela 7 - Distribuição dos utentes inquiridos por idades

CLASSE ETÁRIA	N	%	fi
[18 - 27]	20	11,98	20
[28 - 37]	16	9,58	36
[38 - 47]	25	14,97	61
[48 - 57]	31	18,56	92
[58 - 67]	28	16,77	120
[68 - 77]	27	16,17	147
[78 - 87]	18	10,78	165
[88 - 97]	2	1,20	167
Total	167	100	

Fonte – Elaboração própria.

No que diz respeito ao estado civil 106 dos inquiridos eram casados ou estavam em união de facto, 36 solteiros, 16 viúvos e 9 mantinham outro tipo de relacionamento (Gráfico 2).

Gráfico 2 - Distribuição dos utentes inquiridos por estado civil



Fonte – Elaboração própria.

No que se refere à coabitação 57,49% dos inquiridos vive com o cônjuge e 10,18% com a(o) companheira(o), 11,98% sozinho, 11,38% com os pais e 8,98% refere ter outro tipo de situação (Tabela 8).

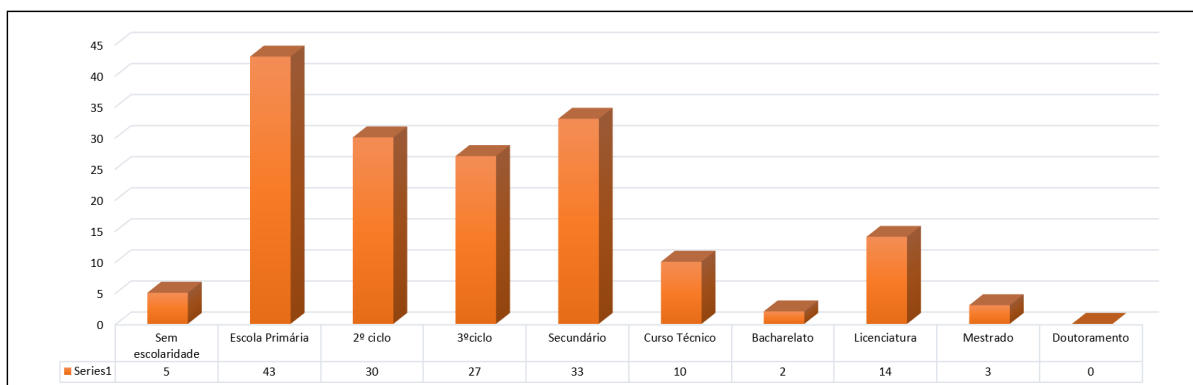
Tabela 8 - Distribuição dos utentes inquiridos por coabitação

COM QUEM VIVE?	N	%
Sozinho	20	11,98
Cônjuge	96	57,48
Companheira(o)	17	10,18
Pais	19	11,38
Outro	15	8,98
Totais	167	100,00

Fonte – Elaboração própria.

Na avaliação da formação académica observou-se que 5 indivíduos não detinham qualquer escolaridade, 43 dos inquiridos apenas frequentaram a escola primária, a formação de 2º ciclo era detida por 30 indivíduos e a de 3º ciclo por 27. Com o secundário surgem 33 pessoas, havendo 10 inquiridos com curso técnico, 2 com bacharelato, 14 com licenciatura e 3 com mestrado (Gráfico 3).

Gráfico 3 - Distribuição dos utentes inquiridos por formação académica



Fonte – Elaboração própria.

Da análise da questão “É a primeira vez que recorre à Consulta de enfermagem (...)?” verificou-se que existiram 20 omissões de resposta, sendo que 93 inquiridos responderam que era a primeira vez que frequentaram a consulta.

5.6. PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICO-LEGAIS DO ESTUDO

Para o desenvolvimento do presente estudo foram desenvolvidas um conjunto de diligências no sentido de dar a conhecer os objetivos do trabalho e obter a devida autorização para a

realização do mesmo. Assim sendo, foi enviado um pedido ao Conselho de Administração, na pessoa da sua Presidente, que promoveu o devido encaminhamento para o Centro de Investigação e Comissão de Ética da Instituição, tendo sido possível receber o aval de todos os intervenientes através de uma comunicação via correio eletrónico (Anexo I).

Foi, ainda que de forma informal, solicitada autorização à Enfermeira Chefe do Serviço de Ambulatório/Consulta Externa responsável hierárquica pelas consultas de enfermagem médico-cirúrgica/tratamentos, ortopedia/tratamentos e imuno-alergologia, e ao Enfermeiro Chefe do Serviço de Cirurgia, responsável pela consulta de enfermagem de estomaterapia, para desenvolver o projeto nos seus serviços.

No que diz respeito à utilização das escalas, apesar de ambas estarem traduzidas, validadas e em acesso aberto, foi estabelecido contato telefónico com o coautor da tradução e validação da Escala de Cuidados Individualizados, Professor Doutor António Amaral, que deu parecer favorável.

Para além da autorização formal obtida, foi efetuado um pedido de autorização ao enfermeiro responsável pela consulta, assim como a cada utente para a realização do processo observacional e aquando da entrega do questionário (direito à autodeterminação). Para a resposta ao questionário foi garantida a confidencialidade dos dados recolhidos (direito ao anonimato) através da nota introdutória do questionário (Apêndice VI), sendo o consentimento livre e esclarecido dos inquiridos obtido através da decisão de preenchimento do questionário.

CAPÍTULO 6. QUALIDADE PSICOMÉTRICA DA ESCALA DE CUIDADOS INDIVIDUALIZADOS (ADAPTADA)

Apresenta-se, de seguida, a avaliação das propriedades psicométricas da escala de Cuidados Individualizados (adaptada) que integra o questionário. Como já referenciado, a PGIC não carece desta avaliação, uma vez que é uma escala unidimensional com seleção de apenas um item de resposta.

Para a avaliação da qualidade psicométrica da escala foi utilizado o programa IBM® - *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) – versão 25.

A escala em análise apresenta duas partes distintas, pelo que a análise será realizada em primeira instância para a parte A e depois para a parte B.

6.1. AVALIAÇÃO DA QUALIDADE PSICOMÉTRICA DA PARTE A

O valor do teste de *Bartlett* (χ^2 (105) 1546,212, $p < 0,001$) revela que as variáveis estão significativamente correlacionadas. O valor obtido do KMO da parte A do questionário foi de 0,892, o que permitiu a aferência de que a correlação entre as variáveis era “boa” (Tabela 9).

Tabela 9 - KMO e o teste de esfericidade de Bartlett para a Escala de Cuidados Individualizados (adaptada) - parte A

Medida <i>Kaiser-Meyer-Olkin</i> de adequação de amostragem	0,892	
Teste de esfericidade de <i>Bartlett</i>	Aprox. Qui-quadrado	1546,212
	gl	105
	Sig.	<0,001

Fonte – Folha de cálculo do programa SPSS.

A análise fatorial exploratória desenvolve-se agora com a aplicação da análise de componentes principais com a rotação *Varimax* com normalização de Kaiser para a extração livre de fatores. Numa primeira análise verificou-se que foram encontrados, à semelhança dos autores da validação da escala, três fatores. Todavia, numa análise mais detalhada averiguou-se que os itens A06 (Têm-se esforçado para compreender de que forma é que a doença me tem afetado.) e A07 (Têm falado comigo sobre o significado que a doença tem para mim.) apresentavam peso fatorial superior numa dimensão que não era a referida na bibliografia: dimensão – situação clínica (Anexo II), pelo que foram suprimidos no processo de análise

seguinte. Constatou-se, ainda, que os itens identificados com A05, A13 e A14 apresentavam valores em dois fatores. Contudo como o valor superior de cada item se encontrava dentro do fator definido na bibliografia continuou-se a considerá-los na análise subsequente.

Com a supressão dos itens A06 e A07, dos resultados alcançados derivaram três fatores, que permitem a explicação de 68,732% da variância total (Anexo III).

Face ao achado sobre a estrutura fatorial foi necessário proceder novamente ao teste de *Bartlett*, com a retirada dos itens referidos, (χ^2 (78) 1237,541, $p < 0,001$) que revelou que as variáveis se mantiveram significativamente correlacionadas entre si. O valor obtido do KMO foi de 0,887, o que permitiu a aferência de que a correlação entre as variáveis se conserva com a classificação “boa” (Tabela 10).

Tabela 10 - KMO e o teste de esfericidade de Bartlett para a Escala de Cuidados Individualizados (adaptada) - parte A

Medida <i>Kaiser-Meyer-Olkin</i> de adequação de amostragem	0,887	
Teste de esfericidade de <i>Bartlett</i>	Aprox. Qui-quadrado	1237,541
	gl	78
	Sig.	<0,001

Fonte – Folha de cálculo do programa SPSS.

A avaliação do *Alpha* de *Cronbach* para os itens restantes em avaliação da parte A da escala apresenta um valor calculado de 0,904 (Tabela 11), o que traduz uma consistência interna “muito boa”.

Tabela 11 - Teste de *Alpha* de *Cronbach* - parte A

<i>Alpha</i> de <i>Cronbach</i>	N.º itens
0,904	13

Fonte – Folha de cálculo do programa SPSS.

Numa análise comparativa com os dados obtidos no processo de validação da escala para a população portuguesa da parte A da escala verificou-se que o valor do teste de *Bartlett* apresentava um *p-value* inferior a 0,001 que é igual ao encontrado no presente estudo. No que concerne ao KMO, Amaral et al. (2014) apresentaram um valor de 0,934 superior ao do projeto que se cifra em 0,887. A taxa de variância total encontrada pelos autores é de 64,4% com três fatores embora salientem que nem todos os itens extraídos por fatores

correspondam na íntegra ao encontrado na versão original da escala. No presente trabalho a variância total explicada com os três fatores e supressão de dois itens é de 68,732%, valor superior ao apresentado por Amaral et al. (2014), o que também acontece no valor do *Alpha* de Cronbach.

6.2. AVALIAÇÃO DA QUALIDADE PSICOMÉTRICA DA PARTE B

Na parte B da escala de Cuidados Individualizados, o teste de *Bartlett* (χ^2 (105) 1864,861, p 0,000) permitiu observar a existência de uma correlação entre variáveis, tendo essa correlação sido considerada “excelente” através do KMO com um valor de 0,918 (Tabela 12).

Tabela 12 - KMO e o teste de esfericidade de Bartlett para a Escala de Cuidados Individualizados (adaptada) – parte B

Medida <i>Kaiser-Meyer-Olkin</i> de adequação de amostragem	0,918	
Teste de esfericidade de <i>Bartlett</i>	Aprox. Qui-quadrado	1864,861
	gl	105
	Sig.	0,000

Fonte – Folha de cálculo do programa SPSS.

A análise fatorial exploratória através da análise de componentes principais com a rotação *Varimax* para extração livre de fatores veio revelar que na parte B só surgiam dois fatores (Anexo IV), pelo que se procedeu a uma nova extração de fatores agora com a enumeração dos três fatores evidenciados pela bibliografia. Após este novo processo de cálculo verificou-se que eram vários os itens que apresentavam valores fatoriais na matriz de componente rotativa em mais do que um fator ou apresentavam um peso fatorial abaixo de 0,495 (Anexo V). Suprimiram-se por esses motivos seis itens:

- B03: “Tenho assumido a responsabilidade pelos meus cuidados dentro das minhas capacidades) da dimensão” – fator “situação clínica”;
- B08: “As minhas atividades diárias (ex: trabalho, atividades de lazer) têm sido tidas em conta nos meus cuidados” – fator “situação da vida pessoal”;
- B09: “Os meus hábitos diários têm sido tidos em conta durante os tratamentos” - fator “situação da vida pessoal”;

- B13: “Os desejos que tenho expressado têm sido tidos em conta nos meus cuidados”
– fator “controlo sobre decisões relacionadas com os cuidados”;
- B14: “Tenho participado na tomada de decisões relativas aos meus cuidados” - fator
“controlo sobre decisões relacionadas com os cuidados”;
- B15: As opiniões que tenho expressado têm sido tidas em conta nos meus cuidados -
fator “controlo sobre decisões relacionadas com os cuidados”.

Após a supressão destes itens procedeu-se a nova análise mantendo-se os 3 fatores, sendo a variância total explicada de 78,580% (Anexo VI).

Após este novo processo de análise repetiu-se o teste de esfericidade de *Bartlett* (χ^2 (36) 949,776, $p < 0,001$) observando-se que manteve-se uma correlação entre variáveis, com um valor de KMO que evidencia que a correlação entre variáveis é “excelente” (0,901) (Tabela 13).

Tabela 13 - KMO e o teste de esfericidade de Bartlett para a Escala de Cuidados Individualizados (adaptada) – parte B

Medida <i>Kaiser-Meyer-Olkin</i> de adequação de amostragem		0,901
Teste de esfericidade de <i>Bartlett</i>	Aprox. Qui-quadrado	949,776
	gl	36
	Sig.	<0,001

Fonte – Folha de cálculo do programa SPSS.

O cálculo do *Alpha* de *Cronbach* para os itens em estudo na avaliação da parte B da escala é de 0,901, o que traduz uma consistência interna “muito boa” (Tabela 14).

Tabela 14 - Teste de *Alpha* de *Cronbach* - parte B

<i>Alpha</i> de <i>Cronbach</i>	N.º itens
0,901	9

Fonte – Folha de cálculo do programa SPSS.

Num contraponto entre os valores encontrados no estudo e os referenciados por Amaral et al. (2014) constata-se que no que concerne ao KMO, o valor encontrado pelos autores foi de 0,916 e no presente estudo de 0,901. Já na análise fatorial também na parte B da escala, não foi encontrada uma total correspondência entre os itens e os três fatores encontrados face à versão original da escala, evidenciando uma variância total explicada de 64,1%. No projeto em

causa, e uma vez que também não foi encontrada uma equivalência como *à priori* se esperaria, optou-se pela retirada de itens que apresentavam fator fatorial inferior a 0,495 obtendo-se dessa forma uma variância total explicada de 78,580%, com um *Alpha* de Cronbach global de 0,901 na parte B. Também no trabalho de Amaral et al. (2014) o *Alpha* de Cronbach na parte B da escala foi inferior ao da parte A.

6.3. ANÁLISE DA NORMALIDADE

Na aferência da normalidade dos itens que compõem a Escala de Cuidados Individualizados através da utilização do teste de K-S com correlação de significância de Lilliefors é possível aferir que a significância é inferior a 0,001 (Tabela 15) para todos os itens, pelo que se rejeita a hipótese nula (H0). Com a rejeição da H0 considera-se que a distribuição das variáveis não é do tipo normal (Marôco, 2018), pelo que procedeu-se à utilização de testes não paramétricos.

Tabela 15 - Teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov

	Kolmogorov-Smirnov ^a		
	Statistic	df	Sig.
CI_escala A	.131	167	<.001
CI_escala B	.186	167	<.001
PGIC	.236	167	<.001

^a. Lilliefors Significance Correction

Legenda – CI_escala A: Escala de Cuidados Individualizados: parte A; CI_escala B: Escala de Cuidados Individualizados: parte B.

Fonte – Folha de cálculo do programa SPSS.

CAPÍTULO 7. APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

Neste capítulo, serão apresentados os dados resultantes da fase I do projeto que consiste no processo de mensuração dos procedimentos das consultas de enfermagem médico-cirúrgica/tratamentos, consultas de enfermagem de ortopedia/tratamentos, consultas de enfermagem de estomaterapia e consultas de enfermagem de imuno-alergologia no CHO – CR com vista à criação de *standards* de mensuração e os da fase II com os resultados dos questionários aplicados aos utentes das referidas consultas.

7.1. FASE I - MAPEAMENTO DAS CONSULTAS DE ENFERMAGEM

No processo de mapeamento das consultas de enfermagem na primeira etapa do processo é solicitado a “seleção da condição médica”. Nesse ponto e de forma transversal a todas as consultas, os diagnósticos de enfermagem apresentados são os presentes na plataforma de documentação clínica informática existente no CHO que é o SClínico versão 2.6, propriedade dos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde.

7.1.1. Mapeamento da Consulta de Enfermagem Médico-cirúrgica/tratamentos

O mapeamento da consulta de enfermagem médico-cirúrgica/tratamentos iniciou-se com o estabelecimento de um plano de atuação com base na metodologia TDABC com 7 etapas distintas.

A **primeira etapa, “Selecionar a condição médica”**, é realizada pela especificidade da consulta, sendo no contexto particular selecionados utentes com os focos de atenção de enfermagem “Ferida”, “Ferida Cirúrgica”, “Ferida Traumática”, “Queimadura”, “Úlcera”, “Úlcera Diabética”, “Úlcera de Pressão” e “Úlcera Venosa”, uma vez que todos os que frequentam as consultas apresentam uma ou mais feridas/úlceras/queimadura cujo objetivo final é a cicatrização. Foram ainda considerados todos os diagnósticos decorrentes dos focos atrás referenciados no que concerne à aquisição de conhecimento e/ou capacidade (Tabela 16).

Tabela 16 - Diagnósticos considerados na definição da condição médica da consulta de enfermagem médico-cirúrgica/tratamentos

FOCO	DEFINIÇÃO	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM
Ferida	Lesão do tecido usualmente associada a agressão física ou mecânica, onde os estádios são graduados de acordo com a gravidade.	Ferida
		Potencial para melhorar o conhecimento sobre a ferida
		Conhecimento sobre a ferida
		Potencial para melhorar o conhecimento do prestador de cuidados sobre ferida
Ferida Cirúrgica	Corte de tecido realizado por um instrumento cirúrgico cortante, de forma a criar uma abertura num espaço do corpo ou órgão, produzindo drenagem de soro e sangue, sem demonstrar sinais de infeção ou pus.	Conhecimento do prestador de cuidados sobre ferida
		Ferida Cirúrgica
		Potencial para melhorar o conhecimento sobre prevenção de complicações da ferida cirúrgica
		Conhecimento sobre prevenção de complicações da ferida cirúrgica
Ferida Traumática	Solução de continuidade inesperada de tecido na superfície do corpo associada a lesão mecânica (agressão ou acidente), associada a tecido pouco limpo, sujo ou infetado.	Potencial para melhorar o conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção de complicações
		Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção de complicações
		Ferida Traumática
		Potencial para melhorar o conhecimento sobre a ferida traumática
Queimadura	Rotura e perda da camada exterior do tecido da superfície do corpo ou das camadas mais profundas, devida a lesões pelo calor resultantes de exposição a agentes térmicos, químicos,	Conhecimento sobre a ferida traumática
		Potencial para melhorar o conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção de complicações
		Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção de complicações
		Queimadura de 1º grau
		Queimadura de 2º grau superficial
		Queimadura de 2º grau profunda
		Queimadura 3º grau

	<p>elétricos ou radioativos. Os estádios são graduados de acordo com a gravidade, desde a lesão superficial com a pele afetada e vermelha e dor da ferida devido à afeção das terminações nervosas superficiais (1º grau) a profunda lesão do tecido, pele vermelha ou branca com bolhas ou vesículas e dor na ferida (2º grau) e, finalmente, à destruição do tecido com pele castanha, branca ou preta, perda de sensação e de dor, devido a lesões dos nervos (3º grau).</p>	<p>Potencial para melhorar o conhecimento sobre queimadura</p> <p>Conhecimento sobre queimadura</p> <p>Potencial para melhorar o conhecimento do prestador de cuidados sobre queimadura</p> <p>Conhecimento do prestador de cuidados sobre queimadura</p>
<p>Úlcera</p>	<p>Ferida ou lesão aberta, lesão circunscrita semelhante a uma cratera, tecido de granulação vermelho, necrose do tecido celular subcutâneo, odor, área dolorosa peri-lesional, dor, tecido inflamatório e necrótico, associada a processo inflamatório ou maligno.</p>	<p>Úlcera</p> <p>Potencial para melhorar o conhecimento sobre prevenção de úlcera</p> <p>Conhecimento sobre prevenção de úlcera</p>
<p>Úlcera Diabética</p>	<p>Ferida ou lesão aberta, lesão circunscrita semelhante a uma cratera, tecido de granulação vermelho, necrose do tecido celular subcutâneo, odor, área dolorosa peri-lesional, dor, tecido inflamatório e necrótico, associada a processo inflamatório ou maligno em utente diabético.</p>	<p>Úlcera Diabética</p> <p>Potencial para melhorar o conhecimento sobre prevenção de úlcera de pé diabético</p> <p>Conhecimento sobre prevenção de úlcera de pé diabético</p> <p>Potencial para melhorar o conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção de úlcera diabética</p> <p>Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção de úlcera diabética</p>
<p>Úlcera de Pressão</p>	<p>Inflamação ou ferida sobre as proeminências ósseas devido a compressão e fricção da pele entre o osso e a superfície, categorizada em estádios:</p> <ul style="list-style-type: none"> -grau 1: lesão superficial; -grau 2: solução de continuidade superficial ou flictena; -grau 3 – solução de continuidade com perda de espessura e drenagem sanguinolenta; -grau 4 – lesão com exposição da fáscia e do tecido conjuntivo, músculo ou osso. 	<p>Úlcera de Pressão</p> <p>Potencial para melhorar o conhecimento sobre prevenção de úlcera de pressão</p> <p>Conhecimento sobre prevenção de úlcera de pressão</p> <p>Potencial para melhorar o conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção de úlcera de pressão</p> <p>Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção de úlcera de pressão</p>

Úlcera Venosa	Lesão circunscrita semelhante a cratera, acima do maléolo da perna, edema em torno da ferida, pele seca em volta da ferida com descamação acastanhada, atrofia da pele, exantema, dor na ferida, associada a insuficiência venosa crónica.	Úlcera Venosa
		Potencial para melhorar o conhecimento sobre prevenção de úlcera venosa
		Conhecimento sobre prevenção de úlcera venosa
		Potencial para melhorar o conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção de úlcera venosa
		Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção de úlcera venosa

Fonte – Adaptado do processo de enfermagem disponível na plataforma de documentação clínica informática SClínico versão 2.6.

Assim sendo, à Consulta de enfermagem Médico-cirúrgica/tratamentos advém utentes com patologia médica, da qual resultaram feridas/úlceras/queimaduras que necessitam de tratamento, ou utentes com proveniência cirúrgica da qual decorrem, também, feridas/úlceras/queimaduras. Por conseguinte, nesta consulta serão considerados dois grupos de utentes para a definição dos tempos associados aos procedimentos: utente médico e utente cirúrgico.

Na conceção da **segunda etapa**, “**Definir a cadeia de valor da prestação de cuidados**”, foi delineado a mais-valia decorrente da existência da consulta de enfermagem médico-cirúrgica/tratamentos, definindo-se para o efeito 4 etapas na cadeia: Avaliação/Diagnóstico, Intervenção/Recuperação, Capacitação e Alta (Figura 5).

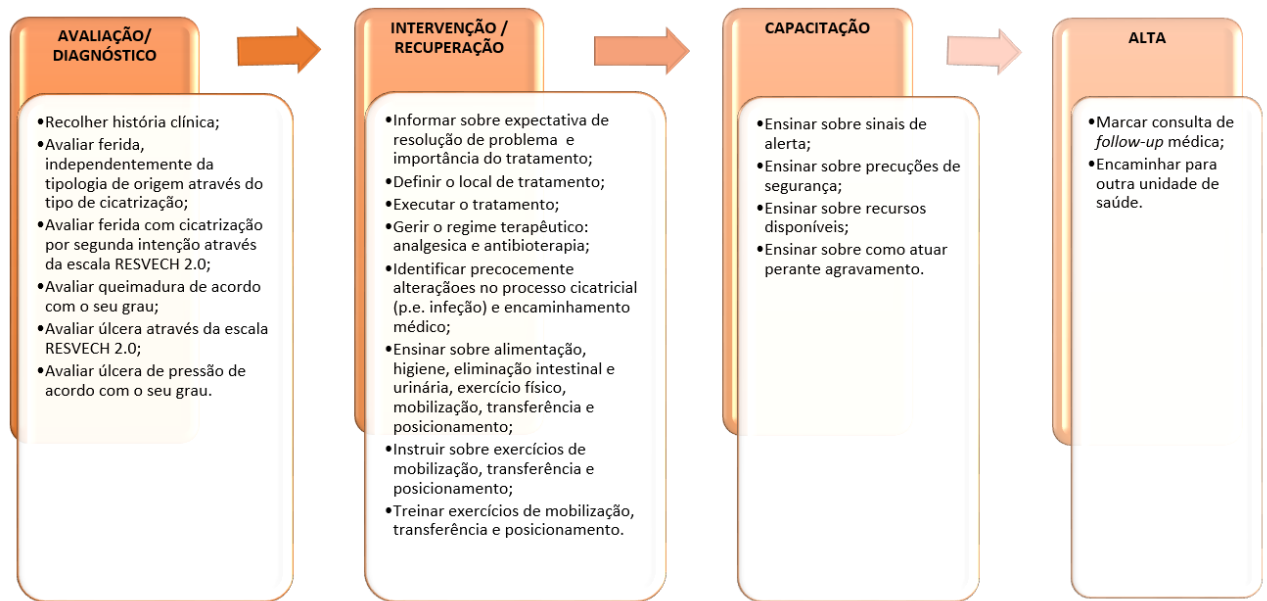


Figura 5 - Cadeia de Valor da consulta de enfermagem médico-cirúrgica/tratamentos

Fonte – Elaboração própria.

Na **terceira etapa**, “Desenvolver mapas de processo para cada atividade da prestação de cuidados”, procedeu-se à construção de uma grelha de observação (Apêndice II) que permitiu uma observação sustentada dos procedimentos associados à consulta. Foram definidas as fases do ciclo, os processos inerentes e a tipologia e quantidade dos recursos humanos necessários (Tabela 17).

Tabela 17 - Processo e Recursos Humanos envolvidos na consulta de enfermagem médico-cirúrgica/tratamentos

FASE DO CICLO	PROCESSO	RECURSO HUMANO (TIPO)	RECURSO HUMANO (QUANTIDADE)
Fornecimento de material clínico	Gestão de stock de material de consumo clínico da Consulta de Enfermagem Médico-cirúrgica/tratamentos por níveis (contagem e entrega);	Assistente Operacional	1
	Confirmação do material de consumo clínico.	Enfermeiro	1
	Arrumo do material de consumo clínico.	Assistente Operacional	1
Fornecimento de material farmacológico	Gestão de stock de material de farmacológico da Consulta de Enfermagem Médico-cirúrgica/tratamentos por níveis (contagem);	Enfermeiro	1
	Entrega do material farmacológico;	Assistente Operacional	1
	Confirmação e arrumo do material farmacológico.	Enfermeiro	1
Admissão do cliente na Consulta Externa	Processo administrativo de entrada (inclui pagamento de taxa moderadora, se aplicável).	Assistente administrativo	1
Preparação do gabinete de consulta (higienização)	Limpeza do espaço físico:		
	- Higienização da mesa de trabalho e da marquesa;	Assistente Operacional	1
	- Recolha de lixos; - Chão.	Funcionária de limpeza	1
Consulta de enfermagem	Consultar o processo clínico;	Enfermeiro	1
	Chamada do utente / Colocação do Equipamento de Proteção Individual;		
	Realizar a confirmação positiva do utente / diagnóstico;		
	Proceder à apresentação do enfermeiro;		
	Ensinar/Instruir sobre o despir;		
	Ensinar/Instruir sobre o posicionamento;		
	Procedimento do despir por parte do utente;		
	Assistir no despir ou despir;		
	Procedimento do posicionamento pelo utente;		
	Assistir no posicionamento ou posicionar/ Assistir na transferência ou transferir;		
	Preparar o material para procedimento;		
	Avaliar a "ferida..."/"úlceras..." / "queimadura...";		
	Solicitar observação médica;		
	Colaborar na observação médica;		
	Executar o tratamento;		
	Ensinar / Instruir / Treinar;		
	Procedimento do vestir por parte do utente;		
	Assistir no vestir ou vestir;		
	Assistir no levantar/ Assistir no posicionamento ou posicionar/ Assistir na transferência ou transferir;		
	Calendarizar a próxima consulta;		
Esclarecer sobre o próximo tratamento;			
Documentação de cuidados (inclui nota de alta ou transferência, se aplicável).			
Preparação do gabinete de consulta (higienização)	Limpeza do espaço físico:		
	- Higienização da mesa de trabalho e da marquesa;	Assistente Operacional	1
	- Recolha de lixos; - Chão.	Funcionária de limpeza	1
Agendamento administrativo de transporte (se aplicável)	Marcação de transporte.	Assistente administrativo	1

Fonte – Elaboração própria.

Na **quarta etapa**, **“Obter o tempo despendido em cada atividade”** procedeu-se ao mapeamento de 38 Consultas de enfermagem Médico-cirúrgica/tratamentos com o intuito de avaliar o tempo despendido em cada procedimento efetuado pelo enfermeiro durante a consulta.

Após a compilação dos dados realizou-se uma média aritmética para cada ação, realizando-se a separação entre os utentes com patologia de origem cirúrgica e com patologia com origem médica, por se ter constatado uma diferença entre os valores associados ao procedimento de tratamento. A Figura 6 apresenta os valores obtidos inseridos no fluxograma da consulta de enfermagem médico-cirúrgica/tratamentos para os utentes oriundos da área cirúrgica e a Figura 7 os referentes ao utente proveniente da área médica.

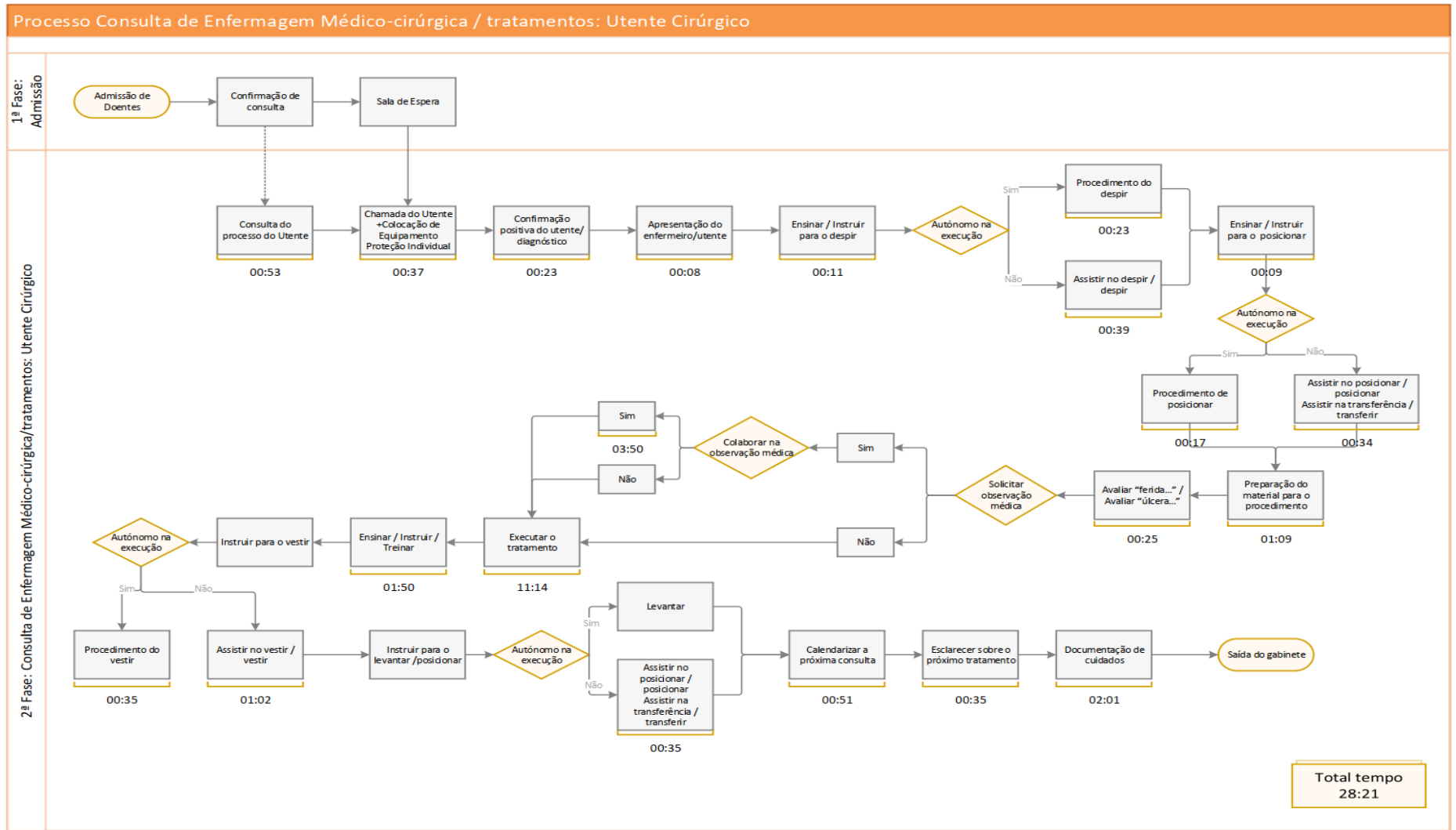


Figura 6 - Processo da consulta de enfermagem médico-cirúrgica/tratamentos – Utente cirúrgico

Fonte – Elaboração própria.

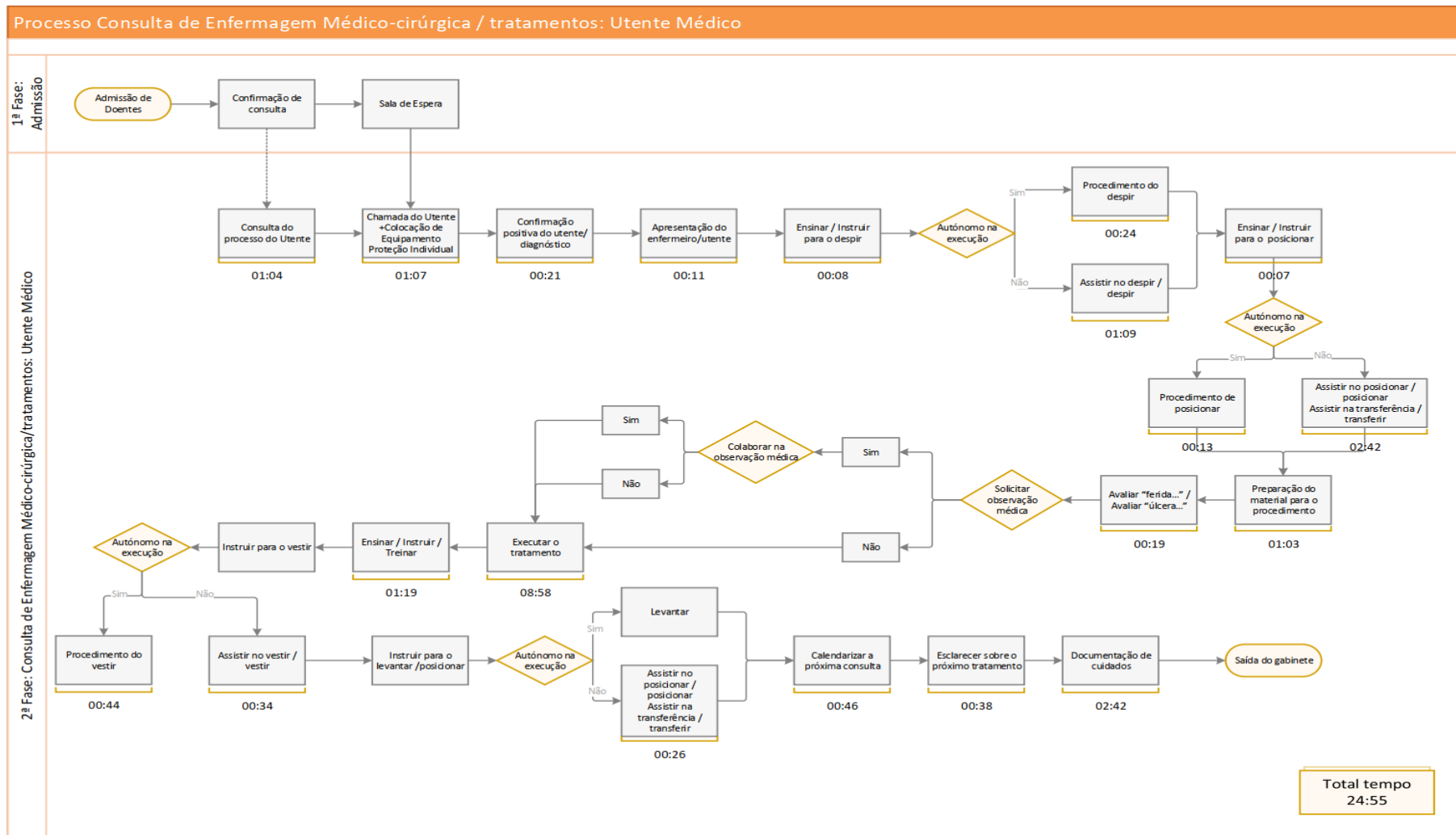


Figura 7 - Processo da consulta de enfermagem médico-cirúrgica/tratamentos – Utente médico

Fonte – Elaboração própria.

Para realização da **quinta etapa**, “**Estimar o custo de cada recurso no processo**” solicitou-se ao Serviço de Recursos Humanos do CHO o valor do salário médio/ilíquido mensal do enfermeiro a exercer funções na Consulta Externa da Unidade de Caldas da Rainha, tendo sido obtido o valor de 1778,04€ ilíquidos/mensal, o que perfaz um total anual ilíquido de 24.892,56€ (12 meses de salário + 1 mês de subsídio de férias + 1 mês de subsídio de Natal).

Na **sexta etapa**, “**Estimar a capacidade de cada recurso e calcular a taxa de custo da capacidade**”, procurou-se em primeira instância o cálculo da capacidade prática do recurso, utilizando-se para o efeito a fórmula descrita em baixo.

Eq. 1

$\text{Capacidade prática do recurso por mês} = \frac{\text{total de dias trabalho/ano} \times (\text{n.º horas disponível trabalho} - \text{n.º horas trabalho não relacionado utente})}{12}$
--

Fonte - Kaplan & Porter (2011).

Os valores definidos para o cálculo apresentam-se na Tabela 18 assim como o cálculo da capacidade prática do recurso por mês, que no caso em particular do enfermeiro do Serviço de Consulta Externa do CHO-CR cifra-se nas 111,46h/mês.

Tabela 18 - Cálculo da Capacidade Prática do Enfermeiro/mês da Consulta Externa do CHO-CR

DESCRITIVO	DIAS	HORAS
Total de dias úteis ano 2021	253	
Média de dias de férias dos enfermeiros da Consulta Externa CHO-CR	24	
Total de dias para formação	15*	
Total de dias para trabalho com o utente	214	
N.º de horas de trabalho diário (jornada continua)		7
N.º de horas de pausa diária		0,75**
N.º efetivo de horas de trabalho diário		6,25
Capacidade Prática do Enfermeiro/Mês	214/12 x 6,25 = 111,46h	

*Decreto-Lei n.º71/2019; **Decreto-Lei n.º437/91, Decreto-Lei n.º412/98

Fonte – Elaboração própria

De seguida, apresentam-se os cálculos para definir a **Taxa de Custo da Capacidade**, sendo que esta taxa resulta da divisão do valor calculado na etapa 5 (24.892,56€/ano) pelo valor da capacidade prática do Enfermeiro/mês multiplicada pelos 12 meses do ano (Kaplan & Porter, 2011), cujo resultado é 18,61€/h, o que equivale a 0,31€/min..

Taxa de Custo da Capacidade do Enfermeiro/min. da Consulta Externa do CHO-CR	$24.892,56 / (111,46 \times 12) =$ 18,61€/h --> 0,31€/min
---	--

A sétima etapa, “**Calcular o custo total dos cuidados ao utente**”, consiste no cálculo do custo do trabalho do enfermeiro na consulta de enfermagem médico-cirúrgica/tratamentos. Para o efeito, efetua-se a multiplicação do tempo despendido em cada procedimento inserido na consulta pelo valor/minuto do enfermeiro calculado na etapa 6. Por fim, realiza-se o somatório, para que dessa forma seja possível a obtenção do valor do trabalho desenvolvido pelo enfermeiro.

Por conseguinte, verifica-se que os dois grupos de utentes para além de terem tipologia de feridas com origem distinta têm, também, tempos de consulta distintos. Assim sendo, em média o utente cirúrgico teve uma consulta de enfermagem médico-cirúrgica/tratamentos de 28 minutos 21segundos e o utente com tipologia médica de 24 minutos 55 segundos. Este facto leva a que o valor estimado para o trabalho desenvolvido pelo enfermeiro seja na consulta de enfermagem médico-cirúrgica/tratamentos do utente cirúrgico de 8,79€ e no utente médico de 7,72€ (Tabela 19).

Tabela 19 - Cálculo do valor médio do trabalho desenvolvido pelo Enfermeiro na consulta de enfermagem médico-cirúrgica/tratamentos de acordo com o Utente cirúrgico e Utente médico

PROCEDIMENTOS DA CONSULTA DE ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA/TRATAMENTOS	UTENTE CIRÚRGICO		UTENTE MÉDICO	
	Tempo	Custo trabalho Enf. (€)	Tempo	Custo trabalho Enf. (€)
Consultar o processo clínico;	00:00:53	0,27	00:01:04	0,33
Chamada do utente / Colocação do Equipamento de Proteção Individual;	00:00:37	0,19	00:01:07	0,35
Realizar a confirmação positiva do utente / diagnóstico;	00:00:23	0,12	00:00:21	0,11
Proceder à apresentação do enfermeiro;	00:00:08	0,04	00:00:11	0,06
Ensinar/Instruir sobre o despir;	00:00:11	0,06	00:00:08	0,04
Ensinar/Instruir sobre o posicionamento;	00:00:09	0,05	00:00:07	0,04
Procedimento do despir por parte do utente;	00:00:23	0,12	00:00:24	0,12
Assistir no despir ou despir;	00:00:39	0,20	00:01:09	0,36
Procedimento do posicionamento pelo utente;	00:00:17	0,09	00:00:13	0,07
Assistir no posicionamento ou posicionar/ Assistir na transferência ou transferir;	00:00:34	0,18	00:02:42	0,84
Preparar o material para procedimento;	00:01:09	0,36	00:01:03	0,33
Avaliar a “ferida...”/“úlcer...”/“queimadura...”;	00:00:25	0,13	00:00:19	0,10
Solicitar observação médica;	-	-	-	-
Colaborar na observação médica;	00:03:50	1,19	-	-
Executar o tratamento;	00:11:14	3,48	00:08:58	2,78
Ensinar / Instruir / Treinar;	00:01:50	0,57	00:01:19	0,41
Procedimento do vestir por parte do utente;	00:00:35	0,18	00:00:44	0,23
Assistir no vestir ou vestir;	00:01:02	0,32	00:00:34	0,18
Assistir no levantar / Assistir no posicionamento ou posicionar/ Assistir na transferência ou transferir;	00:00:35	0,18	00:00:26	0,13
Calendarizar a próxima consulta;	00:00:51	0,26	00:00:46	0,24
Esclarecer sobre o próximo tratamento;	00:00:35	0,18	00:00:38	0,20
Documentação de cuidados (incluí nota de alta ou transferência, se aplicável).	00:02:01	0,63	00:02:42	0,84
Totais	00:28:21	8,79	00:24:55	7,72

Fonte – Elaboração própria.

7.1.2. Mapeamento da Consulta de Enfermagem Ortopedia/tratamentos

Para o mapeamento da consulta de enfermagem ortopedia/tratamentos seguiu-se o plano de atuação tendo como estrutura de fundo o método TDABC de 7 etapas.

A **primeira etapa, “Selecionar a condição médica”,** é desde logo realizada de acordo com a particularidade da consulta, uma vez que os utentes que chegam a esta consulta decorrem, essencialmente, dum procedimento cirúrgico do qual resultam feridas. Assim foram selecionados utentes que possuíssem no seu processo de enfermagem diagnósticos de “Ferida”, “Ferida cirúrgica”, “Ferida Traumática” e “Úlcera de pressão”, pois o objetivo final a considerar é a cicatrização. São ainda considerados os diagnósticos de enfermagem decorrentes deste foco de atenção como visível na Tabela 20.

Tabela 20 - Diagnósticos considerados na definição da condição médica da consulta de enfermagem ortopedia/tratamentos

FOCO	DEFINIÇÃO	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM
Ferida	Lesão do tecido usualmente associada a agressão física ou mecânica, onde os estádios são graduados de acordo com a gravidade.	Ferida
		Potencial para melhorar o conhecimento sobre a ferida
		Conhecimento sobre a ferida
		Potencial para melhorar o conhecimento do prestador de cuidados sobre ferida
		Conhecimento do prestador de cuidados sobre ferida
Ferida Cirúrgica	Corte de tecido realizado por um instrumento cirúrgico cortante, de forma a criar uma abertura num espaço do corpo ou órgão, produzindo drenagem de soro e sangue, sem demonstrar sinais de infeção ou pus.	Ferida Cirúrgica
		Potencial para melhorar o conhecimento sobre prevenção de complicações da ferida cirúrgica
		Conhecimento sobre prevenção de complicações da ferida cirúrgica
		Potencial para melhorar o conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção de complicações
		Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção de complicações
Ferida Traumática	Solução de continuidade inesperada de tecido na superfície do corpo associada a lesão mecânica	Ferida Traumática
		Potencial para melhorar o conhecimento sobre a ferida traumática

	(agressão ou acidente), associada a tecido pouco limpo, sujo ou infectado.	<p>Conhecimento sobre a ferida traumática</p> <p>Potencial para melhorar o conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção de complicações</p> <p>Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção de complicações</p>
Úlcera de Pressão	<p>Inflamação ou ferida sobre as proeminências ósseas devido a compressão e fricção da pele entre o osso e a superfície, categorizada em estádios:</p> <p>-grau 1: lesão superficial;</p> <p>-grau 2: solução de continuidade superficial ou flictena;</p> <p>-grau 3 – solução de continuidade com perda de espessura e drenagem sanguinolenta;</p> <p>-grau 4 – lesão com exposição da fáscia e do tecido conjuntivo, músculo ou osso.</p>	<p>Úlcera de Pressão</p> <p>Potencial para melhorar o conhecimento sobre prevenção de úlcera de pressão</p> <p>Conhecimento sobre prevenção de úlcera de pressão</p> <p>Potencial para melhorar o conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção de úlcera de pressão</p> <p>Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção de úlcera de pressão</p>

Fonte – Adaptado do processo de enfermagem disponível na plataforma de documentação clínica informática SClínico versão 2.6.

Na execução da **segunda etapa, “Definir a cadeia de valor da prestação de cuidados”**, foram considerados os benefícios decorrentes da existência da consulta de enfermagem ortopedia/tratamentos, definindo-se para o efeito 4 etapas na cadeia: Avaliação/Diagnóstico, Intervenção/Recuperação, Capacitação e Alta (Figura 8).

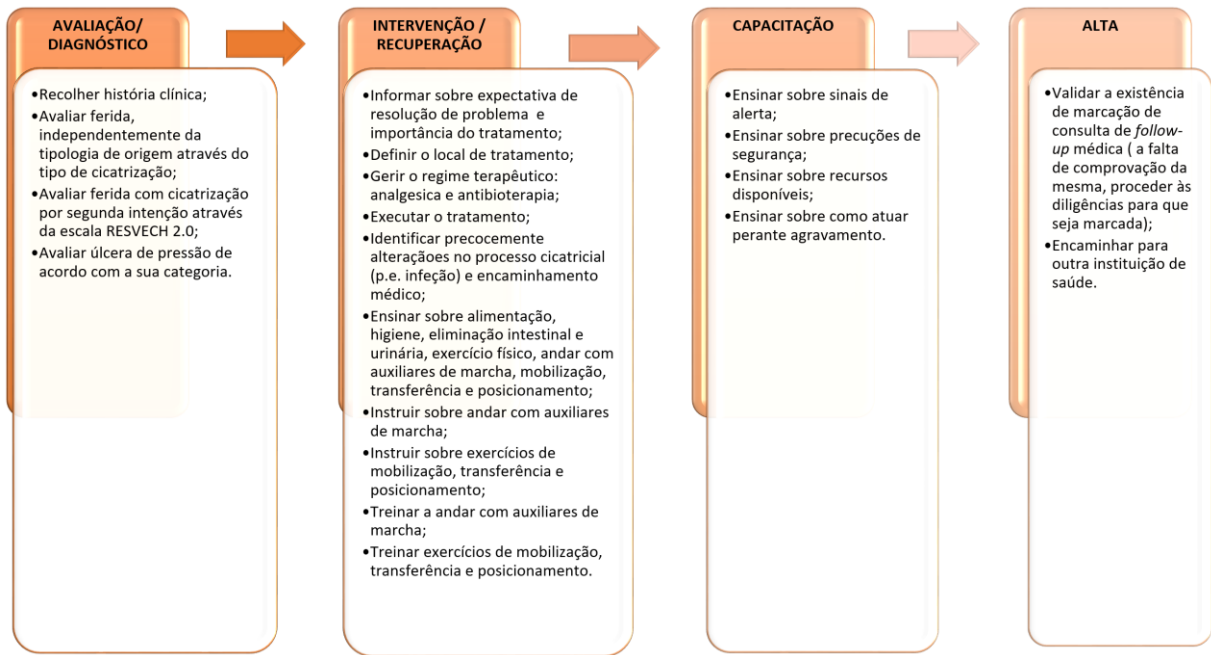


Figura 8 - Cadeia de Valor da consulta de enfermagem ortopedia/tratamentos

Fonte – Elaboração própria.

A terceira etapa, “Desenvolver mapas de processo para cada atividade da prestação de cuidados”, foi criada uma grelha de observação (Apêndice III) que sistematizou todos os procedimentos expectáveis de acontecer na consulta. Apresentam-se os mapas que elucidam a fase do ciclo, os processos, a tipologia de recurso humano e sua quantidade para a consulta de enfermagem ortopedia/tratamentos (Tabela 21).

Tabela 21 - Processo e Recursos Humanos envolvidos na consulta de enfermagem ortopedia/tratamentos

FASE DO CICLO	PROCESSO	RECURSO HUMANO (TIPO)	RECURSO HUMANO (QUANTIDADE)
Fornecimento de material clínico	Gestão de stock de material de consumo clínico da Consulta de Enfermagem Ortopedia/tratamentos por níveis (contagem e entrega);	Assistente Operacional	1
	Confirmação do material de consumo clínico.	Enfermeiro	1
	Arrumo do material de consumo clínico.	Assistente Operacional	1
Fornecimento de material farmacológico	Gestão de stock de material de farmacológico da Consulta de Enfermagem Ortopedia/tratamentos por níveis (contagem);	Enfermeiro	1
	Entrega do material farmacológico;	Assistente Operacional	1
	Confirmação e arrumo do material farmacológico.	Enfermeiro	1
Admissão do cliente na Consulta Externa	Processo administrativo de entrada (inclui pagamento de taxa moderadora, se aplicável).	Assistente administrativo	1
Preparação do gabinete de consulta (higienização)	Limpeza do espaço físico:		
	- Higienização da mesa de trabalho e da marquesa;	Assistente Operacional	1
	- Recolha de lixos; - Chão.	Funcionária de limpeza	1
Consulta de enfermagem	Consultar o processo clínico;		
	Chamada do utente / Colocação do Equipamento de Proteção Individual;		
	Realizar a confirmação positiva do utente / diagnóstico;		
	Proceder à apresentação do enfermeiro;		
	Ensinar/Instruir sobre o despir;		
	Ensinar/Instruir sobre o posicionamento;		
	Procedimento do despir por parte do utente;		
	Assistir no despir ou despir;		
	Procedimento do posicionamento pelo utente;		
	Assistir no posicionamento ou posicionar/ Assistir na transferência ou transferir;		
	Preparar o material para procedimento;		
	Avaliar a "ferida..." / "úlceras de pressão";	Enfermeiro	1
	Solicitar observação médica;		
	Colaborar na observação médica;		
	Executar o tratamento;		
	Ensinar / Instruir / Treinar;		
	Procedimento do vestir por parte do utente;		
Assistir no vestir ou vestir;			
Assistir no levantar / Assistir no posicionamento ou posicionar/ Assistir na transferência ou transferir;			
Calendarizar a próxima consulta;			
Esclarecer sobre o próximo tratamento;			
Documentação de cuidados (inclui nota de alta ou transferência, se aplicável).			
Preparação do gabinete de consulta (higienização)	Limpeza do espaço físico:		
	- Higienização da mesa de trabalho e da marquesa;	Assistente Operacional	1
	- Recolha de lixos; - Chão.	Funcionária de limpeza	1
Agendamento administrativo de transporte (se aplicável)	Marcação de transporte.	Assistente administrativo	1

Fonte – Elaboração própria.

Na quarta etapa, “Obter o tempo despendido em cada atividade” executou-se o mapeamento de 28 consultas de enfermagem ortopedia/tratamentos, com o objetivo de avaliar o tempo consumido em cada procedimento realizado pelo enfermeiro na consulta (Figura 9).

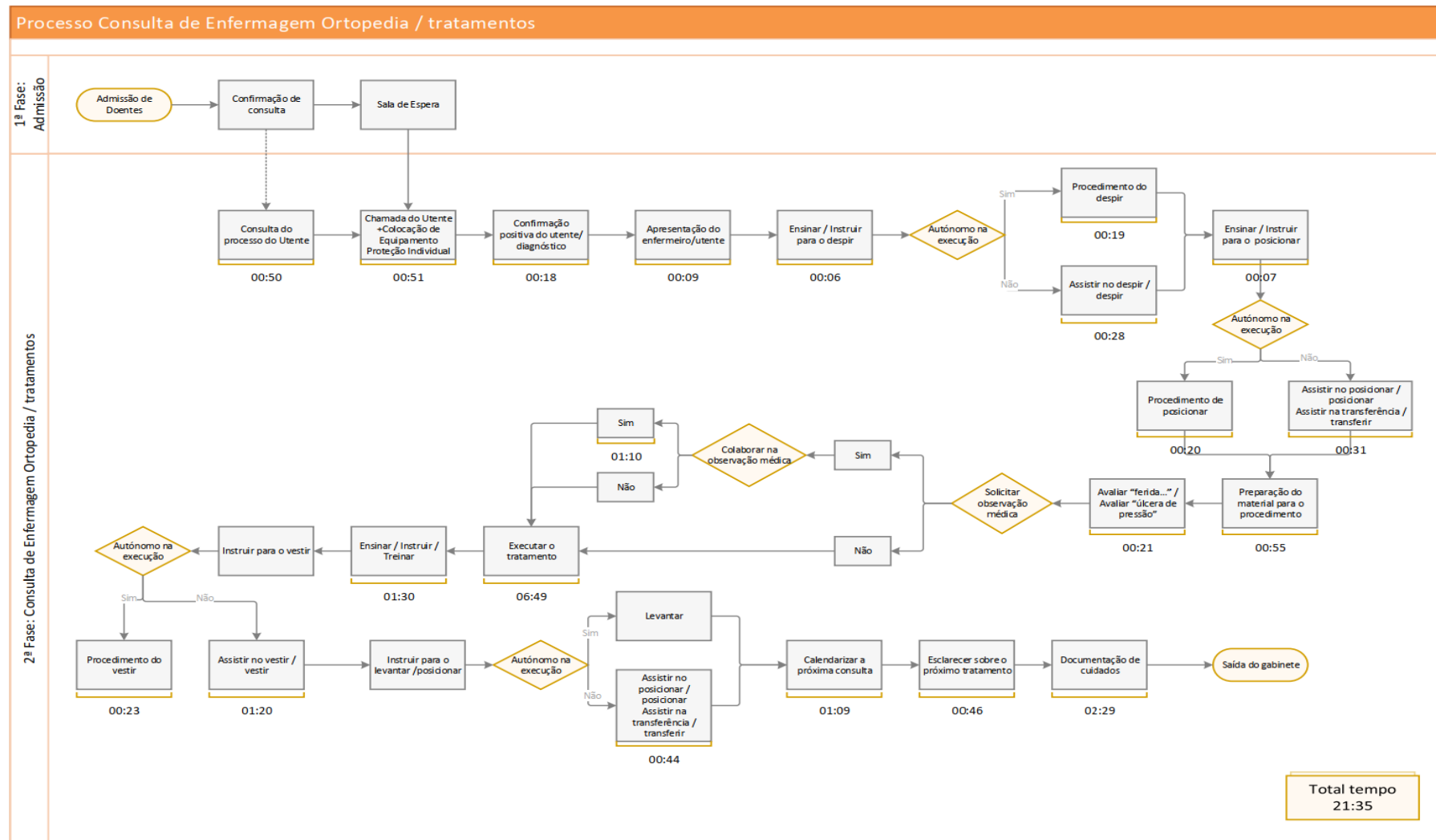


Figura 9 - Processo da consulta de enfermagem ortopedia/tratamentos

Fonte – Elaboração própria.

Após a coletânea de dados executou-se a média aritmética para cada ação, evidenciando-se os dados conseguidos através do fluxograma da consulta de enfermagem ortopedia/tratamentos.

Na **quinta etapa, “Estimar o custo de cada recurso no processo”** recorreu-se ao Serviço de Recursos Humanos do CHO para a obtenção do valor do salário médio líquido/mensal do enfermeiro a exercer funções na Consulta Externa da Unidade de Caldas da Rainha, tendo sido obtido o valor de 1778,04€ líquidos/mensal, o que perfaz um total anual líquido de 24.892,56€ (12 meses de salário + 1 mês de subsídio de férias + 1 mês de subsídio de Natal).

Na realização da **sexta etapa, “Estimar a capacidade de cada recurso e calcular a taxa de custo da capacidade”**, procedeu-se ao cálculo da capacidade prática do recurso, fazendo uso da fórmula descrita em baixo.

Eq. 1

$$\text{Capacidade prática do recurso por mês} = \frac{\text{total de dias trabalho/ano} \times (\text{n.º horas disponível trabalho} - \text{n.º horas trabalho não relacionado utente})}{12}$$

Fonte - Kaplan & Porter (2011).

Os valores utilizados para o cálculo encontram-se demonstrados na Tabela 22 tal como o cálculo da capacidade prática do recurso por mês, que na especificidade do enfermeiro do Serviço de Consulta Externa do CHO-CR é de 111,46h/mês.

Tabela 22 - Cálculo da Capacidade Prática do Enfermeiro/mês da Consulta Externa do CHO-CR

DESCRIPTIVO	DIAS	HORAS
Total de dias úteis ano 2021	253	
Média de dias de férias dos enfermeiros da Consulta Externa CHO-CR	24	
Total de dias para formação	15*	
Total de dias para trabalho com o utente	214	
N.º de horas de trabalho diário (jornada continua)		7
N.º de horas de pausa diária		0,75**
N.º efetivo de horas de trabalho diário		6,25
Capacidade Prática do Enfermeiro/Mês	214/12 x 6,25 = 111,46h	

*Decreto-Lei n.º71/2019; **Decreto-Lei n.º437/91, Decreto-Lei n.º412/98

Fonte – Elaboração própria

Para cálculo da **Taxa de Custo da Capacidade** utiliza-se a divisão do valor calculado na etapa 5 (24.892,56€/ano) pelo valor da capacidade prática do Enfermeiro/mês multiplicada pelos 12 meses do ano (Kaplan & Porter, 2011), cujo resultado é 18,61€/h, o que equivale a 0,31€/min..

Taxa de Custo da Capacidade do Enfermeiro/min. da Consulta Externa do CHO-CR	$24.892,56 / (111,46 \times 12) =$ 18,61€/h --> 0,31€/min
---	--

Na **sétima etapa**, “**Calcular o custo total dos cuidados ao utente**” calcula-se o custo do trabalho do enfermeiro na Consulta de enfermagem Ortopedia/tratamentos. Para o efeito, procede-se à multiplicação do tempo despendido em cada procedimento inserido na consulta pelo valor/minuto do enfermeiro calculado na etapa 6. Por fim, realiza-se a soma, para obter o valor do trabalho do enfermeiro nesta consulta. Constata-se que em média o utente teve uma consulta de enfermagem ortopedia/tratamentos de 21 minutos e 35 segundos, o que leva a um custo de 6,69€ (Tabela 23).

Tabela 23 - Cálculo do valor médio do trabalho desenvolvido pelo Enfermeiro na consulta de enfermagem ortopedia/tratamentos

PROCEDIMENTOS DA CONSULTA DE ENFERMAGEM ORTOPEDIA/TRATAMENTOS	TEMPO	CUSTO TRABALHO ENF. (€)
Consultar o processo clínico;	00:00:50	0,26
Chamada do utente / Colocação do Equipamento de Proteção Individual;	00:00:51	0,26
Realizar a confirmação positiva do utente / diagnóstico;	00:00:18	0,09
Proceder à apresentação do enfermeiro;	00:00:09	0,05
Ensinar/Instruir sobre o despir;	00:00:06	0,03
Ensinar/Instruir sobre o posicionamento;	00:00:07	0,04
Procedimento do despir por parte do utente;	00:00:19	0,10
Assistir no despir ou despir;	00:00:28	0,14
Procedimento do posicionamento pelo utente;	00:00:20	0,10
Assistir no posicionamento ou posicionar/ Assistir na transferência ou transferir;	00:00:31	0,16
Preparar o material para procedimento;	00:00:55	0,28
Avaliar a “ferida...”/“úlceras de pressão”;	00:00:21	0,11
Solicitar observação médica;	-	-
Colaborar na observação médica;	00:01:10	0,36
Executar o tratamento;	00:06:49	2,11
Ensinar / Instruir / Treinar;	00:01:30	0,47
Procedimento do vestir por parte do utente;	00:00:23	0,12
Assistir no vestir ou vestir;	00:01:20	0,41
Assistir no posicionamento ou posicionar/ Assistir na transferência ou transferir;	00:00:44	0,23
Calendarizar a próxima consulta;	00:01:09	0,36
Esclarecer sobre o próximo tratamento;	00:00:46	0,24
Documentação de cuidados (incluí nota de alta ou transferência, se aplicável).	00:02:29	0,77
Totais	0:21:35	6,69

Fonte – Elaboração própria.

7.1.3. Mapeamento da Consulta de Enfermagem Estomaterapia

Também, no mapeamento da consulta de enfermagem estomaterapia teve-se como estratégia a metodologia TDABC de 7 etapas.

A **primeira etapa, “Selecionar a condição médica”**, emerge da singularidade da consulta, uma vez que aqui apenas são admitidos indivíduos que apresentem ostomias intestinais³ ou urinárias⁴. Assim sendo, foram considerados utentes com colostomia⁵ e/ou ileostomia⁶ e/ou nefrostomia⁷. O foco de atenção de enfermagem considerado para o efeito foi o “Autocuidado” com os diversos diagnósticos decorrentes do foco quer na área da dependência, quer na área do conhecimento e capacidade (Tabela 24).

Para a realização da **segunda etapa, “Definir a cadeia de valor da prestação de cuidados”**, foi evidenciada a utilidade da existência da consulta de enfermagem estomaterapia, definindo-se para o efeito 4 etapas na cadeia: Avaliação/Diagnóstico, Intervenção/Recuperação, Capacitação e Alta (Figura 10).

³ Ostomia intestinal – abertura realizada de forma cirúrgica no intestino que é trazida à superfície da parede abdominal. O termo estoma refere-se à extremidade real da porção do intestino que fica à superfície da parede abdominal (Yeo et al., 2006).

⁴ Ostomia urinária – abertura realizada de forma cirúrgica em algum órgão do sistema urinário para o exterior (Instituto Português Oncologia, 2019).

⁵ Colostomia – derivação do intestino grosso (Yeo et al., 2006).

⁶ Ileostomia – derivação do intestino delgado (Yeo et al., 2006).

⁷ Nefrostomia - derivação do rim para a pele através de um cateter (Instituto Português Oncologia, 2019).

Tabela 24 - Diagnósticos considerados na definição da condição médica da consulta de enfermagem estomaterapia

FOCO	DEFINIÇÃO	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM
Autocuidado	É um tipo de ação relacionada com a própria pessoa com as seguintes características específicas: tomar conta do necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades básicas individuais e atividades de vida.	Potencial para reconstrução de autonomia, em grau reduzido ou grau moderado ou grau elevado
		Potencial para melhorar o conhecimento para promover o auto cuidado
		Conhecimento para promover o auto cuidado
		Potencial para melhorar o conhecimento do cuidador para promover o auto cuidado
		Conhecimento do cuidador para promover o auto cuidado
		Auto cuidado da ostomia de eliminação, dependente
		Independente no auto cuidado da ostomia de eliminação
		Potencial para melhorar o conhecimento para promover o auto cuidado da ostomia de eliminação
		Conhecimento para promover o auto cuidado da ostomia de eliminação
		Potencial para melhorar a capacidade no auto cuidado da ostomia de eliminação
		Capacidade no auto cuidado da ostomia de eliminação
		Potencial para melhorar o conhecimento do cuidador sobre ostomia de eliminação
		Conhecimento do cuidador sobre ostomia de eliminação
Potencial para melhorar a capacidade do cuidador para tratar da ostomia de eliminação		
Capacidade do cuidador para tratar da ostomia de eliminação		

Fonte – Adaptado do processo de enfermagem disponível na plataforma de documentação clínica informática SClínico versão 2.6.

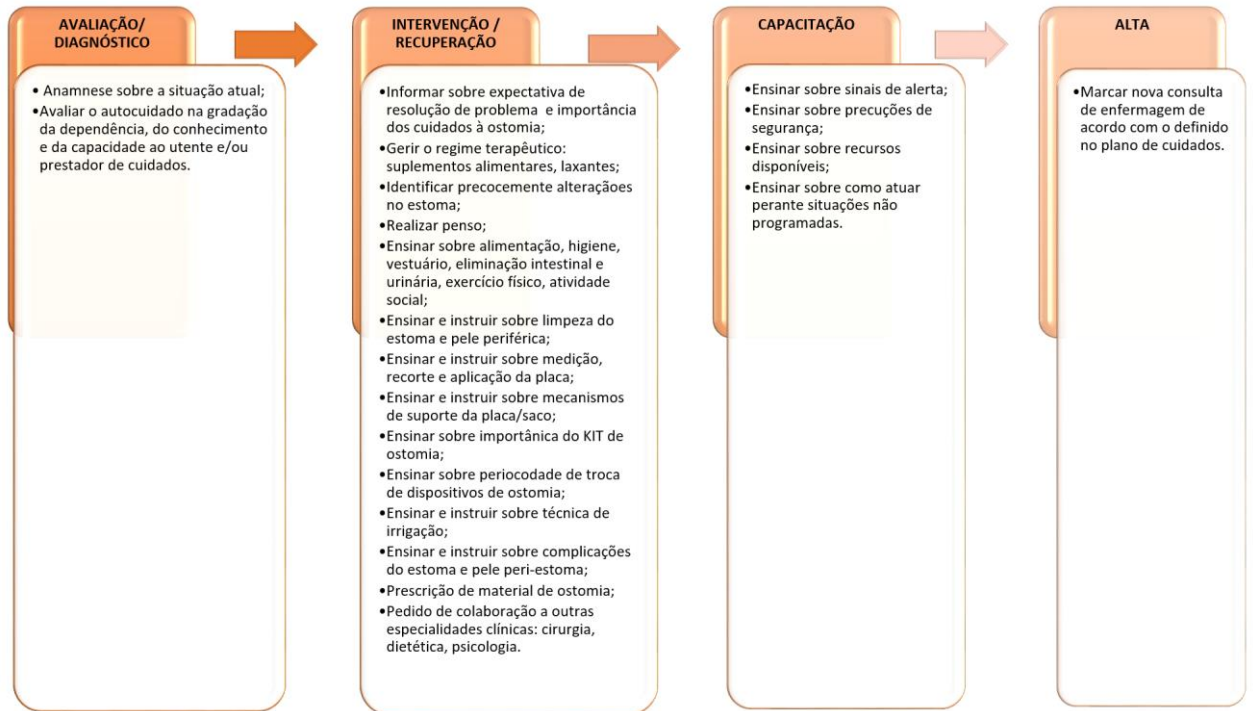


Figura 10 - Cadeia de Valor da consulta de enfermagem estomaterapia

Fonte – Elaboração própria.

Na terceira etapa, “Desenvolver mapas de processo para cada atividade da prestação de cuidados”, fez-se a análise de todo o processo necessário para o desenvolvimento da consulta, considerando-se todos os recursos envolvidos na sua planificação e execução (Tabela 25), tendo sido desenvolvida uma grelha de observação para sustentar o processo (Apêndice IV).

Tabela 25 - Processo e Recursos Humanos envolvidos na consulta de enfermagem estomaterapia

FASE DO CICLO	PROCESSO	RECURSO HUMANO (TIPO)	RECURSO HUMANO (QUANTIDADE)
Fornecimento de material clínico	Gestão de stock de material de consumo clínico da Consulta de Enfermagem Estomaterapia;	Enfermeiro	1
	Entrega do material de consumo clínico;	Assistente Operacional	
	Confirmação e arrumo do material de consumo clínico.	Enfermeiro	1
Fornecimento de material farmacológico	Gestão de stock de material de farmacológico da Consulta de Enfermagem Estomaterapia por níveis (contagem);	Enfermeiro	1
	Entrega do material farmacológico;	Assistente Operacional	1
	Confirmação e arrumo do material farmacológico.	Enfermeiro	1
Admissão do cliente na Consulta Externa	Processo administrativo de entrada (inclui pagamento de taxa moderadora, se aplicável).	Assistente administrativo	1
Preparação do gabinete de consulta (higienização)	Limpeza do espaço físico:		
	- Higienização da mesa de trabalho e da marquesa;	Assistente Operacional	1
	- Recolha de lixos; - Chão.	Funcionária de limpeza	1
Consulta de enfermagem	Consultar o processo clínico;		
	Chamada do utente / Colocação do Equipamento de Proteção Individual;		
	Realizar a confirmação positiva do utente / diagnóstico;		
	Proceder à apresentação do enfermeiro;		
	Anamnese sobre a situação atual;		
	Ensinar/Instruir sobre o despir e ensinar/Instruir sobre o posicionamento;		
	Procedimento do despir por parte do utente, assistir no despir ou despir;		
	Procedimento do posicionamento pelo utente, Assistir no posicionamento ou posicionar/ Assistir na transferência ou transferir;		
	Observação da ostomia, dispositivos e acessórios de ostomia e pele peri-estoma;		
	Verificar a permeabilidade do estoma;		
	Ensinar / Instruir:		
	- Alimentação, vestuário, atividade física, eliminação intestinal e urinária, atividade sexual e atividade social;		
	- Importância do KIT de ostomia no dia-a-dia;		
	- Periodicidade de troca de dispositivos;		
	- Limpeza do estoma e pele peri-estoma;		
	- Medicação e recorte da placa;		
	- Colocação da placa e saco;		
- Mecanismos de suporte da placa/saco;			
- Prevenção de complicações do estoma e pele peri-estoma;			
Procedimento do vestir por parte do utente, assistir no vestir ou vestir;			
Procedimento do posicionamento pelo utente / Assistir no levantar / Assistir no posicionamento ou posicionar / Assistir na transferência ou transferir;			
Comunicar situações de alteração sobre as atividades de vida diária;			
Prescrever material de ostomia;			
Calendarizar a próxima consulta;			
Documentação de cuidados (inclui nota de alta ou transferência, se aplicável).			
Pedido de colaboração a outras especialidades	Comunicação dos achados clínicos fora do espetável ao médico assistente (se aplicável);		
	Pedido de colaboração a nutricionista, psicólogo, assistente social (se aplicável).	Enfermeiro	1
Preparação do gabinete de consulta (higienização)	Limpeza do espaço físico:		
	- Higienização da mesa de trabalho e da marquesa;	Assistente Operacional	1
	- Recolha de lixos; - Chão.	Funcionária de limpeza	1
Agendamento administrativo de transporte (se aplicável)	Marcação de transporte.	Assistente administrativo	1

Fonte – Elaboração própria.

Para a concretização da **quarta etapa**, “**Obter o tempo despendido em cada atividade**” concretizou-se o mapeamento de 13 Consultas de enfermagem Estomaterapia, com o propósito de calcular o tempo absorvido para cada procedimento realizado pelo enfermeiro. Após o repositório dos dados calculou-se a média aritmética para cada ação, demonstrando-se os dados conseguidos através do fluxograma evidenciado na Figura 11.

Para a concretização da **quinta etapa**, “**Estimar o custo de cada recurso no processo**” averiguou-se junto ao Serviço de Recursos Humanos do CHO o valor do salário médio ilíquido/mensal do enfermeiro a exercer funções na Consulta Externa da Unidade de Caldas da Rainha, tendo sido obtido o valor de 1778,04€ ilíquidos/mensal, o que perfaz um total anual ilíquido de 24.892,56€ (12 meses de salário + 1 mês de subsídio de férias + 1 mês de subsídio de Natal).

A **sexta etapa**, “**Estimar a capacidade de cada recurso e calcular a taxa de custo da capacidade**”, consistiu no cálculo da capacidade prática do recurso, fazendo uso da fórmula descrita em baixo.

Eq. 1

$$\text{Capacidade prática do recurso por mês} = \frac{\text{total de dias trabalho/ano} \times (\text{n.º horas disponível trabalho} - \text{n.º horas trabalho não relacionado utente})}{12}$$

Fonte - Kaplan & Porter (2011).

Os valores empregados para o cálculo encontram-se evidenciados na Tabela 26, tal como o cálculo da capacidade prática do recurso por mês, que para o do enfermeiro do Serviço de Consulta Externa do CHO-CR é de 111,46h/mês.

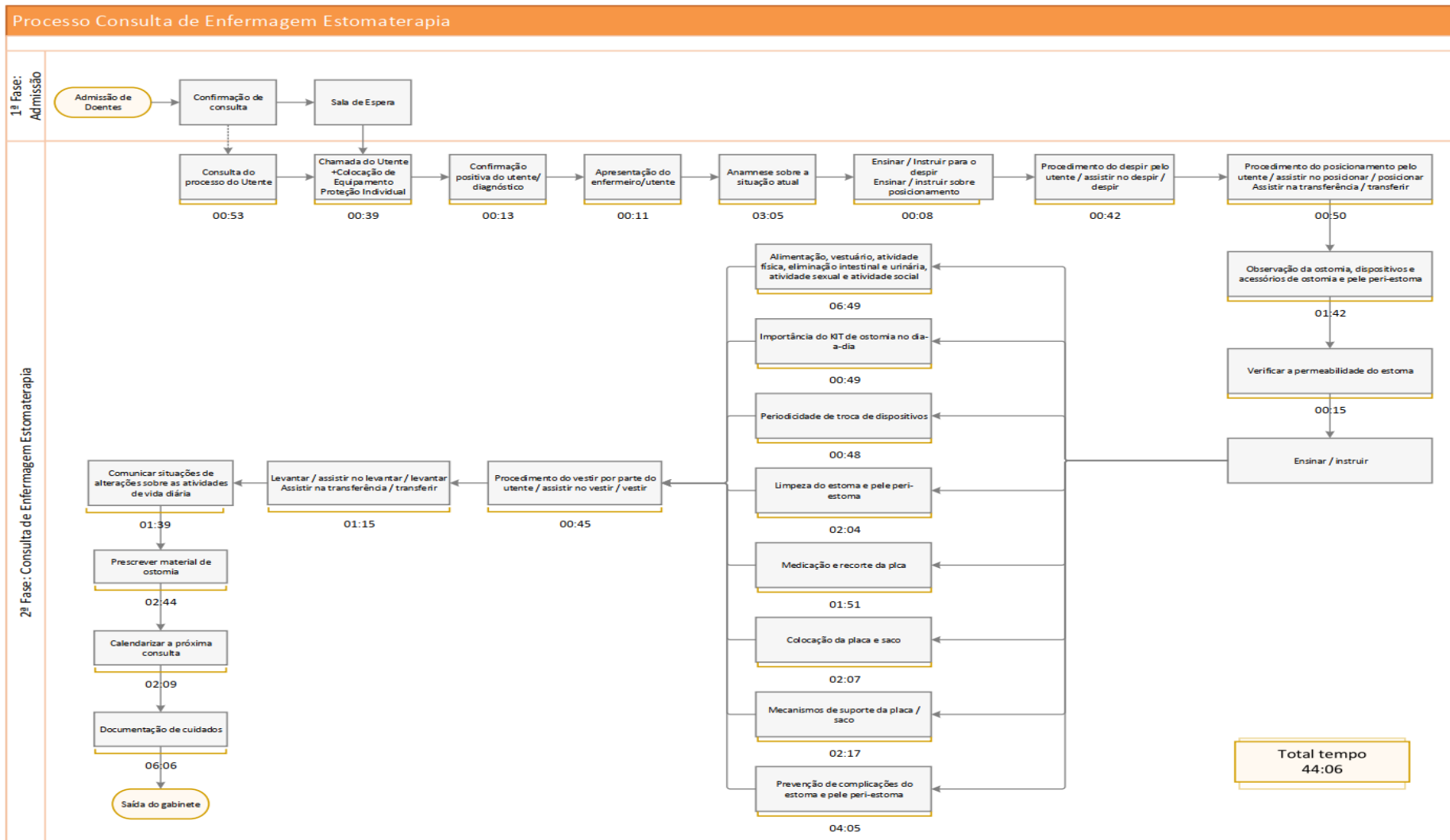


Figura 11 - Processo da consulta de enfermagem estomaterapia

Fonte – Elaboração própria.

Tabela 26 - Cálculo da Capacidade Prática do Enfermeiro/mês da Consulta Externa – CHO-CR

DESCRIPTIVO	DIAS	HORAS
Total de dias úteis ano 2021	253	
Média de dias de férias dos enfermeiros da Consulta Externa CHO-CR	24	
Total de dias para formação	15*	
Total de dias para trabalho com o utente	214	
N.º de horas de trabalho diário (jornada continua)		7
N.º de horas de pausa diária		0,75**
N.º efetivo de horas de trabalho diário		6,25
Capacidade Prática do Enfermeiro/Mês	214/12 x 6,25 = 111,46h	

*Decreto-Lei n.º71/2019; **Decreto-Lei n.º437/91, Decreto-Lei n.º412/98

Fonte – Elaboração própria

Para a avaliação da **Taxa de Custo da Capacidade** fez-se recurso da divisão do valor calculado na etapa 5 (24.892,56€/ano) pelo valor da capacidade prática do Enfermeiro/mês multiplicada pelos 12 meses do ano (Kaplan & Porter, 2011), cujo resultado é 18,61€/h, o que equivale a 0,31€/min..

Taxa de Custo da Capacidade do Enfermeiro/min. da Consulta Externa do CHO-CR	$24.892,56 / (111,46 \times 12)$ = 18,61€/h --> 0,31€/min
---	--

No cálculo da **sétima etapa**, “**Calcular o custo total dos cuidados ao utente**” utiliza-se a multiplicação do tempo despendido em cada procedimento inserido na consulta pelo valor/minuto do enfermeiro calculado na etapa 6. Por fim, realiza-se a soma, para obter o valor do trabalho do enfermeiro nesta consulta. Dessa forma, demonstra-se que em média o utente teve uma consulta de enfermagem estomaterapia 44 minutos 06 segundos com um custo de 13,67€ (Tabela 27).

Tabela 27 - Cálculo do valor médio do trabalho desenvolvido pelo Enfermeiro na consulta de enfermagem estomaterapia

PROCEDIMENTOS DA CONSULTA DE ENFERMAGEM ESTOMATERAPIA	TEMPO	CUSTO TRABALHO ENF. (€)
Consultar o processo clínico;	0:00:53	0,27
Chamada do utente / Colocação do Equipamento de Proteção Individual;	0:00:39	0,20
Realizar a confirmação positiva do utente / diagnóstico;	0:00:13	0,07
Proceder à apresentação do enfermeiro;	0:00:11	0,06
Anamnese sobre a situação atual;	0:03:05	0,96
Ensinar/Instruir sobre o despir e ensinar/Instruir sobre o posicionamento;	0:00:08	0,04
Procedimento do despir por parte do utente, assistir no despir ou despir;	0:00:42	0,22
Procedimento do posicionamento pelo utente, Assistir no posicionamento ou posicionar/ Assistir na transferência ou transferir;	0:00:50	0,26
Observação da ostomia, dispositivos e acessórios de ostomia e pele peri-estoma;	0:01:42	0,53
Verificar a permeabilidade do estoma;	0:00:15	0,08
Ensinar / Instruir:		
- Alimentação, vestuário, atividade física, eliminação intestinal e urinária, atividade sexual e atividade social;	0:06:49	2,11
- Importância do KIT de ostomia no dia-a-dia;	0:00:49	0,25
- Periodicidade de troca de dispositivos;	0:00:48	0,25
- Limpeza do estoma e pele peri-estoma;	0:02:04	0,64
- Medicação e recorte da placa;	0:01:51	0,57
- Colocação da placa e saco;	0:02:07	0,66
- Mecanismos de suporte da placa/saco;	0:02:17	0,71
- Prevenção de complicações do estoma e pele peri-estoma;	0:04:05	1,27
Procedimento do vestir por parte do utente, assistir no vestir ou vestir;	0:00:45	0,23
Procedimento do posicionamento pelo utente, Assistir no levantar; Assistir no posicionamento ou posicionar/ Assistir na transferência ou transferir;	0:01:15	0,39
Comunicar situações de alteração sobre as atividades de vida diária;	0:01:39	0,51
Prescrever material de ostomia;	0:02:44	0,85
Calendarizar a próxima consulta;	0:02:09	0,67
Documentação de cuidados (incluí nota de alta ou transferência, se aplicável).	0:06:06	1,89
Totais	0:44:06	13,67

Fonte – Elaboração própria.

7.1.4. Mapeamento da Consulta de Enfermagem Imuno-Alergologia

O mapeamento da Consulta de enfermagem Imuno-Alergologia foi desenhado de acordo com o método TDABC de 7 etapas.

Para a **primeira etapa, “Selecionar a condição médica”**, foram selecionados os utentes que tinham indicação para realização de testes cutâneos e/ou processos de ensino e instrução sobre a temática relacionada com inaladores e/ou evicção de alérgenos. Para o efeito, considerou-se o foco de atenção de enfermagem “gestão do regime terapêutico” (Tabela 28).

Tabela 28 - Diagnósticos considerados na definição da condição médica da consulta de enfermagem Imuno-alerlogia

FOCO	DEFINIÇÃO	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM
Gestão do Regime Terapêutico	É um tipo de comportamento de adesão com as seguintes características: executar as atividades cumprindo um programa de tratamento da doença e suas complicações, sendo essas atividades satisfatórias para alcançar os objetivos específicos de saúde, integrar atividade de tratamento ou prevenção da doença na vida.	Sem gestão do regime terapêutico comprometida
		Gestão do regime terapêutico comprometida
		Potencial para melhorar o conhecimento sobre regime medicamentoso
		Conhecimento sobre regime medicamentoso
		Sem potencial para melhorar a capacidade para gerir o regime medicamentoso
		Potencial para melhorar a capacidade para gerir o regime medicamentoso
		Capacidade para gerir o regime medicamentoso
		Potencial para melhorar o conhecimento do prestador de cuidados sobre regime terapêutico
Conhecimento do prestador de cuidados sobre regime terapêutico		

Fonte – Adaptado do processo de enfermagem disponível na plataforma de documentação clínica informática SClínico versão 2.6.

Na **segunda etapa, “Definir a cadeia de valor da prestação de cuidados”**, foi explanada a pertinência da realização da consulta de enfermagem imuno-alerlogia, através da cadeia de valor com 4 etapas: Avaliação/Diagnóstico, Intervenção/Recuperação, Capacitação e Alta (Figura 12).

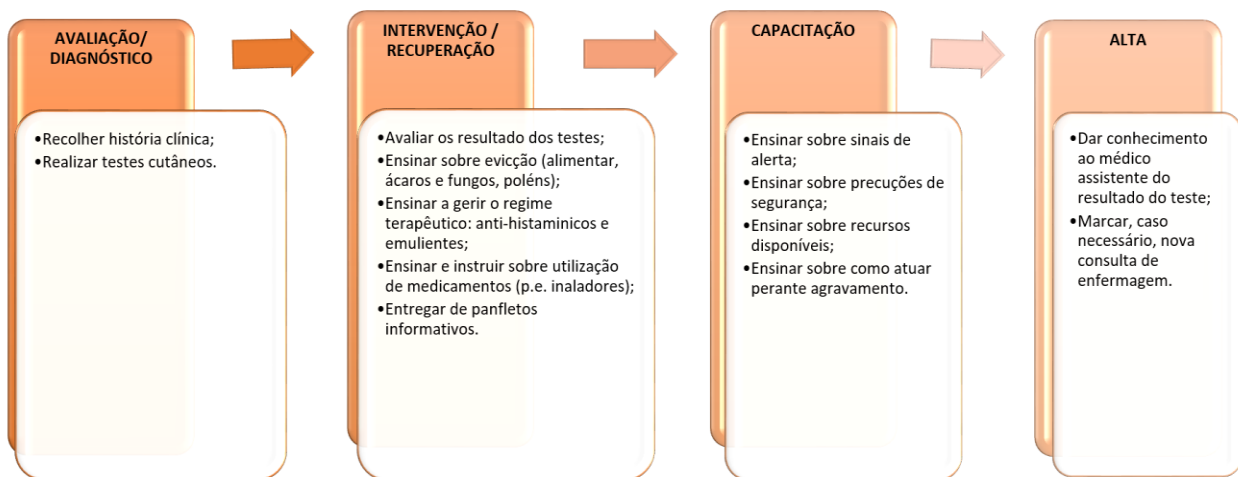


Figura 12 - Cadeia de Valor da consulta de enfermagem imuno-alergologia

Fonte – Elaboração própria.

Para a **terceira etapa**, “**Desenvolver mapas de processo para cada atividade da prestação de cuidados**”, desenvolveu-se a observação de todo o processo necessário para o funcionamento da consulta, apresentando-se todos os recursos envolvidos na sua organização e concretização (Tabela 29), tendo sido definida uma grelha de sustentação à observação (Apêndice V).

**Tabela 29 - Processo e Recursos Humanos envolvidos na consulta de enfermagem imuno-
alergologia**

FASE DO CICLO	PROCESSO	RECURSO HUMANO (TIPO)	RECURSO HUMANO (QUANTIDADE)
Fornecimento de material clínico	Gestão de stock de material de consumo clínico da Consulta de Enfermagem Imuno-Alergologia;	Enfermeiro	1
	Entrega do material de consumo clínico;	Assistente Operacional	
	Confirmação do material de consumo clínico.	Enfermeiro	1
	Arrumo do material de consumo clínico.	Assistente Operacional	1
Fornecimento de material farmacológico	Gestão de stock de material de farmacológico da Consulta de Enfermagem Imuno-Alergologia por níveis (contagem);	Enfermeiro	1
	Entrega do material farmacológico;	Assistente Operacional	1
	Confirmação e arrumo do material farmacológico.	Enfermeiro	1
Admissão do cliente na Consulta Externa	Processo administrativo de entrada (inclui pagamento de taxa moderadora, se aplicável).	Assistente administrativo	1
Preparação do gabinete de consulta (higienização)	Limpeza do espaço físico:		
	- Higienização da mesa de trabalho e da marquesa;	Assistente Operacional	1
	- Recolha de lixos; - Chão.	Funcionária de limpeza	1
Consulta de enfermagem	Consultar o processo clínico;		
	Chamada do utente / Colocação do Equipamento de Proteção Individual;		
	Realizar a confirmação positiva do utente / diagnóstico;		
	Proceder à apresentação do enfermeiro;		
	Ensinar/Instruir sobre o posicionamento;		
	Preparar o material para o procedimento / Utente lava os braços;		
	Marcação do local dos testes;	Enfermeiro	1
	Realização dos testes;		
	Ensinar / Instruir;		
	Leitura dos resultados;		
	Comunicação ao médico dos achados clínicos;		
	Calendarizar a próxima consulta;		
Documentação de cuidados (inclui nota de alta ou transferência, se aplicável).			
Preparação do gabinete de consulta (higienização)	Limpeza do espaço físico:		
	- Higienização da mesa de trabalho e da marquesa;	Assistente Operacional	1
	- Recolha de lixos; - Chão.	Funcionária de limpeza	1
Agendamento administrativo de transporte (se aplicável)	Marcação de transporte.	Assistente administrativo	1

Fonte – Elaboração própria.

Para a realização da **quarta etapa, “Obter o tempo despendido em cada atividade”** efetuou-se o mapeamento de 14 consultas de enfermagem imuno-alergologia, com o propósito de mensurar o tempo de concretização de cada procedimento realizado na consulta. Após o compêndio dos dados calculou-se a média aritmética para cada ação, revelando-se os dados conseguidos através do fluxograma da Figura 13.

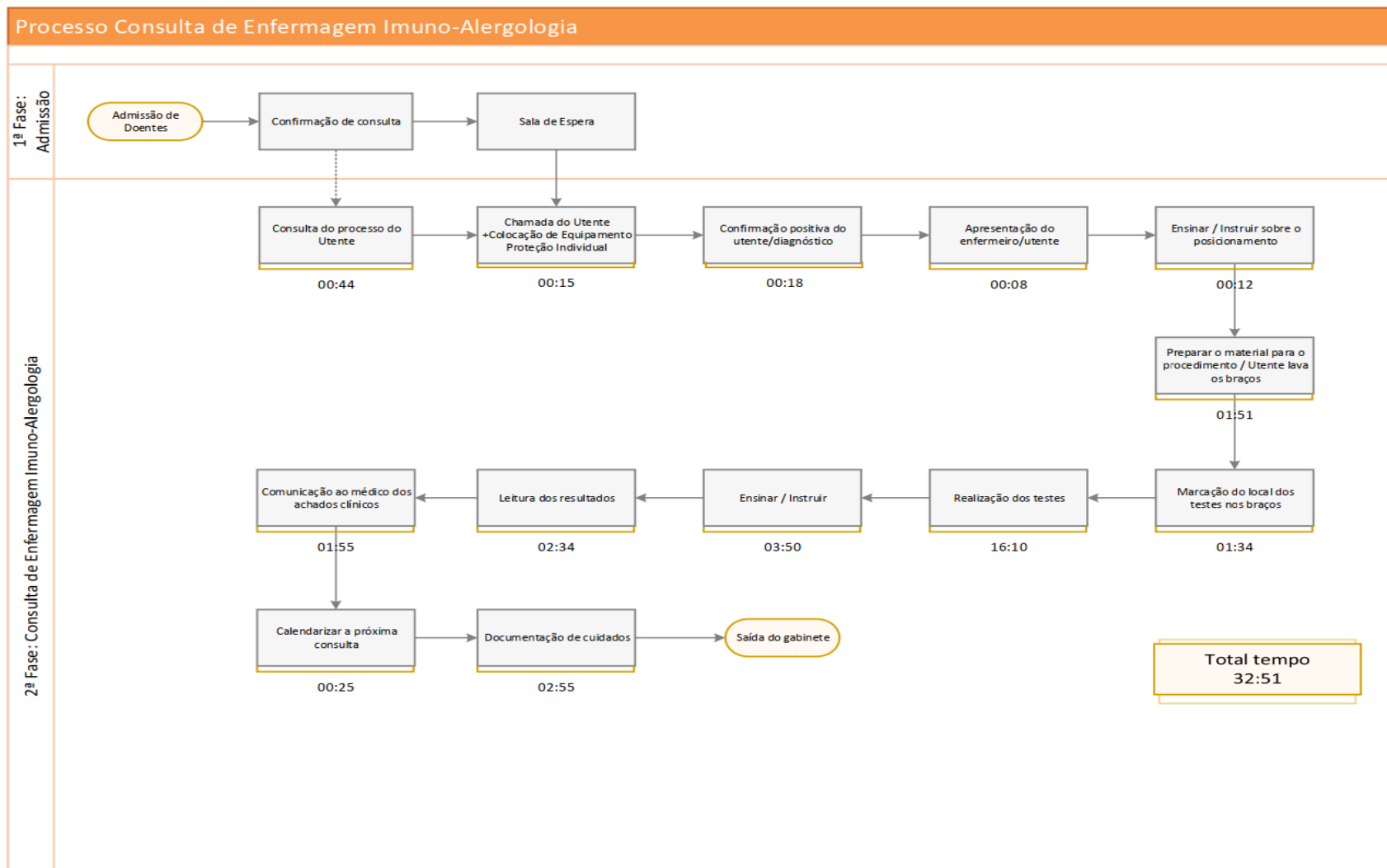


Figura 13 - Processo da consulta de enfermagem imuno-alergologia

Fonte – Elaboração própria.

Na execução **quinta etapa**, “**Estimar o custo de cada recurso no processo**” averiguou-se junto ao Serviço de Recursos Humanos do CHO o valor do salário médio líquido/mensal do enfermeiro a exercer funções na Consulta Externa da Unidade de Caldas da Rainha, tendo sido obtido o valor de 1778,04€ líquidos/mensal, o que perfaz um total anual líquido de 24.892,56€ (12 meses de salário + 1 mês de subsídio de férias + 1 mês de subsídio de Natal).

Para a **sexta etapa**, “**Estimar a capacidade de cada recurso e calcular a taxa de custo da capacidade**”, desenvolveu-se o cálculo da capacidade prática do recurso, usando-se a fórmula descrita em baixo.

Eq. 1

$$\text{Capacidade prática do recurso por mês} = \frac{\text{total de dias trabalho/ano} \times (\text{n.º horas disponível trabalho} - \text{n.º horas trabalho não relacionado utente})}{12}$$

Fonte - Kaplan & Porter (2011).

Os valores aplicados para o cálculo estão demonstrados na Tabela 30, tal como o cálculo da capacidade prática do recurso por mês, que para o do enfermeiro do Serviço de Consulta Externa do CHO-CR é de 111,46h/mês.

Tabela 30 - Cálculo da Capacidade Prática do Enfermeiro/mês da Consulta Externa do CHO-CR

DESCRITIVO	DIAS	HORAS
Total de dias úteis ano 2021	253	
Média de dias de férias dos enfermeiros da Consulta Externa CHO-CR	24	
Total de dias para formação	15*	
Total de dias para trabalho com o utente	214	
N.º de horas de trabalho diário (jornada continua)		7
N.º de horas de pausa diária		0,75**
N.º efetivo de horas de trabalho diário		6,25
Capacidade Prática do Enfermeiro/Mês	214/12 x 6,25 = 111,46h	

*Decreto-Lei n.º71/2019; **Decreto-Lei n.º437/91, Decreto-Lei n.º412/98

Fonte – Elaboração própria

Para a mensuração da **Taxa de Custo da Capacidade** utiliza-se o valor calculado na etapa 5 (24.892,56€/ano) dividindo-o pelo valor da capacidade prática do Enfermeiro/mês

multiplicada pelos 12 meses do ano (Kaplan & Porter, 2011), cujo resultado é 18,61€/h, o que equivale a 0,31€/min..

Taxa de Custo da Capacidade do Enfermeiro/min. da Consulta Externa do CHO-CR	$24.892,56 / (111,46 \times 12) =$ 18,61€/h --> 0,31€/min
---	--

A sétima, “Calcular o custo total dos cuidados ao utente”, compreende a multiplicação do tempo utilizado para a concretização de cada procedimento inserido na consulta pelo valor/minuto do enfermeiro calculado na etapa 6. Em último, executa-se a soma para obter o valor do trabalho do enfermeiro nesta consulta. Por conseguinte, constata-se que em média o utente teve uma consulta de enfermagem imuno-alergologia de 32 minutos e 51 segundos, o que corresponde a um custo de 10,18€ (Tabela 31).

Tabela 31 - Cálculo do valor médio do trabalho desenvolvido pelo enfermeiro na consulta de enfermagem imuno-alergologia

PROCEDIMENTOS DA CONSULTA DE ENFERMAGEM IMUNO-ALERGOLOGIA	TEMPO	CUSTO TRABALHO ENF. (€)
Consultar o processo clínico;	00:00:44	0,23
Chamada do utente / Colocação do Equipamento de Proteção Individual	00:00:15	0,08
Realizar a confirmação positiva do utente / diagnóstico;	00:00:18	0,09
Proceder à apresentação do enfermeiro;	00:00:08	0,04
Ensinar/Instruir sobre o posicionamento;	00:00:12	0,06
Preparar o material para o procedimento / Utente lava os braços;	00:01:51	0,57
Marcação do local dos testes;	00:01:34	0,49
Realização dos testes;	00:16:10	5,01
Ensinar / Instruir;	00:03:50	1,19
Leitura dos resultados;	00:02:34	0,80
Comunicação ao médico dos achados clínicos;	00:01:55	0,59
Calendarizar a próxima consulta;	00:00:25	0,13
Documentação de cuidados (inclui nota de alta ou transferência, se aplicável).	00:02:55	0,90
Totais	0:32:51	10,18 €

Fonte – Elaboração própria.

7.2. FASE II – OS RESULTADOS DOS QUESTIONÁRIOS

Face à descrição da metodologia utilizada para a recolha e validação dos dados obtidos através dos questionários, prossegue-se com a apresentação dos resultados.

Para a análise da fase II do projeto, os dados obtidos pelo instrumento de colheita de dados foram introduzidos no programa IBM® - *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* - versão 25, que permitiu a concretização da estatística descritiva e dos testes de hipóteses para o estudo dos resultados obtidos pela aplicação das escalas dos Cuidados Individualizados (adaptada) e da PGIC.

7.2.1. Análise descritiva da Escala de Cuidados Individualizados

A análise descritiva da Escala de Cuidados Individualizados proceder-se-á de acordo com as duas partes que a compõem.

Na parte A da Escala de Cuidados Individualizados verificou-se que os valores de resposta variaram entre o “1” (Discordo completamente) e “5” (Concordo completamente), exceção no item A03 onde o valor de resposta mais baixo é o “2” (Discordo em parte) (Tabela 32).

Verifica-se que apenas dois itens: o A09 (Têm-me perguntado sobre os meus hábitos diários) e A10 (Têm-me perguntado sobre se quero que a minha família participe nos meus cuidados) possuíram uma média abaixo de “4”, com 3,9 (desvio padrão (dp) de 1,269) e 3,75 (dp de 1,293) respetivamente. O item de resposta com maior pontuação média foi o A02 (Têm falado comigo sobre as minhas necessidades que exigem cuidados e atenção) com 4,66 e dp de 0,607 (Tabela 32).

Tabela 32 - Estatística descritiva das respostas da parte A da Escala de Cuidados Individualizados: parte 1

PARTE A DA ESCALA DE CUIDADOS INDIVIDUALIZADOS							
Fatores	Os itens da Escala Os enfermeiros durante a consulta (...)	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão	
Situação Clínica	A01	Têm falado comigo sobre os sentimentos que tenho tido em relação à minha doença.	167	1	5	4,46	0,750
	A02	Têm falado comigo sobre as minhas necessidades que exigem cuidados e atenção.	167	1	5	4,66	0,607
	A03	Têm-me estimulado a assumir a responsabilidade pelos meus cuidados dentro das minhas capacidades.	167	2	5	4,65	0,592
	A04	Têm identificado alterações na forma como me tenho sentido.	167	1	5	4,35	0,768
	A05	Têm falado comigo sobre os meus medos e ansiedades.	167	1	5	4,02	0,991
	A06	Têm-se esforçado para compreender de que forma é que a doença me tem afetado.	167	1	5	4,24	0,977
	A07	Têm falado comigo sobre o significado que a doença tem para mim.	167	1	5	4,15	0,922
Situação da Vida Pessoal	A08	Têm-me perguntado sobre o tipo de coisas que faço no meu dia-a-dia fora do hospital (trabalho, atividades de lazer).	167	1	5	4,07	1,170
	A09	Têm-me perguntado sobre os meus hábitos diários (ex: alimentação).	167	1	5	3,90	1,269
	A10	Têm-me perguntado sobre se quero que a minha família participe nos meus cuidados.	167	1	5	3,75	1,293
Controlo sobre decisões relacionadas com os cuidados	A11	Têm-se certificado de que entendi as indicações que tenho recebido no hospital.	167	1	5	4,62	0,725
	A12	Têm-me perguntado aquilo que quero saber sobre a minha doença.	167	1	5	4,17	1,062
	A13	Têm tido em conta os meus desejos pessoais relativos aos meus cuidados.	167	1	5	4,25	0,930
	A14	Têm-me ajudado a participar nas decisões relativas aos meus cuidados.	167	1	5	4,37	0,894
	A15	Têm-me ajudado a expressar as minhas opiniões sobre os meus cuidados.	167	1	5	4,26	0,983

Adaptado – Folha de cálculo do programa SPSS.

Numa observação transversal à Tabela 33 aferiu-se que a maioria das respostas situa-se entre o valor “4” (Concordo em parte) e “5” (Concordo plenamente), reunindo o valor “5” a predominância de respostas. A única alteração a esta premissa encontra-se no item A05 (Têm falado comigo sobre os meus medos e ansiedades) onde o valor “4” obteve uma percentagem de respostas superior ao valor “5”: 40,12% face a 35,93%.

As respostas que reuniram mais avaliações de “Discordo completamente” são as referentes ao fator “Situação da vida pessoal” com percentagens de resposta que oscilaram entre 8,38% no A09 e 8,98% do item A10. Foi também neste constructo que as respostas “Discordo em

parte” se verificaram em maior número, com o A10 a obter um máximo de 8,38% logo seguido de A09 com 6,59% (Tabela 33).

A maior taxa de resposta “Nem concordo, nem discordo” surge, mais uma vez no item A10 com 19,76%. Por outro lado, a menor taxa de resposta é partilhada pelo item A02 (Têm falado comigo sobre as minhas necessidades que exigem cuidados e atenção) e A11 (Têm-se certificado de que entendi as indicações) com 3,59% (Tabela 33).

Verifica-se a existência de dois itens com 120 respostas de “Concordo plenamente”: A02 e A11 (Têm-se certificado de que entendi as indicações). Logo de seguida surgiu o item A03 (Têm-me estimulado a assumir a responsabilidade pelos meus cuidados dentro das minhas capacidades”) com um total de 117 respostas de valor “5” o que corresponde a 71,86% (Tabela 33).

Na parte B, as opções de resposta variaram entre o mínimo possível de “1” (Discordo plenamente) e o máximo, também ele possível, de “5” (Concordo plenamente). O maior valor médio obtido foi de 4,78 no item B011 (Tenho seguido as indicações que tenho recebido no hospital) com um dp de 0,504. Por outro lado, a menor pontuação média cifrou-se nos 4,26 no item B05 (Todos os meus medos e ansiedades têm sido tidos em conta nos meus cuidados), com um dp de 0,845 (Tabela 34).

Tabela 33 - Estatística descritiva das respostas da parte A da Escala de Cuidados Individualizados: parte 2

PARTE A DA ESCALA DE CUIDADOS INDIVIDUALIZADOS														
Fatores	Os itens da Escala Os enfermeiros durante a consulta (...)		Discordo completamente		Discordo em parte		Nem concordo, nem discordo		Concordo em parte		Concordo completamente		Totais	
			N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Situação Clínica	A01	Têm falado comigo sobre os sentimentos que tenho tido em relação à minha doença.	1	0,6	3	1,8	11	6,59	55	32,93	97	58,08	167	100,0
	A02	Têm falado comigo sobre as minhas necessidades que exigem cuidados e atenção.	1	0,6	0	0	6	3,59	40	23,95	120	71,86	167	100,0
	A03	Têm-me estimulado a assumir a responsabilidade pelos meus cuidados dentro das minhas capacidades.	0	0	1	0,6	7	4,19	42	25,15	117	70,06	167	100,0
	A04	Têm identificado alterações na forma como me tenho sentido.	1	0,6	1	0,6	21	12,57	60	35,93	84	50,3	167	100,0
	A05	Têm falado comigo sobre os meus medos e ansiedades.	6	3,59	5	2,99	29	17,37	67	40,12	60	35,93	167	100,0
	A06	Têm-se esforçado para compreender de que forma é que a doença me tem afetado.	4	2,4	6	3,59	22	13,17	49	29,34	86	51,5	167	100,0
	A07	Têm falado comigo sobre o significado que a doença tem para mim.	3	1,8	4	2,4	30	17,96	58	34,73	72	43,11	167	100,0
Situação da Vida Pessoal	A08	Têm-me perguntado sobre o tipo de coisas que faço no meu dia-a-dia fora do hospital (trabalho, atividades de lazer).	12	7,19	6	3,59	18	10,78	53	31,74	78	46,71	167	100,0
	A09	Têm-me perguntado sobre os meus hábitos diários (ex: alimentação).	14	8,38	11	6,59	26	15,57	43	25,75	73	43,71	167	100,0
	A10	Têm-me perguntado sobre se quero que a minha família participe nos meus cuidados.	15	8,98	14	8,38	33	19,76	41	24,55	64	38,32	167	100,0
Controlo sobre decisões relacionadas com os cuidados	A11	Têm-se certificado de que entendi as indicações que tenho recebido no hospital.	2	1,2	2	1,2	6	3,59	37	22,16	120	71,86	167	100,0
	A12	Têm-me perguntado aquilo que quero saber sobre a minha doença.	8	4,79	4	2,4	22	13,17	51	30,54	82	49,1	167	100,0
	A13	Têm tido em conta os meus desejos pessoais relativos aos meus cuidados.	4	2,4	4	2,4	20	11,98	57	34,13	82	49,1	167	100,0
	A14	Têm-me ajudado a participar nas decisões relativas aos meus cuidados.	3	1,8	3	1,8	20	11,98	45	26,95	96	57,49	167	100,0
	A15	Têm-me ajudado a expressar as minhas opiniões sobre os meus cuidados.	6	3,59	3	1,8	19	11,38	52	31,14	87	52,1	167	100,0

Adaptado – Folha de cálculo do programa SPSS.

Tabela 34 - Estatística descritiva das respostas da parte B da Escala de Cuidados Individualizados: parte 1

PARTE B DA ESCALA DE CUIDADOS INDIVIDUALIZADOS							
Fatores	Os itens da Escala As afirmações referem-se às suas experiências durante a consulta (...)		N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Situação Clínica	B01	Os sentimentos que tenho tido em relação à minha doença têm sido tidos em conta nos meus cuidados.	167	1	5	4,37	0,860
	B02	As minhas necessidades que exigem cuidados e atenção têm sido tidas em conta nos meus cuidados.	167	1	5	4,53	0,726
	B03	Tenho assumido a responsabilidade pelos meus cuidados dentro das minhas capacidades.	167	1	5	4,67	0,575
	B04	As mudanças na forma como me tenho sentido têm sido tidas em conta nos meus cuidados.	167	1	5	4,5	0,783
	B05	Todos os meus medos e ansiedades têm sido tidos em conta nos meus cuidados.	167	1	5	4,26	0,845
	B06	A forma como a doença me tem afetado tem sido tida em conta nos meus cuidados.	167	1	5	4,36	0,873
	B07	O significado que a doença tem para mim tem sido tido em conta nos meus cuidados.	167	1	5	4,31	0,864
Situação da Vida Pessoal	B08	As minhas atividades diárias (ex: trabalho, atividades de lazer) têm sido tidas em conta nos meus cuidados.	167	1	5	4,37	0,901
	B09	Os meus hábitos diários têm sido tidos em conta durante os tratamentos.	167	1	5	4,47	0,834
	B10	A minha família tem participado nos meus cuidados quando assim desejo.	167	1	5	4,41	0,989
Controlo sobre decisões relacionadas com os cuidados	B11	Tenho seguido as indicações que tenho recebido no hospital.	167	1	5	4,78	0,504
	B12	Tenho recebido informação suficiente sobre a minha doença por parte dos enfermeiros.	167	1	5	4,68	0,643
	B13	Os desejos que tenho expressado têm sido tidos em conta nos meus cuidados.	167	1	5	4,56	0,691
	B14	Tenho participado na tomada de decisões relativas aos meus cuidados.	167	1	5	4,51	0,783
	B15	As opiniões que tenho expressado têm sido tidas em conta nos meus cuidados.	167	1	5	4,57	0,740

Adaptado – Folha de cálculo do programa SPSS.

À semelhança do ocorrido na parte A, o valor mais vezes selecionado foi o “5” (Concordo plenamente) obtendo o máximo 135 respostas (80,84%) no item B11 (Tenho seguido as indicações que tenho recebido no hospital). O item com menor número de resposta de valor

“5” foi o B05 (Todos os meus medos e ansiedades têm sido tidos em conta nos meus cuidados) com 46,71% (Tabela 35).

O item que concentrou mais respostas de “Discordo completamente”, também em analogia ao ocorrido na parte A, foi o item B10 (A minha família tem participado nos meus cuidados quando assim desejo) com um valor de 6 respostas o que correspondeu a 3,59% (Tabela 35).

O valor central de resposta “3” (Nem concordo nem discordo) teve o seu máximo no item B05 com 25 respostas (14,97%) e o mínimo no item B11 com 1 resposta (0,6%) (Tabela 35).

Tabela 35 - Estatística descritiva das respostas da parte B da Escala de Cuidados Individualizados: parte 2.

PARTE B DA ESCALA DE CUIDADOS INDIVIDUALIZADOS														
Fatores	Os itens da Escala As afirmações referem-se às suas experiências durante a consulta (...)	Discordo completamente		Discordo em parte		Nem concordo, nem discordo		Concordo em parte		Concordo completamente		Totais		
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Situação Clínica	B01	Os sentimentos que tenho tido em relação à minha doença têm sido tidos em conta nos meus cuidados.	4	2,4	0	0	18	10,78	54	32,34	91	54,49	167	100,0
	B02	As minhas necessidades que exigem cuidados e atenção têm sido tidas em conta nos meus cuidados.	2	1,2	0	0	11	6,59	48	28,74	106	63,47	167	100,0
	B03	Tenho assumido a responsabilidade pelos meus cuidados dentro das minhas capacidades.	1	0,6	0	0	3	1,8	45	26,95	118	70,66	167	100,0
	B04	As mudanças na forma como me tenho sentido têm sido tidas em conta nos meus cuidados.	3	1,8	0	0	12	7,19	47	28,14	105	62,87	167	100,0
	B05	Todos os meus medos e ansiedades têm sido tidos em conta nos meus cuidados.	3	1,8	0	0	25	14,97	61	36,53	78	46,71	167	100,0
	B06	A forma como a doença me tem afetado tem sido tida em conta nos meus cuidados.	4	2,4	1	0,6	17	10,18	54	32,34	91	54,49	167	100,0
	B07	O significado que a doença tem para mim tem sido tido em conta nos meus cuidados.	4	2,4	0	0	20	11,98	59	35,33	84	50,3	167	100,0
Situação da Vida Pessoal	B08	As minhas atividades diárias (ex: trabalho, atividades de lazer) têm sido tidas em conta nos meus cuidados.	4	2,4	2	1,2	18	10,78	48	28,74	95	56,89	167	100,0
	B09	Os meus hábitos diários têm sido tidos em conta durante os tratamentos.	3	1,8	2	1,2	13	7,78	45	26,95	104	62,28	167	100,0
	B10	A minha família tem participado nos meus cuidados quando assim desejo.	6	3,59	3	1,8	16	9,58	33	19,76	109	65,27	167	100,0
Controlo sobre decisões relacionadas com os cuidados	B11	Tenho seguido as indicações que tenho recebido no hospital.	1	0,6	0	0	1	0,6	30	17,96	135	80,84	167	100,0
	B12	Tenho recebido informação suficiente sobre a minha doença por parte dos enfermeiros.	1	0,6	1	0,6	7	4,19	33	19,76	125	74,85	167	100,0
	B13	Os desejos que tenho expressado têm sido tidos em conta nos meus cuidados.	1	0,6	1	0,6	10	5,99	47	28,14	108	64,67	167	100,0
	B14	Tenho participado na tomada de decisões relativas aos meus cuidados.	2	1,2	0	0	18	10,78	37	22,16	110	65,87	167	100,0
	B15	As opiniões que tenho expressado têm sido tidas em conta nos meus cuidados.	2	1,2	0	0	13	7,78	37	22,16	115	68,86	167	100,0

Adaptado – Folha de cálculo do programa SPSS.

De uma forma geral verifica-se que a parte B detém uma maior taxa de respostas “concordo plenamente” quando comparada com a parte A. A exceção situa-se nos itens B01 e A01 (54,49% vs. 58,08) e no item B02 e A02 (63,47% vs. 71,86%) respetivamente.

A média de pontuação dos fatores extraídos da análise fatorial exploratória da parte A é de 4,3, verificando-se que apenas o fator da “situação da vida pessoal” tem um valor abaixo de 4 (3,90, dp1,1), tendo os restantes dois fatores uma média superior a 4 (Tabela 36).

Tabela 36 - Apresentação da pontuação média da parte A por fator da Escala de Cuidados Individualizados

PARTE A DA ESCALA DE CUIDADOS INDIVIDUALIZADOS		
Fatores	Média por fator	Desvio padrão
Situação Clínica	4,4	0,6
Situação da Vida Pessoal	3,9	1,1
Controlo sobre decisões relacionadas com os cuidados	4,3	0,8
Total da Parte A	4,3	0,6

Adaptado – Folha de cálculo do programa SPSS.

Da observação da Tabela 37 verificou-se que a parte B tem uma média superior à parte A com 4,5 e todos os fatores têm uma média superior a 4.

Tabela 37 - Apresentação da pontuação média da parte B por fator da Escala de Cuidados Individualizados

PARTE B DA ESCALA DE CUIDADOS INDIVIDUALIZADOS		
Fatores	Média por fator	Desvio padrão
Situação Clínica	4,4	0,7
Situação da Vida Pessoal	4,4	1,0
Controlo sobre decisões relacionadas com os cuidados	4,7	0,5
Total da Parte B	4,5	0,6

Adaptado – Folha de cálculo do programa SPSS.

7.2.2. Análise descritiva da Escala *Patient Global Improvement Change Scale* (PGIC) – versão portuguesa

Na análise dos resultados da aplicação da PGIC constatou-se que apenas 1,20% dos inquiridos referiram não existir qualquer alteração ou eventualmente um agravamento da sua condição com a frequência da consulta. É de realçar que para 34,13% dos indivíduos verificou-se uma mudança bastante positiva o que acalentou uma melhoria considerável que fez toda a diferença. Da análise da Tabela 38 evidenciou-se, ainda, que a resposta aos três itens que significam mudança reúnem uma larga maioria.

Tabela 38 - Estatística descritiva da Escala PGIC

ITENS DA ESCALA PGIC	N	%
Sem alterações (ou a condição piorou);	2	1,20
Quase na mesma, sem qualquer alteração visível;	5	2,99
Ligeiramente melhor, mas sem mudanças consideráveis;	13	7,78
Com algumas melhorias, mas a mudança não representou qualquer diferença real;	6	3,59
Moderadamente melhor, com mudança ligeira mas significativa;	34	20,36
Melhor, e com melhorias que fizeram uma diferença real e útil;	50	29,94
Muito melhor, e com uma melhoria considerável que fez toda a diferença.	57	34,13
Totais	167	100,00

Adaptado – Folha de cálculo do programa SPSS.

7.2.3. Estudo das hipóteses

Para o estudo das hipóteses elencadas recorreu-se, como referido a testes não paramétricos, utilizando-se para o efeito o coeficiente de correlação de Ró de Spearman.

Assim para a H1 “Existe uma correlação entre a perceção da forma como a individualidade do utente foi considerada pelo enfermeiro no desenvolvimento das atividades nas consultas de enfermagem e o modo como os utentes percecionam essa individualização nos cuidados” verificou-se através do nível de significância uma correlação estatisticamente significativa

($p < 0,05$), com a existência de uma correlação positiva muito forte ($R_s 0,786$) (Tabela 39), pelo que aceita-se a H1.

Tabela 39 - Coeficiente de correlação de Spearman entre a parte A e parte B da Escala de Cuidados Individualizados

			CI_escala A	CI_escala B
Spearman's rho	CI_escala A	Correlation Coefficient	1,000	,786**
		Sig (2-tailed)	.	<,001
		N	167	167
	CI_escala B	Correlation Coefficient	0,786**	1,000
		Sig (2-tailed)	<,001	.
		N	167	167

** . Correlation is significant at the 0,01 level (2-tailed).

Legenda – CI_escala A: Escala de Cuidados Individualizados: parte A; CI_escala B: Escala de Cuidados Individualizados: parte B.

Adaptado – Folha de cálculo do programa SPSS.

Com a H2, "Existe uma correlação entre a perceção da forma como a individualidade do utente foi considerada pelo enfermeiro no desenvolvimento das atividades nas consultas de enfermagem e a mudança na sua vida decorrente dos cuidados recebidos", pretende-se perceber se existe correlação entre a parte A da Escala de Cuidados Individualizados e a Escala PGIC. Assim sendo, da análise da Tabela 40 constatou-se um nível de significância com uma correlação estatisticamente significativa ($p < 0,05$), verificando-se uma correlação positiva moderada ($R_s 0,311$) entre os dois aspetos referidos, pelo que se aceita a H2.

Tabela 40 - Coeficiente de correlação de Spearman entre a parte A da Escala de Cuidados Individualizados e a PGIC

			CI_escala A	PGIC
Spearman's rho	CI_escala A	Correlation Coefficient	1,000	,311**
		Sig (2-tailed)	.	<,001
		N	167	167
	PGIC	Correlation Coefficient	,311**	1,000
		Sig (2-tailed)	<,001	.
		N	167	167

** . Correlation is significant at the 0,01 level (2-tailed).

Legenda – CI_escala A: Escala de Cuidados Individualizados: parte A.

Adaptado – Folha de cálculo do programa SPSS.

A H3, “Existe uma correlação entre o modo como os utentes percebem a individualização dos cuidados recebidos nas consultas de enfermagem e a mudança na sua vida decorrente dos cuidados recebidos.”, procura a compreensão sobre a existência de uma correlação entre a concretização das referências dos utentes para a prestação de cuidados e a mudança advinda da consulta. Foi possível aferir através da Tabela 41 que o nível de significância ($p < 0,05$) evidencia uma correlação estatisticamente significativa positiva, embora fraca (R_s 0,241).

Tabela 41 - Coeficiente de correlação de Spearman entre a parte B da Escala de Cuidados Individualizados e a PGIC

			CI_escala B	PGIC
Spearman's rho	CI_escala B	Correlation Coefficient	1,000	,241**
		Sig (2-tailed)	.	,002
		N	167	167
	PGIC	Correlation Coefficient	,241**	1,000
		Sig (2-tailed)	,002	.
		N	167	167

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Legenda – CI_escala B: Escala de Cuidados Individualizados: parte B.

Adaptado – Folha de cálculo do programa SPSS.

Para completar o estudo e dando resposta ao objetivo específico “verificar a relação das variáveis sociodemográficas e a percepção dos cuidados individualizados de enfermagem e a mudança global na vida e satisfação com o tratamento, desenvolveram-se um conjunto de testes para perceber até que pontos as variáveis independentes (sociodemográficas) influenciavam as respostas.

Para testar o efeito da variável “género” na percepção dos cuidados individualizados e na mudança decorridas após os cuidados recorreu-se ao teste U de Mann-Whitney. Como se pode observar na Tabela 42, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas em nenhuma das partes da Escala de Cuidados Individualizados nem na PGIC ($p > 0,05$), pelo que para a amostra em estudo não existe evidência estatística para afirmar que o género influencia a percepção sobre os cuidados individualizados ou sobre a mudança.

Tabela 42 - Resultados do teste U de Mann-Whitney referentes à parte A e B da Escala de Cuidados Individualizados, a PGIC e o género

	Género	N	Média dos pontos	z	Sig.
CI_escala A	Feminino	85	87,94	-1,074	,283
	Masculino	82	79,92		
CI_escala B	Feminino	85	85,32	-,363	,717
	Masculino	82	82,63		
PGIC	Feminino	85	88,28	-1,210	,226
	Masculino	82	79,57		

Legenda – CI_escala A: Escala de Cuidados Individualizados: parte A; CI_escala B: Escala de Cuidados Individualizados: parte B.

Adaptado – Folha de cálculo do programa SPSS.

A idade emerge como a segunda variável sociodemográfica em estudo. Da análise efetuada através do coeficiente de correlação de Spearman foi possível verificar através do nível de significância ($p < 0,05$), que existe evidência estatística para afirmar que a idade se relaciona com a percepção da individualização dos cuidados e, sobre as mudanças operadas após a frequência da consulta de enfermagem, apresentando as pessoas mais idosas uma percepção melhor sobre os cuidados e a mudança global e satisfação com o tratamento (Tabela 43).

Tabela 43 - Coeficiente de correlação de Spearman entre a parte A e B da Escala de Cuidados Individualizados, a mudança e a idade

Spearman's rho	CI_escala A	Correlation Coefficient	,238**
		Sig (2-tailed)	,002
		N	167
CI_escala A	CI_escala A	Correlation Coefficient	,193*
		Sig (2-tailed)	,012
		N	167
PGIC	PGIC	Correlation Coefficient	,162*
		Sig (2-tailed)	,037
		N	167
Idade	Idade	Correlation Coefficient	1,000
		Sig (2-tailed)	.
		N	167
**. Correlation is significant at the 0,01 level (2-tailed).			
*. Correlation is significant at the 0,05 level (2-tailed).			

Legenda – CI_escala A: Escala de Cuidados Individualizados: parte A; CI_escala B: Escala de Cuidados Individualizados: parte B.

Adaptado – Folha de cálculo do programa SPSS.

Através da Tabela 44, verificou-se que existe diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$) na perceção dos cuidados individualizados, quer na parte A quer na parte B da escala, pelo que pode afirmar-se que o estado civil influencia a perceção sobre os cuidados individualizados. Todavia, na perceção de mudança constatou-se que não havia diferença estatisticamente significativa ($p > 0,05$) entre o grupo de “casados / união de facto” e “não casados”, pelo que não existe evidência estatística para concluir que o estado civil influi na perceção de mudança.

Tabela 44 - Resultados do teste U de Mann-Whitney referentes à parte A e B da Escala de Cuidados Individualizados, a PGIC e o estado civil

	Género	N	Média dos pontos	z	Sig.
CI_escala A	Casados/União facto	106	92,76	3,096	,002
	Não casados	61	68,78		
CI_escala B	Casados/União facto	106	89,56	1,975	,048
	Não casados	61	74,34		
PGIC	Casados/União facto	106	88,89	1,792	,073
	Não casados	61	75,50		

Legenda – CI_escala A: Escala de Cuidados Individualizados: parte A; CI_escala B: Escala de Cuidados Individualizados: parte B.

Adaptado – Folha de cálculo do programa SPSS.

Para testar o efeito da variável “formação académica” na perceção dos cuidados individualizados e na mudança decorrente da frequência da consulta de enfermagem, foi necessário criar grupos que permitissem o desenvolvimento de testes. Utilizou-se para o efeito o teste de Kruskal-Wallis. Assim verificou-se que a formação académica originou diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$) quer na parte A quer na parte B da Escala de Cuidados Individualizados. No entanto, para a perceção de mudança, a formação académica na amostra em estudo não demonstrou a existência de evidência estatisticamente significativa ($p > 0,05$) (Tabela 45).

Tabela 45 - Resultados do teste de Kruskal-Wallis referentes à parte A e B da Escala de Cuidados Individualizados, a PGIC e à formação académica

Escalas	Formação académica	N	gl	Estatística teste	Sig
CI_escala A	Sem escolaridade/1º ciclo	48	3	12,661	,005
	2º / 3º ciclo	57			
	Secundário/ Técnico	43			
	Superior	19			
CI_escala B	Sem escolaridade/1º ciclo	48	3	14,256	,003
	2º / 3º ciclo	57			
	Secundário/ Técnico	43			
	Superior	19			
Mudança	Sem escolaridade/1º ciclo	48	3	4,921	,178
	2º / 3º ciclo	57			
	Secundário/ Técnico	43			
	Superior	19			

Legenda – CI_escala A: Escala de Cuidados Individualizados: parte A; CI_escala B: Escala de Cuidados Individualizados: parte B.

Adaptado – Folha de cálculo do programa SPSS.

Assim em suma:

- existe evidência estatística de uma correlação positiva muito forte entre a parte A e parte B da Escala de Cuidados Individualizados, o que possibilita a comprovação da hipótese H1;
- existe evidência estatística de uma correlação positiva moderada entre a parte A da Escala de Cuidados Individualizados e a percepção de mudança, o que possibilita a comprovação da hipótese H2;
- existe evidência estatística de uma correlação positiva fraca entre a parte B da Escala de Cuidados Individualizados e a percepção de mudança, o que possibilita a comprovação da hipótese H3;
- o género não influencia a percepção sobre os cuidados individualizados e a mudança decorrente da frequência da consulta;
- a idade relaciona-se com a percepção sobre os cuidados individualizados e a mudança decorrente da frequência da consulta, sendo que os utentes mais idosos apresentam uma melhor percepção dos cuidados e dos processos de mudança;

- o estado civil e a formação académica influenciam a perceção sobre os cuidados individualizados, mas não a mudança decorrente da frequência da consulta.

7.2.4. Análise de conteúdo

Como referido no capítulo da metodologia o questionário é também composto por duas questões abertas:

P5 - Sente segurança no tratamento prestado pelos Enfermeiro na Consulta de enfermagem (...) ? Porquê?

P6 - Se a Consulta de enfermagem (...) não existisse, como pensaria resolver o seu problema? Porquê?

A não resposta a uma destas questões não motivou a invalidação do questionário, como já salientado, contudo a pergunta 5, “Sente segurança no tratamento prestado pelos Enfermeiro na Consulta de enfermagem (...) ? Porquê?”, verificou-se que não foi respondida por 10 utentes, sendo que todos os utentes que responderam fizeram-no de forma a corroborar a segurança na consulta.

Da análise efetuada à questão 5 emergiram um conjunto de categorias, dentro do que foi considerado como fator de segurança pelos utentes que frequentaram as consultas de enfermagem. Assim sendo, foram elencadas sete categorias nas respostas: reconhecimento do utente, execução do tratamento, atenção prestada ao utente, utilização de equipamentos de proteção individual, formação profissional, profissionalismo e informação transmitida (Figura 14).

No que diz respeito à questão – “Se a Consulta de enfermagem (...) não existisse, como pensaria resolver o seu problema? Porquê?”, encontrou-se 11 omissões de resposta. Todavia, a esta questão existiram utentes que deram mais do que uma opção para o caso de não existir a consulta em causa.

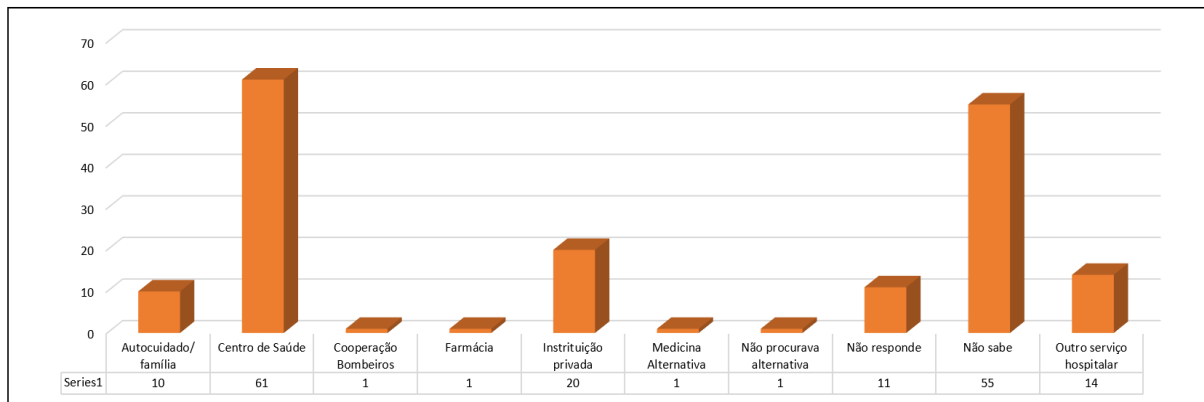


Figura 14 - As categorias emergentes sobre segurança na consulta de enfermagem

Fonte – Elaboração própria

Na resposta à questão 6 verificou-se que os 61 utentes consideraram que a melhor opção para a resolução da ausência de cuidados de enfermagem através da consulta em causa passava pela procura dos Cuidados de Saúde Primários. Contudo, verifica-se que 55 dos inquiridos não saberiam como resolver a questão. A procura por serviços de saúde privados é alternativa para 20 utentes, optariam por procurar outro serviço hospitalar 14 indivíduos. O autocuidado ou a prestação de cuidados pelos familiares surge com 10 respostas, sendo que a procura pela cooperação de Bombeiros, pela farmácia, medicina alternativa ou simplesmente pela não procura de alternativa foram respostas referidas apenas por 1 inquirido (Gráfico 4).

Gráfico 4 - Distribuição dos utentes inquiridos por alternativa à ausência da consulta de enfermagem



Fonte – Elaboração própria.

Verificou-se que só 2 inquiridos fundamentaram a sua resposta utilizando para o efeito a qualificação profissional necessária para a execução dos cuidados: “(...) porque não necessários tratamentos e este problema exige pessoas competentes para o efeito.” (p6 MCQ34), “(...) porque fui operada e não tenho competências para me tratar.” (p6MCQ51).

CAPÍTULO 8. DISCUSSÃO DE RESULTADOS

O presente estudo de caso aplicou a metodologia TDABC a uma fase específica do ciclo de cuidados – a consulta de enfermagem e, dentro desta, o alvo do estudo foi o valor do trabalho desenvolvido pelo enfermeiro. Foram excluídos outros custos nomeadamente, aspetos como estruturas físicas, dispositivos médicos e contributos de outras categorias profissionais, considerando-se dessa forma que foi realizada uma adaptação à metodologia definida pelos autores Kaplan & Porter (2011), que conceberam a avaliação do TDABC para o ciclo de cuidados e não para parte do respetivo ciclo. Todavia, e a partir desse momento inicial de definição do objeto de análise, todas as etapas do processo foram cumpridas de forma rigorosa para que os dados recolhidos possam ser considerados fidedignos.

O método TDABC possibilitou uma abordagem sistemática e clarificadora da gestão do processo das diferentes consultas de enfermagem, uma vez que a sua aplicação promoveu o desenvolvimento de uma análise profunda sobre o procedimento em estudo, especialmente no que concerne à definição da condição a incluir no projeto (etapa 1), às cadeias de valor (etapa 2) e à definição dos mapas de processos (etapa 3), para além de possibilitar a mensuração do valor do trabalho do enfermeiro através das etapas 4, 5, 6 e 7.

Na conceção da etapa 1, em todas as consultas foram incluídos diagnósticos de enfermagem que consubstanciassem a base de criação de cada consulta privilegiando-se, naturalmente, os diagnósticos que levassem ao desenvolvimento das intervenções autónomas de enfermagem.

Na definição da etapa 2 verificou-se a manutenção da mesma linha condutora com a criação de uma cadeia de valor com 4 categorias através de um desenho transversal a todas as consultas de enfermagem: Avaliação/Diagnóstico, Intervenção/Recuperação, Capacitação e Alta, onde a particularidade de cada consulta se evidencia nas atividades definidas para os diferentes estágios. Esta opção metodológica deveu-se ao desenvolvimento dos procedimentos das consultas baseados no plano de cuidados (método orientador de todos os processos de enfermagem e, conseqüentemente, a todas as consultas) que é depois ajustado de acordo com a individualidade de cada utente.

Para o efeito, considerou-se que na primeira categoria (Avaliação/Diagnóstico) existia um processo de avaliação da situação através de uma anamnese que daria depois origem a um conjunto de diagnósticos de enfermagem.

Na segunda categoria (Intervenção/Recuperação) verificou-se a existência de um conjunto de intervenções que promoveram a recuperação, seja pela execução de tratamentos/cuidados curativos, seja pelos processos de ensino, instrução e treino de acordo com o diagnóstico de enfermagem definido. O ensino, a instrução e o treino encontram-se relacionados como a conceção de conhecimento e capacidade inerentes ao diagnóstico efetuado.

A terceira categoria (Capacitação) consistiu no fornecimento de conhecimentos que permitiram o desenvolvimento de ações baseadas em ensino com o objetivo de prevenção de complicações quer pelo utente, quer pelo prestador de cuidados. A quarta categoria (Alta) traduz a necessidade de estipular processos de *follow-up* dos utentes.

Na etapa 3, na definição dos mapas de processos de cada consulta verificou-se uma similaridade de procedimentos no que concerne ao fornecimento de material pelos serviços de aprovisionamento e farmacêutico, algo que seria expectável uma vez que todas as consultas decorrem num espaço físico contíguo sob as mesmas orientações.

A segunda e terceira etapas encerraram em si uma análise sobre o que é a consulta de enfermagem e as suas mais-valias. Desta abordagem emergiu a construção de grelhas de observação que levou a uma reflexão profunda sobre as práticas executadas no cerne da consulta, recorrendo a investigadora não só à sua experiência profissional para a sua elaboração, mas também à participação de enfermeiras peritas na área, o que consistiu naturalmente numa importante mais-valia.

A etapa 4 constituiu-se como o grande desafio na concretização prática do projeto, na medida em que foi necessário despende de um período de tempo muito alargado para a sua realização, o que se traduziu por si só numa grande dificuldade. Este aspeto vai ao encontro das limitações desta metodologia explanadas na bibliografia: a necessidade de recorrer a métodos observacionais (que consomem recursos durante elevados períodos temporais) (Etges et al., 2019; Martin et al., 2018). Os fluxogramas realizados foram particularizados à consulta em causa permitindo a compreensão sobre o modo como estas são realizadas,

traduzindo através dos diversos procedimentos, as cadeias de valor e a mensuração temporal dos mesmos.

À medida que se avançava no número de observações foi ficando patente que existiam procedimentos iguais em todas as consultas e que estes tendiam a ter tempos de execução semelhantes independentemente do profissional que os executasse. São exemplos: realizar confirmação positiva do utente/colocação de equipamentos de proteção individual; ensinar/instruir sobre o despir; ensinar/instruir sobre o posicionamento.

As restantes etapas 5, 6 e 7 permitiram a concretização dos cálculos que possibilitaram a aferição do valor financeiro do trabalho realizado pelo enfermeiro na consulta de enfermagem, onde foi possível a conclusão de que a consulta de enfermagem estomaterapia foi a que consumiu mais tempo, em média 44 minutos e 06 segundos, o que se traduziu num custo de 13,67€, à qual se segue a consulta de enfermagem imuno-alergologia com uma média de 32 minutos e 51 segundos e o custo de 10,18€. A consulta de enfermagem médico-cirúrgica/tratamentos do utente cirúrgico apresenta um tempo médio de 28 minutos e 21 segundos no valor monetário de 8,79€, de seguida a mesma consulta, mas com a tipologia de utente médico com 24 minutos e 55 segundos em média e 7,72€ de custo e em último a consulta de enfermagem ortopedia/tratamentos que consumiu 21 minutos e 35 segundos em média com um custo de 6,69€.

A diferença entre os valores encontrou justificação na unicidade do utente. Para o efeito verificou-se que a consulta de estomaterapia tem grande enfoque nos processos de ensino e instrução, estando reunido nesta situação grande parte do tempo despendido. Por outro lado, a consulta de ortopedia/tratamento tem o seu foco no desenvolvimento de processos de tratamento/cuidados curativos. Num contraponto direto verifica-se que o tempo necessário, em termos médios, para o ensino e instrução é substancialmente superior ao utilizado na execução de um tratamento.

A metodologia TDABC permitiu o cálculo do valor do trabalho do enfermeiro na consulta de enfermagem hospitalar, contribuindo para dar relevo ao processo de desenvolvimento da mesma e aferir possíveis situações a melhorar, o que vai ao encontro ao referido por Martin et al. (2018), ao salientarem que este método permite uma imagem transparente do episódio

de cuidados e um quadro que permite identificar melhorias no processo de prestação de cuidados de saúde, uma vez que os dados são recolhidos ao nível do utente.

Na consecução deste projeto já foi explanado que não foram considerados outros custos, como aspetos estruturais e dispositivos médicos ou de participações de outras classes profissionais para o cálculo do custo da consulta de enfermagem. Considera-se, portanto, que se forem acrescentadas essas contribuições, o montante calculado de custo para cada consulta de enfermagem iria aumentar de forma considerável, uma vez que são utilizados neste contexto recursos de elevado valor financeiro não mensurados.

O objetivo geral do projeto é a criação de um *standard* de mensuração da consulta de enfermagem, equacionando os processos que orientam a sua criação e execução. O método TDABC, com especial enfoque nas etapas 1, 2 e 3, veio acalentar esse objetivo ao permitir a análise do que é o cerne dos cuidados em enfermagem: definição de diagnóstico, cadeia de valor e plano de cuidados. Adicionalmente, as etapas 4, 5, 6 e 7 possibilitaram aferir o custo do trabalho médio do enfermeiro por consulta, sendo necessário a associação de um método de avaliação de resultados para a elaboração de um *standard* que permita uma avaliação global. Por conseguinte, emerge agora a necessidade de se discutirem os resultados obtidos pela aplicação do questionário aos utentes das quatro consultas de enfermagem em estudo.

Os cuidados de saúde vem passando há algum tempo a esta parte por uma mudança do paradigma paternalista, que usurpava a tomada de decisão e as preferências individuais dos utentes para o corpo clínico (Delaney, 2017; Grocott & McSherry, 2018), para um modelo onde o foco de cuidados está centrado no utente, visando esta nova perspetiva o estabelecimento de uma parceria e a adoção de um modelo holístico que vá ao encontro aos valores dos utentes, estimulando o seu envolvimento nas decisões dos cuidados (Delaney, 2017).

Na conceção do cuidar holístico torna-se necessário um enquadramento sobre o modo como os cuidados devem ser prestados para ir ao encontro do indivíduo observado como um todo. Naturalmente, o conceito de cuidados centralizados ou individualizados, ou seja, uma prática onde o foco está no utente, emerge como um dos meios para atingir o propósito enunciado, possibilitando ainda aos enfermeiros exercerem um papel de advogado do utente na

representação das suas escolhas e uma forma de ir além das competências técnicas envolvidas na prestação de cuidados (Amaral, 2014; Delaney, 2017).

Os resultados encontrados sobre a aplicação de cuidados de enfermagem centralizados têm demonstrado que são valorizados e considerados como um benefício para o utente. Para os enfermeiros surgem, também, como forma de avaliação através dos dados obtidos (Suhonen et al., 2012). No presente estudo, devido a questões temporais e a uma eventual limitação sobre o tamanho de amostra dos enfermeiros (a equipa é constituída por 22 elementos), optou-se apenas pela abordagem do utente, sendo que a procura de métodos avaliativos por parte dos utentes para o estabelecimento de processos de melhoria de qualidade e segurança nas organizações é cada vez mais comum e premente (Cleary, 2016; Direção Geral da Saúde, 2021; Kieft et al., 2014; Martins & Perroca, 2017; Menditto et al. 2021).

Neste contexto, procurou-se a seleção de uma escala que permitisse avaliar a perceção do utente sobre a forma como decorreu o desenvolvimento dos cuidados de enfermagem, especificamente se são consideradas, ou não, as particularidades dos diferentes prismas da sua individualidade, e uma outra que traduzisse o resultado desses cuidados através da análise sobre a mudança global ocorrida e a satisfação com o tratamento.

É importante realçar que os resultados na ótica do utente têm um comportamento dinâmico sofrendo influências das necessidades, expectativas, valores de cada um e, ainda, do impacto do decurso evolutivo dos cuidados (Larson et al., 2019). A experiência do utente reflete aspetos interpessoais da qualidade dos cuidados recebidos, sendo que os domínios inerentes a estes processos podem ser modificados por fatores como as características das instalações (número de pacientes atendidos por prestador de cuidados de saúde, disponibilidade de recursos e serviços), as características dos utentes (sociais e demográficas, história clínica, comportamento de procura de cuidados de saúde) e o tipo de serviço (tratamentos preventivos versus de emergência). Estes domínios são eles próprios alteráveis de acordo com o país e o sistema de saúde em causa e podem ser promotores de mudanças de necessidades, expectativas e valores do próprio utente (Larson et al., 2019; Price et al., 2015).

Assim, a Escala de Cuidados Individualizados ao subdividir-se em três dimensões - situação clínica, situação da vida pessoal e controlo sobre decisões relacionadas com os cuidados - assoma-se com um potencial exploratório verdadeiramente transversal ao ato de cuidar,

reunindo um conjunto de informação devidamente balizada sobre o que é útil para o desenvolvimento da prestação de cuidados de enfermagem. Já no que diz respeito à seleção da PGIC, a sua escolha residiu no facto de permitir a tradução, num ato único mensurável, do resultado dos cuidados de enfermagem recebidos na consulta através da perceção de mudança ocorrida após o conjunto de consultas frequentadas.

Apesar de já referenciado, torna-se importante voltar a salientar que a Escala de Cuidados Individualizados foi adaptada ao contexto do estudo. Assim, as alterações efetuadas residem não só na terminologia de alguns itens e na eliminação de outros dois, mas também na população alvo (utentes internados para utentes em ambulatório). A associação destes aspetos poderá contribuir para justificar a não correspondência integral entre os fatores extraídos de forma livre na parte B da escala e a escala original. Todavia, no estudo desenvolvido por Petroz et al. (2011) verificou-se uma situação similar, ao apurar-se que o número de fatores extraídos na parte B também não correspondia ao proposto pelos autores da escala. Também no processo de validação da escala para Portugal, Amaral et al. (2014) verificaram que existiam itens que apresentavam pesos fatoriais não concordantes com a versão original (quer na parte A, quer na parte B), mas os valores de consistência interna do alfa de Cronbach e de fiabilidade asseguraram as propriedades psicométricas da escala, tal como aconteceu na presente investigação.

O desenvolvimento do estudo possibilitou a aferência de que os cuidados de enfermagem foram considerados pelo utente como cuidados individualizados com uma média na parte A de 4.3 (dp 0,6) e na parte B de 4.5 (dp 0,6). A mesma situação é apresentada nos estudos desenvolvidos por Suhonen, Berg, et al. (2010) onde foram apresentados um conjunto de dados obtidos pela utilização da Escala de Cuidados Individualizados em diversos países como Finlândia, Grécia, Suécia, Inglaterra e Estados Unidos da América onde foi evidenciado, por um lado, que os utentes consideram que as práticas de enfermagem procuram ir ao encontro à sua individualidade (dados obtidos a partir da parte A da escala de Cuidados Individualizados) e, por outro, que a perceção do utente sobre o individualismo dos cuidados é considerado elevado (dados obtidos a partir da parte B da escala de Cuidados Individualizados) nos locais onde esses estudos foram conduzidos.

Também foi possível estabelecer uma correlação positiva entre o que foi questionado pelos enfermeiros ao utente para particularizar o seu cuidado e a sua aplicação prática, o que confirma a H1.

No presente trabalho, a parte B da escala apresentou uma média de resposta superior à parte A, o mesmo se verificou nos estudos de Gurdogan et al. (2015) e de Petroz et al. (2011). Esta circunstância poderá ser o resultado de uma experiência mais alargada onde para o mesmo resultado, perceção sobre individualização de cuidados, podem concorrer um conjunto de fatores nomeadamente a possibilidade da presença da família nos cuidados. Se se verificar o resultado do item A10 (Têm-me perguntado sobre se quero que a minha família participe nos meus cuidados) este obteve uma pontuação média de 3,75, mas para o item correspondente B10 (A minha família tem participado nos meus cuidados quando assim desejo) o valor foi de 4,41. Poderá advir desta constatação que embora o enfermeiro não questione o utente sobre o desejo da família participar nos cuidados, quando ela está presente é envolvida no processo, o que pode acalentar uma maior perceção de centralização do cuidado.

Numa análise pormenorizada verifica-se, ainda, que o domínio da situação da vida pessoal na parte A da escala foi o que apresentou uma pontuação menor: 3,9 (dp 1,1). Os dados obtidos pelos estudos de Petroz et al. (2011) e de Suhonen, Berg, et al. (2010) apresentam, também, valores inferiores aos restantes nos itens relativos à situação da vida pessoal. Tendo em linha de conta que as questões relacionadas com a situação da vida pessoal abordavam hábitos diários, atividades fora do hospital e a interação familiar nos cuidados, estes aspetos podem ter sido apreciados como questões da esfera privada que poderá justificar o serem considerados desajustados em alguns contextos da consulta e assim justificar uma pontuação positiva inferior neste fator.

Não obstante os bons resultados obtidos no presente trabalho, e até porque existe um aspeto que deve ser alvo de reflexão (domínio da situação da vida pessoal), continua a ser necessário trilhar o caminho da superação no que diz respeito à participação do utente e do prestador de cuidados/acompanhante na tomada de decisão, na sua satisfação e resolução dos cuidados (Martins & Perroca, 2017).

Foi ainda verificada uma correlação positiva entre a perceção da forma como a individualidade do utente foi considerada pelo enfermeiro no desenvolvimento das atividades nas consultas

de enfermagem e o modo como os utentes percecionam essa individualização nos cuidados. Sendo que no estudo apresentado por Gurdogan et al. (2015) também se verificou uma correlação positiva entre a parte A e a parte B da escala.

Ao enfermeiro cabe a responsabilidade de promover a humanização dos cuidados de enfermagem assumindo para o efeito o dar, durante a prestação de cuidados, atenção à pessoa como uma identidade única, inserida numa família e comunidade, contribuindo para criar um ambiente propício ao desenvolvimento das potencialidades da pessoa cuidada (Mota et al., 2016). Assim sendo, os cuidados centralizados na pessoa constituem-se como um aspeto essencial na qualidade por duas ordens de razão: em primeiro lugar, porque é intrinsecamente importante ser reconhecido às pessoas o direito de serem tratadas com dignidade e respeito durante a utilização dos serviços de saúde, em segundo lugar, os cuidados de saúde individualizados estão associados a uma melhor utilização dos serviços de saúde e resultados (Botelho et al., 2015; Delaney, 2017).

Assim é relevante a compreensão se os cuidados prestados nas consultas promoviam mudança que traduzia diferença profícua para o ciclo de vida do utente e satisfação com o tratamento. Foi possível observar que 34,13% dos inquiridos consideraram que a mudança obtida através das consultas resultava numa melhoria considerável que fazia toda a diferença e 29,94% consideraram essa mudança real e útil, reunindo apenas nestes dois itens a maioria das respostas. Num contraponto verificou-se que apenas 1,20% considerou não existir alterações, ou eventualmente que a sua condição até piorou.

Uma vez que os cuidados de enfermagem prestados no âmbito das consultas de enfermagem foram percecionados como individualizados e que foi considerado que esses mesmos cuidados eram promotores de mudança positiva, procurou-se aferir se existia uma correlação entre a perceção da forma como a individualidade do utente foi considerada pelo enfermeiro no desenvolvimento das atividades nas Consultas de enfermagem e a mudança na sua vida decorrente dos cuidados recebidos (H2) e se existia uma correlação entre o modo como os utentes percecionam a individualização dos cuidados recebidos nas Consultas de enfermagem e a mudança na sua vida decorrente dos cuidados recebidos (H3).

Através da análise estatística foi verificada a existência de uma correlação positiva entre os propostos elencados na H2 e H3.

A mudança positiva, útil, decorrente dos cuidados é um dos objetivos pretendidos com a prestação de cuidados centralizados. Quando a mudança ocorre baseada nesses cuidados, poderá ser refletida de diversas formas, como na tomada de decisão e na autonomia (Botelho et al., 2015; Köberich et al., 2016; Suhonen et al., 2008).

A autonomia sobressai como indicador positivo de mudança, onde decorrente de um processo patológico esta poderia estar comprometida em diversos níveis e formas. Este aspecto assume particular relevo quando em causa estão consultas como a de estomaterapia e imunológico, onde o cerne dos cuidados vai no sentido do ensino, instrução e treino para que a pessoa/prestador de cuidados possa desenvolver processos de autocuidado. Mota et al. (2016) salientam que no que concerne a processos de autocuidado a família assume, no domicílio, um papel fundamental contribuindo, por exemplo, no caso dos utentes com estomas, para a aquisição de processos de independência. Tornando, mais uma vez, crucial o envolvimento da família nos processos de cuidados individualizados como foi evidenciado através do item B10 da Escala de Cuidados Individualizados.

Para além dos processos de autonomia do utente, é de realçar que um corpo crescente de investigação tem vindo a demonstrar que a prestação de cuidados centrados no utente está associada a menos testes diagnósticos e encaminhamento para especialidades, menos hospitalizações e readmissões, e custos mais baixos (Grocott & McSherry, 2018; Price et al., 2015), o que se traduz também num benefício para a instituição e em última estância para a sociedade.

Assim, os esforços para transformar a cultura de cuidados devem ser multifacetados e ocorrer nos vários níveis da organização, incluindo a liderança. O estudo de Bokhour et al. (2018), à semelhança de outros apresentados no mesmo artigo, evidencia que a mudança para os cuidados centralizados no utente não pode ocorrer apenas no nível clínico, mas em toda a organização, apesar de ser considerado que o desenvolvimento de pequenas estratégias possam funcionar como um incentivo para a evolução de toda a estrutura organizacional.

Dessa forma, os esforços deverão ser efetuados no sentido do estabelecimento de prioridades, políticas e procedimentos incorporando a individualidade do utente na perspetiva da inovação (Amaral, 2014; Bokhour et al., 2018).

Para fazer face aos objetivos traçados procedeu-se à análise sobre a relação das variáveis sociodemográficas na perceção dos cuidados individualizados de enfermagem e a mudança.

No estudo de corte-transversal desenvolvido por Köberich et al. (2016) foi salientado, através da referência a vários trabalhos, um conjunto de fatores que influenciam a satisfação do utente com os cuidados, muitas vezes considerada como um resultado dos cuidados individualizados. Assim uma idade mais elevada, género masculino, nível educacional ou socioeconómico inferior e um melhor estado de saúde ou qualidade de vida são fatores associados a uma melhor satisfação com cuidados de enfermagem. Também, as investigações levadas a cabo por Bleich et al. sugeriram que aspetos como a idade e educação podem explicar variações nas experiências dos utentes, assim como a capacidade para avaliar a qualidade dos cuidados recebidos e a satisfação com esses mesmos cuidados (Larson et al., 2019).

No presente estudo, os resultados obtidos relativamente à perceção dos cuidados individualizados e à mudança não foram influenciados pelo género, à semelhança dos dados obtidos por Karaca & Durna (2019) e Köberich et al. (2016). Assim sendo, poderá intuir-se que a amostra em estudo apresenta uma visão homogénea sobre os cuidados independentemente do género, podendo contribuir para esse aspeto o facto objetivável que a amostra é homogénea na distribuição do número de indivíduos: 51% do sexo feminino e 49% do sexo masculino.

Na investigação em curso, a idade influencia a perceção dos cuidados individualizados e a avaliação da mudança decorrente da frequência da consulta, sendo que os utentes mais idosos apresentam uma perceção mais positiva sobre os cuidados individualizados e sobre a mudança auferida. De facto, em vários trabalhos a idade surge como um fator que interfere na avaliação dos cuidados individualizados, verificando-se que, de forma geral, as pessoas mais idosas apresentam avaliações mais positivas (Cleary, 2016; Rodrigues - Martin, 2019). Como contraponto o estudo de Karaca & Durna (2019) demonstrou que as pessoas com 56 ou mais anos estavam menos satisfeitas com os cuidados prestados, sendo uma das hipóteses levantadas a possibilidade de a idade acarretar muitas vezes atitudes menos positivas e baixos índices de tolerância. Também, o trabalho desenvolvido por Ozturk et al. (2020) salienta também que pessoas mais jovens apresentam maiores níveis de satisfação.

O estado civil também pode levar a alterações de percepção: no estudo de Anes & Ferreira (2018) os indivíduos viúvos apresentam melhor percepção sobre os cuidados, sendo que no estudo de Laal, (2013) os solteiros percecionavam a qualidade dos cuidados de forma mais diminuta. Já no trabalho desenvolvido por Ozturk et al. (2020) o estado civil não alterou a percepção de satisfação com os cuidados de enfermagem. Na presente investigação verificou-se que ao estado civil influenciava a percepção sobre os cuidados centralizados.

Nos estudos desenvolvidos por Karaca & Durna (2019) e Ozturk et al. (2020) indivíduos com mais formação apresentaram níveis de satisfação com os cuidados superiores em relação aos menos instruídos. Em sentido contrário, os resultados do trabalho de Santos et al. (2017) realçaram que quanto menor o grau de escolaridade, maior o nível de satisfação do utente dos cuidados de saúde. No presente estudo, a formação académica surgiu como influenciadora sobre a percepção dos cuidados individualizados, contudo evidencia-se uma assimetria considerável na amostra em estudo face ao número de pessoas sem escolaridade ou 1º ciclo (grupo 1: 48 indivíduos) *versus* formação superior (grupo 4: 11 indivíduos).

Quando à percepção de mudança decorrente da frequência das consultas verificou-se que o género, o estado civil, assim como a formação académica não influenciaram a noção de mudança. A percepção de mudança no nosso estudo apenas foi influenciada pela variável idade. De facto, muitas são as alterações comportamentais decorrentes do avanço da idade, e talvez por questões relacionadas com a criação de expectativas de resultados rápidos em contraponto com a noção de cronicidade e uma maior ou menor tolerância face ao ritmo desejável de mudança esta seja a única variável que influencia a percepção de mudança.

Um aspeto que tende a influir na percepção dos utentes é a noção de segurança. Para o efeito, a segurança do utente é algo que há muito preocupa as diversas organizações de saúde, tenham elas um cariz nacional ou internacional. Dentro do âmbito internacional, em 2008 a Organização Mundial de Saúde, através da *World Alliance for Patient Safety*, publicou um livro onde se procurava emanar um conjunto de pressupostos que pudessem orientar a investigação sobre a segurança do utente (World Alliance for Patient Safety, 2008). Já neste documento se referenciavam questões que vão além de aspetos individuais, como estruturas e processos organizacionais. No mesmo livro, Kitch et al. (2008) salientam que não existe um consenso claro sobre as dimensões essenciais da cultura de segurança, sendo ainda referido

que no que concerne a processos de cuidados em ambulatório existe, ainda, muito a fazer. Numa norma de 2018 e atualizada em 2020, a Direção Geral de Saúde (DGS) implementou a avaliação da cultura de segurança do doente nos hospitais (Direção Geral da Saúde, 2020a). Contudo, essa norma avalia apenas a perceção da cultura de segurança na ótica dos profissionais e colaboradores, carecendo ainda de análise a perceção do utente sobre a segurança percebida durante os cuidados de saúde. No que concerne ao processo de análise de conteúdo referente à segurança sentida pelos utentes nas consultas de enfermagem em análise foram identificadas sete categorias nas respostas: reconhecimento do utente, execução do tratamento, atenção prestada ao utente, utilização de equipamentos de proteção individual, formação profissional, profissionalismo e informação recebida.

No contexto do projeto, a realização desta questão possibilitou a compreensão sobre quais os domínios que o utente considera relevantes sobre a sua conceção de segurança, e numa análise comparativa sobre o que é proposto para avaliação através da norma da DGS e os dados referidos pelos utentes é passível encontrar vários pontos de confluência, como sejam a formação profissional/profissionalismo e a comunicação.

O reconhecimento do utente com afirmações como *“(...) as enfermeiras reconhecem-me e sabem o histórico do meu tratamento.”* (p5.MCQ1) e *“(...) tratam-me pelo nome (...)”* (p5.MCQ2), mas também o reconhecimento que surge através do processo de execução do tratamento *“(...) têm conhecimento pessoal do tratamento (...)”* (p5.MCQ10) e *“(...) ajudaram-me a melhorar a minha condição física.”* (p5.OQ1), são aspetos referidos como uma mais-valia no cuidar. Para o efeito considera-se que os profissionais de saúde ao atuarem com atenção à individualidade do utente, numa associação técnica e de sensibilidade humana, estão a respeitar a dignidade da pessoa e concomitantemente, a contribuir para a orientação e ajuda na solução dos problemas que acompanham a doença (Simões, 2014).

Por vezes, o indivíduo embora tecnicamente tratado é muitas vezes coisificado, o que nos leva a refletir sobre o risco da desumanização (Simões, 2014). Assim quando os inquiridos salientam *“São muito atenciosas e cuidadosas com as minhas necessidades.”* (p5.MCQ36), *“(...)ajudaram-me a ter uma nova vida.”* (p5.EQ1), *“Todos os cuidados prestados são efetuados com o maior dos cuidados tendo sempre em conta as necessidades e sentimentos do paciente.”* (p5AQ8) ou *“Porque me tratam como Ser Humano.”* (p5.OQ29) denota-se uma preocupação

com a pessoa cuidada, refletindo, dessa forma, princípios holísticos inerentes à prática de Enfermagem, aspetos enquadrados na categoria “atenção prestada ao utente”.

De facto, a atenção prestada ao utente permite também ajudar o utente a tornar-se ativo no seu processo de saúde, estimulando-o a desenvolver os seus pontos fortes e a criar novos, tais como fomentar mecanismos para lidar com a doença. Esta atenção deverá ser também demonstrada aos prestadores de cuidados (Aued et al., 2019).

No estudo promovido pelo Movimento Saúde em Dia – Não mascare a sua saúde, uma iniciativa da Associação Portuguesa dos Administradores Hospitalares e da Ordem dos Médicos em parceria com a Roche, realizada no âmbito da análise ao acesso a cuidados de saúde em tempos de pandemia com uma amostragem representativa da população portuguesa e com dados recolhidos entre 28 de agosto e 7 de setembro de 2020, concluiu-se que cerca de metade da população inquirida considerou sentir-se segura no acesso aos cuidados de saúde, contudo o receio de contágio com covid-19 surge como a principal justificação para a sensação de insegurança nos cuidados de saúde (Movimento Saúde em Dia, 2020). De alguma forma, esta questão emerge também no projeto quando a segurança sentida no decurso das consultas de enfermagem foi associada à categoria “utilização dos equipamentos de proteção individual” evidenciando-se através das seguintes expressões “(...) *estão com os fatos para se protegerem da covid e me protegerem.*” (p5.MCQ2) e “*Cumprimento das normas de higiene (...).*” (p5.MCQ29). Esta temática tem recebido uma vasta atenção mediática face à situação pandémica causada pela doença covid-19, pelo que o surgimento desta categoria era expectável. Sobre este assunto, a DGS considera que a utilização de equipamentos de proteção individual de forma adequada garante simultaneamente a proteção e total segurança, pelo que o seu uso correto deverá ser uma prática diária (Direção Geral da Saúde, 2020b).

A profissão de enfermagem tem sofrido nos últimos anos um conjunto de transformações, quer no seu ciclo de estudos, quer no que diz respeito à complexificação e dignificação do seu exercício profissional (Ordem dos Enfermeiros, 2015). Assim a formação desempenha um papel importante na realização de objetivos institucionais através da combinação do interesse organizacional e dos trabalhadores, sendo considerada como um fator essencial para uma maior eficiência. É considerada como um investimento que levará à promoção interna, ao

desenvolvimento pessoal e ao sucesso dos planos organizacionais (Chaghari et al., 2017), evidenciando-se como um processo cíclico que contribui para um processo global de conhecimento, que tem como beneficiário último os utentes que irão receber os cuidados de saúde (Ortega et al., 2015).

De facto, e em virtude do contexto pandémico vivido, a profissão de enfermagem observou um acréscimo de visibilidade sobre vários prismas: formação, tipologia de trabalho e mesmo remuneração. Acredita-se que o surgimento de expressões como *“Porque conheço a qualidade dos enfermeiros e a excelente formação que têm antes e durante a atividade.”* (p5.MCQ65), *“(...) conhecimento técnico, mostram como se faz.”* (p5.EQ19) e *“Porque os enfermeiros têm conhecimento e mostram conhecimento sobre as situações pelas quais passamos e ajudam a resolvê-las.”* (p5.AQ9) foram fruto da experiência vivida, mas também decorrente de informação tornada pública de forma mais veemente nos últimos meses.

A formação profissional é tipicamente direcionada aos valores e princípios profissionais, no entanto, estes aspetos não são suficientes para a definição de um bom profissional, é necessário estabelecer a forma como usar esses valores. O código deontológico estabelece um espaço valioso para explicitar os valores e princípios que regem a profissão (Campillay-Campillay et al., 2020), sendo que associado a estas noções urge o conceito de profissionalismo.

O profissionalismo emerge como categoria, sendo uma conceção evolutiva muito dependente das características socioculturais de quem o define. Todavia, como requisitos basilares do profissionalismo emergem conceitos como integridade, compromisso com o utente, com a profissão e justiça social, respeito, defesa dos direitos do utente, confidencialidade, código de ética e desenvolvimento profissional (Cruess & Cruess, 2016).

Assim sendo, quando é referido *“A enfermeira que me acompanha tem um alto grau de profissionalismo (...).”* (p5AQ15), *“Muito profissionais e acima de tudo muito humanos. Cinco estrelas.”* (p5MCQ53) ou *“Porque o faz com competência e profissionalismo.”* (p5OQ27) e, atendendo que este conceito emerge a partir de pressuposto de “segurança” poderá aferir-se que, e à semelhança do evidenciado por Marçal & Zagonel (2020), o profissionalismo tem a sua construção a partir da apreensão de conhecimentos, competências, habilidades e comportamentos, constituindo-se como princípios importantes e fundamentais para a

prestação de cuidados. Também no estudo de Petroz et al. (2011) são utilizados adjetivos como “profissional” e “excelente” para descrever o desempenho dos enfermeiros. O profissionalismo emerge dessa forma como um meio de prestar um trabalho que proporciona cuidados de saúde de qualidade que pressupõe, para além do conhecimento e experiência, envolvimento e compromisso (Benedet et al., 2018).

A última categoria encontrada é referente à informação. Delaney (2017) salienta que quando os utentes são providos de suporte, educação e informação são capazes de se apropriar de melhores ferramentas para melhor gerir os seus processos de saúde. Assim, a informação assume um papel preponderante no processo de cuidados detendo várias facetas de acordo com os intervenientes. Por exemplo, quando se trata de informação entre profissionais e existe uma quebra no seu fluxo poderá incorrer-se na duplicação de ações profissionais, o que consequentemente levará a um aumento dos custos de saúde, atraso na resolução de problemas e deficiências no encaminhamento e sistema de referenciação (Aued et al., 2019). Também é expectável supor-se que os utentes têm mais probabilidades de ficarem desapontados com os resultados do tratamento quando a informação que procuravam não foi fornecida (Köberich et al., 2016).

Ao invés do referenciado no estudo de Martins & Perroca (2017) onde as atividades de ensino e acompanhamento do utente, parte integrante e basilar do processo de enfermagem, são ainda um desafio por alcançar, no projeto em causa estas premissas foram realçadas pelos utentes inquiridos como princípios do cuidar com resultados verdadeiramente positivos na vida diária dos utentes: *“Porque ajudam-me a tratar melhor o meu estoma e ajudaram-me a esclarecer as minhas dúvidas.”* (p5.EQ3), *“Sempre disponíveis para esclarecer as minhas dúvidas. 5 Estrelas.”* (p5.OQ41), *“(…)tenho tido qualidade de vida com as indicações recebidas.”* (p5.EQ4), *“Porque me é explicado tudo o que vai acontecer e o que poderá acontecer.”* (p5.AQ14) ou *“(…) explica tudo o que devo fazer.”* (p5.OQ33). Fica também evidente que a informação recebida permitiu clarificar dúvidas e dessa forma a aquisição de uma noção de vida melhor, o que é salientado por Mota et al. (2016) ao considerar que os processos de cuidados são aprendidos com os profissionais de saúde e adaptados pelo utente de acordo com a sua realidade. O mesmo autor salienta que os enfermeiros desenvolvem ações de educação em diversas dimensões da vida, o que no exemplo de uma pessoa com

ostomia essas orientações podem envolver aspetos físicos, emocionais, sociais económicos, familiares e sexuais.

Informação clara, empática, comunicação nos dois sentidos e o respeito pelas crenças e preocupações dos utentes podem levar os utentes a estarem mais bem informados e envolvidos nas tomadas de decisão, criando um ambiente favorável à partilha de informação e ao desenvolvimento de expectativas mais realistas em volta dos seus cuidados e prognósticos (Doyle et al., 2013; Grocott & McSherry, 2018; Karaca & Durna, 2019).

Da análise às respostas obtidas na questão 6, a opção “centro de saúde” desponta como uma resposta natural em virtude da forma organizativa do SNS Português. Os cuidados de saúde primários, onde se enquadram os “centros de saúde”, constituem-se como uma abordagem à saúde e bem-estar alicerçada nas necessidades e circunstâncias dos indivíduos, famílias e comunidades. Significa uma prestação de cuidados globais às pessoas, de acordo com as suas necessidades ao longo do ciclo vital e não apenas um meio para tratar doenças específicas. Estes cuidados providenciam cuidados de saúde completos que envolvem promoção da saúde e prevenção da doença, reabilitação e cuidados paliativos, tão próximo quanto possível do seu ambiente familiar (World Health Organization, 2021b).

A resposta “Não sei” surge como segunda opção, logo seguida pelo surgimento das entidades privadas. Esta opção evidencia a constatação do aumento de custos por parte das famílias no que diz respeito aos cuidados da saúde (Conselho Nacional de Saude, 2017; Coulter et al., 2019). Numa observação aos dados disponíveis através do *site* PORDATA (2021) é possível aferir que a despesa corrente em cuidados de saúde pelas famílias tem desde o ano 2000 até 2019 uma curva tendencialmente ascendente, verificando-se uma ligeira inflexão em 2020, que poderá ser justificada pelo encerramento ou dificuldade no acesso a muitas instituições privadas de saúde decorrente da situação pandémica vivida em Portugal motivada pela doença covid-19.

Numa análise global é possível aferir que os utentes das quatro consultas reconhecem que os cuidados de saúde prestados pelos enfermeiros são individualizados, da mesma forma que identificam que os cuidados recebidos neste contexto influenciam de forma positiva a perceção global de mudança e a satisfação com o tratamento.

Assim sendo, após estes resultados verificou-se que é mensurável financeiramente o custo do trabalho do enfermeiro na consulta de enfermagem, de que os cuidados de saúde fornecidos através das consultas de enfermagem de médico-cirúrgica/tratamentos, ortopedia/tratamentos, estomaterapia e imuno-alergologia são percecionados como individualizados e promotores de mudança com impacto positivo no ciclo de vida dos utentes que as frequentam, logo acrescentam valor aos cuidados de saúde prestados pelo CHO-CR. De facto, estes dados vêm acalentar que o valor não é apenas uma captura do momento dos cuidados de saúde, mas pelo contrário tem um impacto direto na vida dos utentes (Bright & Franklin, 2018).

Na Conferência ICHOM em Portugal, Diane Bell salientou que os resultados que importam realmente aos utentes estão agora a serem enquadrados nos modelos de pagamento (International Consortium for Health Outcomes Measurement, 2017), ou seja, equaciona-se o financiamento através da prestação de cuidados baseada em valores. Este mecanismo de pagamento evidencia o valor através da aquisição de condições de melhoria na vida do utente (Cohen, 2020).

Para que se inicie uma estratégia de pagamento baseado em valor torna-se imprescindível a capacidade para medir os resultados (Dunbar-Rees, 2018; Stowell & Akerman, 2015; Teisberg et al., 2020). A importância da avaliação dos resultados reside na definição do objetivo da organização e sua diferenciação, na clarificação da composição das equipas de cuidados, motivação dos profissionais de saúde para desenvolver *benchmarking* e a aprender uns com os outros, na promoção de uma redução de custos e, por fim, na passagem de um sistema de pagamento baseado em volume para um fomentado em valores (Blaschke et al., 2020; Stowell & Akerman, 2015). De facto, o desenvolvimento desta investigação pretende dar início a um processo que possibilite o debate sobre a inclusão das consultas de enfermagem, através do valor que promovem, no processo de financiamento hospitalar.

Em Portugal, no contexto privado de prestação de cuidados de saúde, a José de Mello Saúde, através do seu Programa de Qualidade e Segurança tem desenvolvido processos para a obtenção de uma melhoria organizada e persistente na sua estrutura, processo e resultados baseados em princípios como cuidados centrados no doente, melhoria continua, cultura de transparência, envolvimento das pessoas, liderança pelo exemplo e criação de valor (José de

Mello Saúde, 2019). No setor público da saúde, a Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares, com o apoio de instituições privadas, lançou um projeto denominado “3F – Financiamento, Fórmula para o Futuro” em 2018 cujos principais objetivos é o reconhecer os principais obstáculos que afetam o financiamento dos hospitais do SNS, identificar ineficiências na rede de prestação de cuidados de saúde e desenvolver possíveis soluções que permitam a melhoria e evolução do modelo de prestação em Portugal. Com o desenvolvimento desta iniciativa, emergiu o projeto “Farol” no Instituto Português de Oncologia no Porto que deu início a um processo de mensuração dos custos reais na patologia do cancro do pulmão, utilizando para o efeito a metodologia TDABC, e a uma proposta de financiamento baseada nos resultados através da centralização do utente (Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares, 2021). A existência destes projetos traz então para a realidade portuguesa a tentativa de mudança de paradigma de financiamento baseado na quantidade para um fomentado numa ótica de cuidados de saúde baseados em valor.

Atualmente, no CHO verifica-se que os profissionais alocados à realização das consultas de enfermagem são considerados apenas como custos na contabilidade hospitalar. Esta realidade veio promover o desenvolvimento de questões a nível de gestão organizacional e financeira:

- A inclusão das consultas de enfermagem no financiamento hospitalar não contribuiria para uma alocação mais precisa e correta de recursos hospitalares (humanos e físicos)?
- Qual seria o valor de financiamento por consulta?

Se analisarmos o contrato programa do CHO verifica-se que não é equacionada a produtividade em termos de consultas de qualquer outra classe que não a médica. Mas a realidade demonstra que existem outras classes profissionais que realizam consultas, nomeadamente os enfermeiros como já constatado. Verifica-se assim que os cuidados de enfermagem como produto tendem a ser simplificados ou pouco valorizados, uma vez que de acordo com Newbold (2008 citado por Amaral, 2014) os gestores não possuem uma ideia clara sobre o que os enfermeiros podem e devem fazer, e como o seu trabalho é diferente do desenvolvido por indivíduos como menos competências e formação.

Todavia, e de acordo com Amaral (2014) esta situação poderia ser obviada, se existisse compreensão sobre a forma como os enfermeiros geram valor. O mesmo autor salienta que

as mudanças e as reformas no modo de pagamento às instituições prestadoras de cuidados de saúde devem equacionar de forma imperiosa a definição da contribuição da enfermagem para que todas as reformas sejam bem-sucedidas do ponto de vista económico. Ou seja, sem que se verifique um aumento de custos e sem diminuição da qualidade de cuidados, para que não exista repercussões ao nível dos resultados obtidos pelos utentes, na satisfação dos enfermeiros e da própria sustentabilidade do sistema de saúde.

Baseado em dados obtidos durante o período de observação para a aplicação da metodologia TDABC constatou-se que, em quatro meses, foram realizadas sensivelmente 2.600 consultas de enfermagem nas quatro especialidades em estudo, o que num cenário estimado, que se acredita próximo da realidade, poderia corresponder a um somatório de cerca de 30.200 consultas/ano das várias especialidades nas três instituições do CHO. Num exercício académico e tendo por base o valor de 16€ (referido em Diário da República como o valor a cobrar a terceiros sobre a consulta de enfermagem - Portaria n.º207/2017) realizaram-se alguns cálculos para estimar o valor passível de impactar o orçamento, que se cifrou em 483.200,00€. No panorama orçamental do CHO estes valores são considerados relevantes, uma vez que das 11 rubricas atribuídas às consultas externas, este valor em ordem decrescente ficaria situado na quinta posição.

Numa análise do custo de oportunidade, a consulta de enfermagem para além do eventual incremento orçamental, constitui-se ainda como um recurso importante da instituição hospitalar, contribuindo para um acompanhamento mais próximo dos utentes, obviando a utilização desmesurada dos serviços de urgência através da resolução de muitas questões classificadas como “não urgentes” e “pouco urgentes”. É de salientar que quando a temática é a prestação de cuidados de saúde baseada em valores, a tónica não está na diminuição do custo do serviço ou na intervenção individual, mas sim na minimização do custo global de cuidados contribuindo para o efeito intervenções precoces, redução do erro, complicações e intercorrências da doença (Cleary, 2016; Teisberg et al., 2020; Teperi et al., 2009).

Um outro ponto de análise reside no valor referenciado de 16€/consulta de enfermagem. De facto, se observarmos os valores do custo do trabalho do enfermeiro nas consultas em estudo, em todas o valor calculado é inferior ao referido. Mas se acrescentarmos todas as variáveis salientadas e não consideradas neste estudo, esse valor poderá ser insuficiente para

suplementar os custos decorrentes desta prestação de cuidados. Urge desta forma continuar o desenvolvimento desta investigação para que seja possível a apresentação de um valor sobre a consulta que traduza um financiamento eficiente baseado e ajustado à realidade.

Para que seja possível o desenvolvimento de um financiamento baseado em valor é necessário um olhar alargado sobre a prestação de cuidados, pelo que não se poderá ficar apenas pela análise do processo. É necessário incorporar nesta análise também a perspetiva de quem usufruí dos cuidados: o utente.

Assim, urge a necessidade de remodelar o paradigma de financiamento hospitalar de modo que o valor possa ser considerado, possibilitando dessa forma que os cuidados de saúde sejam financiados de um modo mais eficiente e adequado.

Em 2018, José Carlos Caiado, à altura Presidente do Conselho Diretivo da ACSS IP, evidenciava a importância da garantia de um orçamento para a saúde que assegurasse as necessidades de procura dos serviços existentes e que esses mesmos serviços fossem remunerados de uma forma clara, objetiva e de acordo com a complexidade do serviço que é prestado na instituição (Caiado, 2018). Ao mesmo tempo, reforçava a ideia da necessidade de identificar e medir indicadores entre a saúde e a economia de forma a suportar o desenvolvimento de abordagens inovadoras que contribuíssem para a melhoria do desempenho do sistema.

Para o efeito e como já referido, os processos de financiamento hospitalar público estão, hoje em Portugal, assentes nos GDH, e na sua conceção evidencia-se que existem GDH onde são equacionados mais necessidades de cuidados de enfermagem do que em outros, demonstrando-se que o incremento da severidade do diagnóstico está intimamente relacionado com o aumento dos cuidados de enfermagem, devendo esta premissa ao facto de que muitas das problemáticas que surgem podem ser solucionadas pelos enfermeiros (Amaral, 2014). Por outro lado, Porter & Kaplan (2016) salientam os GDH não cobrem serviços cruciais para a obtenção de bons resultados e valor global, como a educação e aconselhamento do utente, saúde comportamental e acompanhamento sistemático, muitas das questões elencadas na base dos planos de cuidados de enfermagem, tal como nem se destinam à tomada de decisão (Keel et al., 2020). Por conseguinte, existe aqui a possibilidade de se equacionar o financiamento dos cuidados de saúde prestados pelos enfermeiros, através do valor por eles produzido. De facto, uma interação próxima entre os consumidores

de cuidados de saúde nos mais variados contextos permite aos enfermeiros uma boa compreensão sobre as necessidades em saúde, atendendo ainda aos fatores ambientais que envolvem o agregado familiar e à forma como os utentes reagem aos serviços e intervenções diferentes (International Council of Nurses, 2015), podendo os enfermeiros desenvolver o seu papel através do que é realmente importante para o utente para aquisição da sua autonomia numa visão de saúde como investimento e não como custo.

Existe a consciência de que os pagamentos baseados em resultados não devem existir de forma isolada, uma vez que nem todos os resultados são facilmente medidos no final de uma intervenção e existem resultados que dependem de eventos e/ou fatores que podem não estar devidamente relacionados com a saúde (Dunbar-Rees, 2018; Hibbard & Gilbert, 2014). Tendo em linha de conta este pressuposto, considera-se que poderá existir um processo misto integrando as duas concessões de financiamento de acordo com a tipologia de cuidados prestados.

Com os resultados alcançados através deste estudo de caso, pensa-se que poderá estar elencado o início do estudo para o desenvolvimento de uma abordagem diferente sobre o processo de financiamento hospitalar no que diz respeito às consultas de enfermagem. Esta premissa assenta no desenvolvimento dos *standards* de mensuração de procedimentos das consultas de enfermagem em estudo, através da metodologia TDABC e da avaliação de resultados na ótica do utente, que se revelaram positivos pela consideração da existência de cuidados individualizados com uma tradução prática, também ela, positiva no ciclo de vida. Assim, esta visão integrada entre os processos hospitalares e a avaliação do utente através de aspetos clínicos e não clínicos podem acalentar o desenvolvimento de uma nova visão sobre a gestão orçamental das instituições.

CAPÍTULO 9. CONCLUSÃO

““What can be counted, counts,” and “what gets measured, gets done””.

(Expert Panel on Effective ways of Investing in Health, 2019, p. 40)

O conceito de valor em saúde, e a sua mensuração, assim como os cuidados de saúde individualizados ou centralizados são temáticas emergentes e relevantes nos diversos polos da área dos cuidados de saúde.

A realização deste projeto foi motivada pela convicção de que é necessária uma nova abordagem sobre a forma de obtenção de dados sobre os cuidados de enfermagem prestados no âmbito da consulta de enfermagem hospitalar, quer ao nível do custo do trabalho desenvolvido pelo enfermeiro, quer ao nível da tradução de valor percebido pelo utente.

Assim, o presente estudo constituiu-se desde logo como um desafio, uma vez que existe pouca informação sobre métodos de avaliação do valor do trabalho aplicado à área de enfermagem.

Assim sendo e porque o objetivo geral era a criação de um *standard* que permitisse a mensuração do trabalho desenvolvido pelo enfermeiro iniciou-se o projeto com a adoção do método TDABC a quatro consultas de enfermagem: médico-cirúrgica/tratamentos, ortopedia/tratamentos, estomaterapia e imuno-alergologia. A seleção destas consultas teve por base a tipologia de intervenções de enfermagem desenvolvidas no cerne das consultas: (1) execução de tratamentos/cuidados curativos ou (2) atividades predominantemente relacionadas com o ensino/instrução e treino. Dessa forma categorizaram-se as consultas de enfermagem médico-cirúrgica/tratamentos e ortopedia/tratamentos como ligadas ao desenvolvimento de execução de tratamentos/cuidados curativos, e as consultas de enfermagem de estomaterapia e imuno-alergologia como tendo o seu foco no ensino/instrução e treino.

Para a parte do estudo que tratou da mensuração do trabalho desenvolvido, a aplicação deste método TDABC possibilitou um novo olhar sobre a consulta, pois embora o resultado final se resume em dados financeiros, a concretização das diversas etapas possibilitou uma reflexão

sobre as práticas associadas ao cuidar com a definição dos diagnósticos de enfermagem, cadeias de valor, grelhas de observação e fluxogramas de atuação. É importante salientar que conquanto se tenha estabelecido formas de mensuração transversais a todas as diferentes tipologias de consulta, a unicidade do utente não está em causa, uma vez que os cuidados são efetuados mediante os diagnósticos de enfermagem levantados.

Por conseguinte, a aplicação desta metodologia permitiu aferir que a consulta de enfermagem de estomaterapia é a que apresenta em média uma duração superior, à qual se segue a de imuno-alergologia, médico-cirúrgica/tratamentos (utente cirúrgico), médico-cirúrgica/tratamentos (utente médico) e ortopedia/tratamentos. A separação em utente cirúrgico e utente médico na consulta médico-cirúrgica deve-se à etiologia do utente e à constatação de que existem tempos médios diferentes para a execução dos procedimentos.

Pela discriminação apresentada é passível a aferência de que as consultas onde o foco se centra nos processos de ensino/instrução e treino são mais demoradas o que incorrem, naturalmente, num custo mais elevado para o trabalho desenvolvido pelo enfermeiro.

É de salientar, ainda, que não foram considerados outros custos nestes cálculos, nomeadamente, aspetos como estruturas físicas, dispositivos médicos e contributos de outras categorias profissionais pelo que os valores apresentados não refletem o valor total de custo das consultas de enfermagem hospitalares⁸.

Face a estes achados emergiram questões do foro da gestão organizacional hospitalar:

(1) A inclusão das consultas de enfermagem no financiamento hospitalar não contribuiria para uma alocação mais precisa e correta de recursos hospitalares (humanos e físicos)?

(2) Qual seria o valor de financiamento por consulta?

A resposta à questão (1) sendo complexa na sua apreciação, torna-se simples quando se enquadra a possibilidade de incrementar o financiamento hospitalar ou, na perspetiva do custo de oportunidade, quando possibilita a redução da procura do serviço de urgência para

⁸ Os resultados conseguidos através da fase I do projeto foram propostos para apresentação na 17ª Conferência Nacional de Economia da Saúde tendo sido aceites para comunicação oral (Anexo VII e VII).

resolução de problemas “não urgentes” ou “pouco urgentes” de acordo com as diversas especialidades.

Quanto à resposta sobre a questão (2), a metodologia TDABC permitiu conhecer o valor do custo do trabalho do enfermeiro nas quatro consultas em análise e intuir que o valor de 16€, atualmente o único valor de referência para o pagamento da consulta de enfermagem por usuários extra SNS, poderá não ser adequado para fazer face aos custos, pelo que mais estudos teriam de ser desenvolvidos para averiguar qual o valor enquadrável face à realidade.

Num exercício académico estimou-se que atualmente possam ser produzidas cerca de 30.200 consultas/ano de enfermagem nas três instituições que constituem o CHO, o que tendo por base de cálculo o valor de 16€, o financiamento hospitalar poderia ter sido impactado em 483.000,00€. um número significativo quando enquadrado nas diferentes rúbricas de consultas atualmente em consideração no contrato programa da instituição.

A noção do financiamento baseado em valor tem suscitado a nível internacional e mesmo nacional uma tentativa de mudança de paradigma, onde emerge o conceito de cuidados de saúde baseados em valor. Esta abordagem visa o envolvimento do utente na prestação de cuidados, onde os resultados relevantes são os que mais interessam para o utente.

Por conseguinte, para o desenvolvimento de um processo baseado em valor torna-se fundamental não só a determinação dos custos reais sobre as práticas de prestação de cuidados, mas também a avaliação dos resultados obtidos através da ótica dos utentes. Dessa forma, estabeleceu-se um processo de recolha de dados através da implementação de um questionário que foi constituído pela Escala de Cuidados Individualizados, pela PGIC e por duas questões abertas.

Os resultados alcançados permitiram corroborar as hipóteses elencadas, sendo também possível a análise sobre a influência das variáveis sociodemográficas sobre a perceção de individualização de cuidados e a mudança decorrente da frequência das consultas, a noção de segurança durante a prestação de cuidados e que o que fariam se estas consultas não existissem. Em súmula, na amostra estudada verificou-se que:

Conclusão

- existe evidência estatística de uma correlação positiva muito forte entre a parte A e parte B da Escala de Cuidados Individualizados, o que possibilita a comprovação da hipótese H1;
- existe evidência estatística de uma correlação positiva moderada entre a parte A da Escala de Cuidados Individualizados e a percepção de mudança, o que possibilita a comprovação da hipótese H2;
- existe evidência estatística de uma correlação positiva fraca entre a parte B da Escala de Cuidados Individualizados e a percepção de mudança, o que possibilita a comprovação da hipótese H3;
- o género não influencia a percepção sobre os cuidados individualizados e a mudança decorrente da frequência da consulta;
- a idade relaciona-se com a percepção sobre os cuidados individualizados e a mudança decorrente da frequência da consulta, sendo as pessoas mais idosas quem melhor percebe os cuidados;
- o estado civil e a formação académica influenciam a percepção sobre os cuidados individualizados, mas não sobre a mudança decorrente da frequência da consulta;
- como fator de segurança sentido foram elencadas sete categorias de resposta: reconhecimento do utente, execução do tratamento, atenção prestada ao utente, utilização de equipamentos de proteção individual, formação profissional, profissionalismo e informação transmitida;
- na ausência da consulta em questão, os utentes iriam procurar os cuidados de saúde primários como primeira opção, em segundo lugar surge a resposta “não sei” e, em terceiro lugar, surge a instituição privada de cuidados de saúde como recurso.

Através dos resultados obtidos conclui-se que os utentes percebem, independentemente das diversas variáveis, os cuidados de enfermagem obtidos nas consultas de enfermagem hospitalares como cuidados individualizados e promotores de mudança positiva no seu ciclo de vida, de onde se pode inferir que produzem valor.

A realização deste projeto permitiu desenvolver uma reflexão profunda sobre o que é, como se constitui e como se organiza uma consulta de enfermagem, ao mesmo tempo que

possibilitou a consciencialização do processo de cuidar através da definição de cadeias de valor, o que poderá constituir-se como uma mais-valia em termos organizacionais.

Ainda em termos institucionais, esta investigação para além da questão financeira, poderá desenvolver-se como o princípio de uma base de trabalho que permita a análise de processos dos diversos ciclos de cuidados com vista à otimização de recursos humanos e materiais e assim contribuir para uma melhoria global da prestação de cuidados, possibilitando e facilitando ainda processos de certificação da qualidade já em vigor em alguns serviços do hospital.

Chegado a este ponto, o trabalho aqui apresentado representa um marco para a investigadora, ao ter possibilitado desenvolver um método de apreciação do trabalho desempenhado por enfermeiros em consulta hospitalar, onde o processo desenvolvido e a apresentação dos resultados alcançados podem constituir-se como um meio de valorização da prática e da produção das consultas de enfermagem hospitalares. Assim sendo, acredita-se que este estudo poderá constituir-se como o início de um processo que procura reunir os recursos necessários para que possa ser equacionado a introdução da consulta de enfermagem em processos de financiamento hospitalar que tenham por base a criação de valor.

Em suma, este estudo permitiu o desenvolvimento de um conjunto de processos de apreciação das consultas de enfermagem hospitalares o que se traduziu na criação de *standards* de mensuração para a consulta de enfermagem médico-cirúrgica/tratamentos, ortopedia/tratamentos, estomaterapia e imuno-alergologia do CHO-CR. A materialização do método TDABC associado a um processo de avaliação de resultados centralizados no utente das consultas constituem-se como a génese de um procedimento de determinação de valor sobre o trabalho desenvolvido neste contexto, assim como fonte de sensibilização para a instauração de uma cultura baseada na criação de valor, o que poderá fomentar o desenvolvimento de novas formas de financiamento hospitalar.

Conclusão

Limitações

O desenvolvimento deste projeto não foi isento de limitações, podendo eventualmente até serem integradas como possíveis orientações em trabalhos futuros.

O facto de não se ter equacionado todos os custos inerentes ao desenvolvimento da consulta de enfermagem, nomeadamente, a estrutura física, dispositivos médicos e contributos de outras classes profissionais é considerado como uma limitação na aplicação TDABC, assim como o facto de se ter aplicado a metodologia a uma parte do ciclo e não a todo o ciclo de cuidados.

A tipologia da amostra, não probabilística e de conveniência, selecionada para o preenchimento do questionário não permitirá a generalização de dados. Os dados dos questionários foram tratados de forma estatística como um todo, não se procedendo à separação por tipologia de consultas o que poderia ter elencado mais informação.

Para um estudo mais completo poderia ter sido incluído a perspetiva do enfermeiro sobre a sua perceção de prestação de cuidados individualizados.

Sugestões para pesquisa futura

Ao chegar a este momento é desejável a reflexão sobre o que se realizou, como se realizou e o que se poderia ter, ainda, realizado. De facto, da concretização deste trabalho emerge o sentimento de que se iniciou um caminho que decerto será conturbado, mas que poderá ter impacto no futuro. Para que tal seja possível enuncia-se um conjunto de ideias sobre perspetivas futuras para o desenvolvimento e ampliação desta temática:

- incorporar os vários agentes que confluem para o ciclo de cuidados na metodologia TDABC e não apenas os recursos de enfermagem;
- testar o desenho da cadeia de valor e grelhas de observação noutras instituições hospitalares com consultas de enfermagem;
- fomentar processos de avaliação de resultados sobre as consultas de enfermagem que permitam não só avaliar a perceção do utente, mas também a visão do enfermeiro sobre o trabalho desenvolvido;

- desenvolver estudos que permitam a determinação de um valor financeiro da consulta de enfermagem sobre o qual residiria o processo de financiamento hospitalar baseado em valor.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Central do Sistema de Saúde, I. (2020). *Termos de referência para contratualização de cuidados de saúde no SNS para 2021*. http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2020/11/TR-Contratualizacao_2021_VHom.pdf
- Allen, J. D., Stewart, M. D., Roberts, S. A., & Sigal, E. V. (2017). The Value of Addressing Patient Preferences. *Value in Health*, 283–285.
<https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/j.jval.2016.11.029>
- Amaral, A. F. S. (2014). *Resultados dos cuidados de enfermagem: qualidade e efetividade* [Universidade de Coimbra]. <http://hdl.handle.net/10316/28468>
- Amaral, A. F. S., Ferreira, P. L., & Suhonen, R. (2014). Translation and Validation of the Individualized Care Scale. *International Journal of Caring Sciences*, 7(1), 90–101.
https://www.researchgate.net/publication/289671675_Translation_and_Validation_of_the_Individualized_Care_Scale/link/5691217708aee91f69a4f23d/download
- Anes, E. M. G. J., & Ferreira, C. A. S. (2018). Satisfação em enfermagem: perspetiva do enfermeiro versus perspetiva do utente. *International Journal of Developmental and Educational Psychology. Revista INFAD de Psicologia.*, 1(4), 23–30.
<https://doi.org/10.17060/ijodaep.2018.n1.v4.1255>
- Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares. (2021). *Financiamento - fórmula para o futuro Saúde - uma prioridade*. <https://www.saudeumaprioridade.pt/home>
- Aued, G. K., Bernardino, E., Lapierre, J., & Dallaire, C. (2019). Liaison nurse activities at hospital discharge: a strategy for continuity of care. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 27. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3069-3162>
- Ayanian, J. Z., & Markel, H. (2016). Donabedian 's lasting framework for health care quality. *New England Journal of Medicine*, 375(3), 205–207.
<https://doi.org/doi.org/10.1056/NEJMp1605101>.
- Bachnick, S., Ausserhofer, D., Baernholdt, M., & Simon, M. (2018). Patient-centered care, nurse work environment and implicit rationing of nursing care in Swiss acute care hospitals: a cross-sectional multi-center study. *International Journal of Nursing Studies*,

81, 98–106. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.11.007>

Bardin, L. (2020). *Análise de conteúdo* (4ª). Edições 70.

Benedet, S. A., Padilha, M. I., Gelbke, F. L., & Bellaguarda, M. L. dos R. (2018). O profissionalismo exemplar na implementação do processo de enfermagem (1979-2004). *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(4), 2019–2026. <https://doi.org/https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0226>

Berwick, D., & Fox, D. M. (2016). “Evaluating the quality of medical care”: Donabedian’s classic article 50 years later. *The Milbank Quarterly: A Multidisciplinary Journal of Population Health and Health Policy*, 94(2), 237–241. <https://doi.org/10.1111/1468-0009.12189>

Blaschke, B. L., Parikh, H. R., Vang, S. X., & Cunningham, B. P. (2020). Time-driven activity-based costing: a better way to understand the cost of caring for hip fractures. *Geriatric Orthopaedic Surgery and Rehabilitation*, 11, 1–6. <https://doi.org/10.1177/2151459320958202>

Bokhour, B. G., Fix, G. M., Mueller, N. M., Barker, A. M., Lavela, S. L., Hill, J. N., Solomon, J. L., & Lukas, C. V. (2018). How can healthcare organizations implement patient-centered care? Examining a large-scale cultural transformation. *BMC Health Services Research*, 18(168), 1–11. <https://doi.org/https://doi.org/10.1186/s12913-018-2949-5>

Bonde, M., Bossen, C., & Danholt, P. (2018). Translating value-based health care: an experiment into healthcare governance and dialogical accountability. *Sociology of Health and Illness*, 40(7), 1113–1126. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.12745>

Botelho, M. A. R., Fonseca, C., Suhonen, R., Basto, M. L., & Ramos, A. (2015). Intervenções de enfermagem individualizadas: Uma revisão da literatura Individualised Nursing interventions: A literature review. *Pensar Enfermagem*, 19(1), 47–61. <http://hdl.handle.net/10400.26/23758>

Bright, J., & Franklin, E. (2018). Patient perspectives must meaningfully inform healthcare value measurement. *Evidence-Based Oncology*, 24(13), SP562–SP563. <https://cdn.sanity.io/files/0vv8moc6/ajmc/0b0c45986e88201b45fb6304ec7eeb0bf322f141.pdf>

- Bulck, S. A. Van Den, Hermens, R., Slegers, K., Vandenberghe, B., Goderis, G., & Vankrunkelsven, P. (2018). Designing a patient portal for patient-centered care: cross-sectional survey. *Journal of Medical Internet Research*, *20*(10), 1–14. <https://doi.org/10.2196/jmir.9497>
- Caiado, J. C. (2018). O modelo de financiamento pode ser um instrumento poderoso para um melhor desempenho. *Acontece - Administração Central Do Sistema de Saúde, I.P. - Boletim Nº 11*, 10–13. http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2018/04/Acontece11_abril-2018_vf-1.pdf
- Campillay-Campillay, M., Rivas-Rivero, E., Dubó-Araya, P., & Calle-Carrasco, A. (2020). Aspectos éticos relacionados con la atención de enfermería en personas en situación de discapacidad: un análisis cualitativo. *Pers Bioet.*, *24*(1), 43–56. <https://doi.org/10.5294/pebi.2020.24.1.4>
- Catherine, H., Fortin, M., Haggerty, J. L., Lambert, M., & Poitras, M. E. (2011). Measuring patients' perceptions of patient-centered care: A systematic review of tools for family medicine. *Annals of Family Medicine*, *9*(2), 155–164. <https://doi.org/10.1370/afm.1226>
- Centro Hospitalar Oeste EPE. (2021, February 1). *Centro Hospitalar Oeste EPE*. <https://www.choeste.min-saude.pt/>
- Chaghari, M., Saffari, M., Ebadi, A., & Ameryoun, A. (2017). Empowering education: a new model for in-service training of nursing staff. *Journal of Advances in Medical Education & Professionalism*, *5*(1), 26–32.
- Cleary, P. D. (2016). Evolving concepts of patient-centered care and the assessment of patient care experiences: optimism and opposition. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, *41*(4), 675–696. <https://doi.org/10.1215/03616878-3620881>
- Cohen, J. P. (2020). Is there a future for value-based contracting? *Value in Health*, *23*(4), 416–417. <https://doi.org/10.1016/j.jval.2020.01.006>
- Conselho Nacional de Saúde. (2017). *Fluxos financeiros no SNS*. http://www.cns.min-saude.pt/wp-content/uploads/2017/09/Fluxos_Financeiros_SNS_3.11.2017_final.pdf
- Coulter, I., Herman, P., Ryan, G., Hilton, L., & Hays, R. D. (2019). The challenge of determining appropriate care in the era of patient-centered care and rising health care

costs. *Journal of Health Services Research and Policy*, 24(3), 201–206.

<https://doi.org/10.1177/1355819618815521>

Crowe, S., Cresswell, K., Robertson, A., Huby, G., Avery, A., & Sheikh, A. (2011). The case study approach. *BMC Medical Research Methodology*, 11, 1–9.

<https://doi.org/10.1186/1471-2288-11-100>

Cruess, S. R., & Cruess, R. L. (2016). Professionalism as a social construct: the evolution of a concept. *Journal of Graduate Medical Education*, 8(2), 265–267.

<https://doi.org/https://doi.org/10.4300/JGME-D-16-00102.1>

Decreto-Lei n.º412/98 do Ministério da Saúde, Diário da República: Série I-A, n.º 300/1998 (1998). <https://dre.pt/application/conteudo/286105>

Decreto-Lei n.º437/91 do Ministério da Saúde, Diário da República: Série I-A, n.º 257/1991 (1991). <https://dre.pt/application/conteudo/331852>

Decreto-Lei n.º44/2018 da Presidência do Conselho de Ministros, Diário da República: Série I, n.º 115/2018 (2018). <https://dre.pt/application/conteudo/115524263>

Decreto-Lei n.º71/2019 da Presidência do Conselho de Ministros, Diário da República: Série I, n.º 101/2019 (2019). <https://dre.pt/application/conteudo/122403266>

Delaney, L. J. (2017). Patient-centred care as an approach to improving health care in Australia. *Collegian*, 25(1), 119–123. <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2017.02.005>

Despacho n.º5613/2015 do Ministério da Saúde - Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministério da Saúde, Diário da República: IIª série, n.º102 (2015).

<https://dre.pt/application/conteudo/67324029>

Direção Geral da Saúde. (2020a). *Norma 005/2018 de 20/02/2018 atualizada a 10/01/2020 - Avaliação da cultura de segurança do doente nos hospitais.*

<https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0052018-de-20022018-pdf.aspx>

Direção Geral da Saúde. (2020b). *Norma 007/2020 - Prevenção e controlo de infeção por SARS-CoV-2 (Covid-19): equipamentos de proteção individual (EPI)* (pp. 1–7).

<https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n->

0072020-de-29032020-pdf.aspx

Direção Geral da Saúde. (2021). *Divisão de planeamento e melhoria da qualidade*.

<https://www.dgs.pt/a-dgs/direcao-e-organica/departamento-da-qualidade-na-saude/divisao-de-planeamento-e-melhoria-da-qualidade.aspx>

Domingues, L., & Cruz, E. (2011). Adaptação cultural e contributo para a validação da escala patient global impression of change. *Ifisionline*, 2(1), 31–37.

<http://hdl.handle.net/10400.26/8856>

Donabedian, A. (1988). The Quality of Care: How Can It Be Assessed? *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 260(12), 1743–1748.

<https://doi.org/10.1001/jama.1988.03410120089033>

Donabedian, A. (2005). Evaluating the quality of medical care. *The Milbank Quarterly: A Multidisciplinary Journal of Population Health and Health Policy*, 83(4), 691–729.

<https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00397.x>

Doyle, C., Lennox, L., & Bell, D. (2013). A systematic review of evidence on the links between patient experience and clinical safety and effectiveness. *BMJ Open*, 3, e001570.

<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2012-001570>

Duhamel, F., & Fortin, M.-F. (2003). Os estudos de tipo descritivo. In M.-F. Fortin (Ed.), *O processo de investigação: da concepção à realização* (3ª, pp. 161–172). Décarie Editeur, Lusociência.

Dunbar-Rees, R. (2018). Paying for what matters most: the future of outcomes-based payments in healthcare. *Future Healthcare Journal*, 5(2), 98–102.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6502565/>

Dutta, S. W., Bauer-Nilsen, K., Sanders, J. C., Trifiletti, D. M., Libby, B., Lash, D. H., Lain, M., Christodoulou, D., Hodge, C., & Showalter, T. N. (2018). Time-driven activity-based cost comparison of prostate cancer brachytherapy and intensity-modulated radiation therapy. *Brachytherapy*, 1–8. <https://doi.org/10.1016/j.brachy.2018.01.013>

Epstein, R. M., & Street, R. L. (2011). The value and value of patient-centered care. *Annals of Family Medicine*, 100–103. <https://doi.org/10.1370/afm.1239>

- Etges, A. P. B. da S., Cruz, L. N., Notti, R. K., Neyeloff, J. L., Schlatter, R. P., Astigarraga, C. C., Falavigna, M., & Polanczyk, C. A. (2019). An 8-step framework for implementing time-driven activity-based costing in healthcare studies. *European Journal of Health Economics*, *20*(8), 1133–1145. <https://doi.org/10.1007/s10198-019-01085-8>
- Etges, A. P. B. da S., Polanczyk, C. A., & Urman, R. D. (2020). A standardized framework to evaluate the quality of studies using TDABC in healthcare: the TDABC in Healthcare Consortium Consensus Statement. *BMC Health Services Research*, *20*(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05869-0>
- Etges, A. P. B. da S., Ruschel, K. B., Polanczyk, C. A., & Urman, R. D. (2020). Advances in value-based healthcare by the application of time-driven activity-based costing for inpatient management: A systematic review. *Value in Health*, *23*(6), 812–823. <https://doi.org/10.1016/j.jval.2020.02.004>
- Expert Panel on Effective ways of Investing in Health. (2019). *Defining value in “value-based healthcare.”* <https://doi.org/10.2875/35471>
- Fortin, M.-F., & Ducharme, F. (2003). Os estudos de tipo correlacional. In M.-F. Fortin (Ed.), *O processo de investigação: da concepção à realização* (3ª, pp. 173–182). Décarie Editeur, Lusociência.
- Fortin, M.-F., Grenier, R., & Nadeau, M. (2003). Métodos de colheita de dados. In M.-F. Fortin (Ed.), *O processo de investigação: da concepção à realização* (3ª, pp. 239–265). Décarie Editeur, Lusociência.
- Fortin, M.-F., & Nadeau, M. (2003). A medida em investigação. In M.-F. Fortin (Ed.), *O processo de investigação da concepção à realização* (3ª, pp. 215–237). Décarie Editeur, Lusociência.
- Garrison, L. P., Kamal-Bahl, S., & Towse, A. (2017). Toward a broader concept of value: Identifying and defining elements for an expanded cost-effectiveness analysis. *Value in Health*, *20*(2), 213–216. <https://doi.org/10.1016/j.jval.2016.12.005>
- Gray, M. (2017). Value based healthcare. *BMJ (Online)*, *356*, 1–2. <https://doi.org/10.1136/bmj.j437>
- Grocott, A., & McSherry, W. (2018). The patient experience: informing practice through

- identification of meaningful communication from the patient's perspective. *Healthcare*, 6(26). <https://doi.org/10.3390/healthcare6010026>
- Gurdogan, E. P., Finfik, U. Y., & Arslan, B. K. (2015). Patients' perception of individualized care and satisfaction with nursing care levels in Turkey. *International Journal Of Caring Sciences*, 8(2), 369–375.
http://internationaljournalofcaringsciences.org/docs/14_findic.pdf
- Hibbard, J., & Gilbert, H. (2014). *Supporting people to manage their health - an introduction to patient activation*. The King's Fund.
<https://www.kingsfund.org.uk/publications/supporting-people-manage-their-health>
- Hurst, H., & Bolton, J. (2004). Accessing the clinical significance of change scores recorded on subjective outcome measures. *Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics*, 27(1), 26–35. <https://doi.org/10.1016/j.jmpt.2003.11.003>
- Instituto Português Oncologia. (2019). *Viver com nefrostomia - guia prático*. Instituto Português Oncologia Francisco Gentil - Lisboa. https://www.ipolisboa.min-saude.pt/wp-content/uploads/2021/01/223_VIVER-COM-NEFROSTOMIA_guia-pratico_web.pdf
- International Consortium for Health Outcomes Measurement. (2017). *Conferência ICHOM em Portugal*. ICHOM Portugal. <http://ichomportugal.org/>
- International Consortium for Health Outcomes Measurement. (2021). *ICHOM*. Measurement, International Consortium for Health Outcomes. <https://www.ichom.org>
- International Council of Nurses. (2015). *Enfermeiros: uma força para a mudança - eficiência + eficácia = ganhos em saúde: dia internacional do enfermeiro 2015*.
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8892/kit_die2015_vf.pdf
- José de Mello Saúde. (2019). *Relatório qualidade e segurança clínica*.
https://www.cuf.pt/sites/portalcuf/files/2020-05/relatorio_daqualidadeeseguranca_clinica_2019_pt_.pdf
- Kaplan, R. S. (2014). Improving value with TDABC. *Healthcare Financial Management*, 68(6), 76–83. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24968629/>
- Kaplan, R. S., & Porter, M. E. (2011). The big idea: How to solve the cost crisis in health care.

Harvard Business Review, September. <https://hbr.org/2011/09/how-to-solve-the-cost-crisis-in-health-care>

Karaca, A., & Durna, Z. (2019). Patient satisfaction with the quality of nursing care. *Nursing Open*, 6, 535–545. <https://doi.org/10.1002/nop2.237>

Keel, G., Muhammad, R., Savage, C., Spaak, J., Gonzalez, I., Lindgren, P., Guttman, C., & Mazzocato, P. (2020). Time-driven activity-based costing for patients with multiple chronic conditions: a mixed-method study to cost care in a multidisciplinary and integrated care delivery centre at a university-affiliated tertiary teaching hospital in Stockholm, Sweden. *BMJ Open*, 10(6), e032573. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-032573>

Keel, G., Savage, C., Rafiq, M., & Mazzocato, P. (2017). Time-driven activity-based costing in health care: a systematic review of the literature. *Health Policy*, 121(7), 755–763. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2017.04.013>

Kieft, R., Brouwer, B., Francke, A., & Delnoij, D. (2014). How nurses and their work environment affect patient experiences of the quality of care: a qualitative study. *BMC Health Services Research*, 14, 249–258. <http://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&from=export&id=L603325377%0Ahttp://dx.doi.org/10.1186/1472-6963-14-249>

Kitch, B. T., Ferris, T. G., & Campbell, E. G. (2008). Safety culture. In Ashish Jha (Ed.), *Summary of the evidence on patient safety: implications for research - the research priority setting working group of the world alliance for patient safety* (pp. 54–56). World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43874>

Kitson, A., Marshall, A., Bassett, K., & Zeitz, K. (2013). What are the core elements of patient-centred care? A narrative review and synthesis of the literature from health policy, medicine and nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 69(1), 4–15. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2012.06064.x>

Köberich, S., Feuchtinger, J., & Farin, E. (2016). Factors influencing hospitalized patients' perception of individualized nursing care: a cross-sectional study. *BMC Nursing*, 15(14), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s12912-016-0137-7>

- Laal, M. (2013). Inpatient's perspective on nursing care; affecting factors. *Procedia - Social and Behavioral Sciences* (Vol. 84). Elsevier B.V.
<https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2013.06.543>
- Lakdawalla, D. N., Doshi, J. A., Jr, L. P. G., Phelps, C. E., Basu, A., & Danzon, P. M. (2018). Defining elements of value in health care — a health economics approach : an ISPOR special task force report [3]. *Value in Health*, 21(2), 131–139.
<https://doi.org/10.1016/j.jval.2017.12.007>
- Larson, E., Sharma, J., Bohren, M. A., & Tunçalp, Ö. (2019). When the patient is the expert: measuring patient experience and satisfaction with care. *Bulletin of the World Health Organization*, 97(8), 563–569. <https://doi.org/10.2471/BLT.18.225201>
- Leal, J. P. (2019). Valor em saúde: do conceito à implementação. *Gazeta Médica*, 6(1), 3–5.
<https://gazetamedica.pt/index.php/gazeta/article/view/228>
- Mandelblatt, J. S., Ramsey, S. D., Lieu, T. A., & Phelps, C. E. (2017). Evaluating frameworks that provide value measures for health care interventions. *Value in Health*, 20(2), 185–192. <https://doi.org/10.1016/j.jval.2016.11.013>
- Marçal, A. do R. V., & Zagonel, I. P. S. (2020). Profissionalismo na formação de enfermeiros : apreensão das significações de docentes e estudantes. *Journal of Nursing and Health*, 10(1), 1–15.
<https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/18160/11426>
- Marôco, J. (2018). *Análise estatística com o SPSS statistics (7ª)*. ReportNumber.
- Martin, J. A., Mayhew, C. R., Morris, A. J., Bader, A. M., Tsai, M. H., & Urman, R. D. (2018). Using time-driven activity-based costing as a key component of the value platform: A pilot analysis of colonoscopy, aortic valve replacement and carpal tunnel release procedures. *Journal of Clinical Medicine Research*, 10(4), 314–320.
<https://doi.org/10.14740/jocmr3350w>
- Martins, P. F., & Perroca, M. G. (2017). Necessidades de cuidados : o olhar do paciente e da equipe de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 70(5), 1080–1086.
<https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0197>
- McBain, R. K., Jerome, G., Warsh, J., Browning, M., Mistry, B., Faure, P. A. I., Pierre, C., Fang,

A. P., Mugunga, J. C., Rhatigan, J., Leandre, F., & Kaplan, R. (2016). Rethinking the cost of healthcare in low-resource settings : the value of time-driven activity-based costing. *BMJ Glob Health*, 1(e000134). <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2016-000134>

McLaughlin, N., Burke, M. A., Setlur, N. P., Niedzwiecki, D. R., Kaplan, A. L., Saigal, C., Mahajan, A., Martin, N. A., & Kaplan, R. S. (2014). Time-driven activity-based costing: a driver for provider engagement in costing activities and redesign initiatives. *Neurosurg Focus*, 37(5). <https://doi.org/10.3171/2014.8.FOCUS14381>

Menditto, V. G., Maraldo, A., Barbadoro, P., Maccaroni, R., Salvi, A., Errico, M. M. D., & Marasca, S. (2021). Patient-reported outcome measurements (PROMs) after discharge from the emergency department : A cross-sectional study. *Journal of Patient Experience*, 8, 1–6. <https://doi.org/10.1177/23743735211007356>

Mota, M. S., Gomes, G. C., Silva, C. D., Lúcia, V., Gomes, D. O., Pelzer, M. T., Joana, E., & Barros, L. (2016). Autocuidado : uma estratégia para a qualidade de vida da pessoa com estomia. *Investig. Enferm. Imagem Desarr*, 18(1), 63–78. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.ie18-1.aeqv>

Movimento Saúde em Dia. (2020). *Acesso a cuidados de saúde em tempos de pandemia*. <https://www.saudeemdia.pt/?p=estudo>

Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Divulgar - Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: Enquadramento conceptual enunciados descritivos*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2021). *Parecer do conselho de enfermagem n.º 53/2021*. 1–11. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/21536/parecer-nº-53_ce_13012021_consulta-enfermagem-e-teleconsulta-de-enfermagem.pdf

Ortega, M. del C. B., Llor, A. M. S., Siqueira, H. C. H. de, Montesinos, M. J. L., & Soler, L. M. (2015). Academic training of nursing professionals and its relevance to the workplace.

Rev. Latino-Am. Enfermagem, 23(3), 404–410. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0432.2569>

Ozturk, H., Demirsoy, N., Sayligil, O., & Florczak, K. L. (2020). Patients' perceptions of nursing care in a university hospital. *Nursing Science Quarterly*, 33(1), 12–18. <https://doi.org/10.1177/0894318419881798>

Pendleton, R. C. (2018, February 27). *We won't get value-based health care until we agree on what "value" means*. Harvard Business Review. <https://hbr.org/2018/02/we-wont-get-value-based-health-care-until-we-agree-on-what-value-means>

Perfetto, E. M., Oehrlein, E. M., Boutin, M., Reid, S., & Gascho, E. (2017). Value to Whom? The Patient Voice in the Value Discussion. *Value in Health*, 20(2), 286–291. <https://doi.org/10.1016/j.jval.2016.11.014>

Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2008). *Análise de dados para ciências sociais: a complementariedade do SPSS (5ª)*. Edições Sílabo.

Petroz, U., Kennedy, D., Webster, F., & Nowak, A. (2011). Patients' perceptions of individualized care : evaluating psychometric properties and results of the individualized care Scale. *The Canadian Journal of Nursing Research*, 43(2), 80–100. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21888007/>

Picker Institute. (2021). *About us*. <https://www.picker.org/about-us/>

PORDATA. (2021, July 1). *Despesa corrente em cuidados de saúde: total e por tipo de financiador*. <https://www.pordata.pt/Portugal/Despesa+corrente+em+cuidados+de+saúde+total+e+por+tipo+de+agente+financiador-2959>

Portaria n.º207/2017 do Ministério da Saúde, Diário da República: Iª série, n.º 132 (2017). <https://data.dre.pt/eli/port/207/2017/07/11/p/dre/pt/html>

Portaria n.º276/2012 dos Ministérios das Finanças e da Saúde, Diário da República: I.ª série, n.º 177 (2012). <https://data.dre.pt/eli/port/276/2012/09/12/p/dre/pt/html>

Portaria n.º306-A/2011 dos Ministros de Estado e das Finanças e da Saúde, Diário da República: Série I, 1º Suplemento, n.º 242/2011 (2011).

<https://data.dre.pt/eli/port/306-a/2011/p/cons/20151125/pt/html>

Portaria n.º567/2006 do Ministério da Saúde, Diário da República: Série I-B, n.º 113/2006 (2006). <https://data.dre.pt/eli/port/567/2006/06/12/p/dre/pt/html>

Porter, M. E. (2010). What is value in health care? *The New England Journal of Medicine*, 363(26), 2477–2481. <https://doi.org/10.1056/NEJMp1011024>

Porter, M. E., Larsson, S., & Lee, T. H. (2016). Standardizing patient outcomes measurement. *The New England Journal of Medicine*, 374(6), 504–506. <https://doi.org/10.1056/NEJMp1511701>

Porter, M. E., & Lee, T. H. (2013). The strategy that will fix health care. *Harvard Business Review*. <https://hbr.org/2013/10/the-strategy-that-will-fix-health-care>

Porter, M. E., & Teisberg, E. O. (2007). *Repensando a saúde: estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos*. Bookman.

Price, R. A., Elliott, M. N., Cleary, P. D., Zaslavsky, A. M., & Hays, R. D. (2015). Should health care providers be accountable for patients' care experiences? *Journal of General Internal Medicine*, 30(2), 253–256. <https://doi.org/10.1007/s11606-014-3111-7>

Reis, F. L. dos. (2018). *Investigação científica e trabalhos académicos - guia prático*. Edições Sílabo.

Rodrigues - Martin, B. (2019). Individualized nursing care in older people care. In R. Suhonem, M. Stolt, & E. Papastavrou (Eds.), *Individualized care: theory, measurement, research and practice* (pp. 121–130). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-319-89899-5_11

Santos, M. A. dos, Sardinha, A. H. de L., & Santos, L. N. dos. (2017). Satisfação dos usuários com os cuidados dos enfermeiros. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 38(1), 1–7. <https://doi.org/https://doi.org/10.1590/1983-1447.2017.01.57506>

Santos, J. M. P., & Oliveira, S. B. de. (2021). A financial theory perspective of the metrics employed to measure value in the “value in healthcare” methodologies. *Portuguese Journal of Public Health*, 1–6. <https://doi.org/10.1159/000512564>

Sculpher, M., Claxton, K., & Pearson, S. D. (2017). Developing a value framework : the need

- to reflect the opportunity costs of funding decisions. *Value in Health*, 20, 234–239.
<https://doi.org/10.1016/j.jval.2016.11.021>
- Sidorchuk, R. (2008). Lack of involvement of patients in patients safety. In Ashish Jha (Ed.), *Summary of the evidence on patient safety: implications for research - the research priority setting working group of the world alliance for patient safety* (pp. 86–94). World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43874>
- Silva, G. do E. S., & Malik, A. M. (2019). Valor em saúde. *Gvexecutivo*, 18(1), 12–15.
<https://doi.org/https://doi.org/10.12660/gvexec.v18n1.2019.78185>
- Simões, M. C. de O. (2014). *Respeito pela integridade da pessoa doente: uma virtude indispensável na enfermagem* [Universidade Católica Portuguesa].
<http://hdl.handle.net/10400.14/20122>
- Slok, M. (2013, June 14). *4 steps to building a compelling value proposition*. Forbes.
<https://www.forbes.com/sites/michaelskok/2013/06/14/4-steps-to-building-a-compelling-value-proposition/?sh=7b83acef4695>
- Slomiany, M., Madhavan, P., Kuehn, M., & Richardson, S. (2017). Value frameworks in oncology: comparative analysis and implications to the pharmaceutical industry. *American Health and Drug Benefits*, 10(5), 253–259.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5620505/>
- Stowell, C., & Akerman, C. (2015, September 17). *Better value in health care requires focusing on outcomes*. Harvard Business Review. <https://hbr.org/2015/09/better-value-in-health-care-requires-focusing-on-outcomes>
- Streubert, H. (2002). A produção da investigação qualitativa: elementos comuns essenciais. In H. J. Streubert & D. R. Carpenter (Eds.), *Investigação qualitativa em enfermagem: avançando o imperativo humanista* (2ª, pp. 17–34). Lusociência.
- Suhonen, R., Berg, A., Idvall, E., Kalafati, M., Katajisto, J., Land, L., Lemonidou, C., Schmidt, L. A., Välimäki, M., & Leino-Kilpi, H. (2010). Adapting the individualized care scale for cross-cultural comparison. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24, 392–403.
<https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2009.00712.x>
- Suhonen, R., Efstathiou, G., Tsangari, H., Jarosova, D., Leino-Kilpi, H., Patiraki, E., Karlou, C.,

Balogh, Z., & Papastavrou, E. (2012). Patients' and nurses' perceptions of individualised care: An international comparative study. *Journal of Clinical Nursing*, 21(7–8), 1155–1167. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03833.x>

Suhonen, R., Gustafsson, M. L., Katajisto, J., Välimäki, M., & Leino-Kilpi, H. (2010). Individualized care scale - nurse version: a Finnish validation study. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 16(1), 145–154. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2009.01168.x>

Suhonen, R., Välimäki, M., & Leino-Kilpi, H. (2008). A review of outcomes of individualised nursing interventions on adult patients. *Journal of Clinical Nursing*, 17(7), 843–860. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2007.01979.x>

Teisberg, E., Wallace, S., & O'Hara, S. (2020). Defining and implementing value-based health care: a strategic framework. *Academic Medicine - Journal of the Association of American Medical Colleges*, 95(5), 682–685. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000003122>

Teperi, J., Porter, M. E., Vuorenkoski, L., & Baron, J. F. (2009). *The Finnish health care system : A value-based perspective*. https://www.hbs.edu/ris/PublicationFiles/Finnish_Health_Care_System_SITRA2009_78584c8b-10c4-4206-9f9a-441bf8be1a2c.pdf

Uber, P. A. (2010). Beyond costs and benefits: Understanding how patients make health care decisions. *The Oncologist*, 5–10. <https://doi.org/10.1634/theoncologist.2010-S1-5>

World Alliance for Patient Safety. (2008). Summary of the evidence on patient safety: implications for research - The research priority setting working group of the world alliance for patient safety. In *World Health Organization* (Ashish Jha). <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43874>

World Health Organization. (2021a). *Quality of care*. https://www.who.int/health-topics/quality-of-care#tab=tab_1

World Health Organization. (2021b, April 1). *Cobertura universal de saúde (CUS)*. [https://www.who.int/world-health-day/world-health-day-2019/fact-sheets/details/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/world-health-day/world-health-day-2019/fact-sheets/details/universal-health-coverage-(uhc))

Yeo, H., Abir, F., & Longo, W. E. (2006). Management of parastomal ulcers. *World Journal of*

Gastroenterology, 12(20), 3133–3137. <https://doi.org/10.3748/wjg.v12.i20.3133>

APÊNDICES

Apêndice I: Cronograma do projeto

Atividades a desenvolver	2020		2021						
	Novembro	Dezembro	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maió	Junho	Julho
Escolha e justificação do tema.									
Reuniões de orientação.									
Revisão da literatura.									
Objetivos do estudo. Problemática do projeto.									
Elaboração do enquadramento teórico.									
Construção do processo de mensuração dos procedimentos e questionário.									
Pedido de autorização ao Conselho de Administração.									
Pré-teste do questionário.									
Recolha de dados: mensuração dos procedimentos.									
Recolha de dados: questionários.									
Tratamento de dados.									
Interpretação dos dados e elaboração da discussão de dados.									
Elaboração da conclusão, introdução e resumo.									
Revisão do projeto.									
Entrega do projeto.									

Figura 15 - Cronograma para o desenvolvimento do projeto

Apêndice II: Grelha de observação da Consulta de Enfermagem Médico-cirúrgica/tratamentos

Grelha de Observação Consulta de Enfermagem Médico-Cirúrgica/tratamentos

Data: _____

Procedimentos	Tempo
Consultar o processo clínico;	
Chamada do utente / Colocação do Equipamento de Proteção Individual;	
Realizar a confirmação positiva do utente / diagnóstico;	
Proceder à apresentação do enfermeiro;	
Ensinar/Instruir sobre o despir;	
Ensinar/Instruir sobre o posicionamento;	
Procedimento do despir por parte do utente;	
Assistir no despir ou despir;	
Procedimento do posicionamento pelo utente;	
Assistir no posicionamento ou posicionar/ Assistir na transferência ou transferir;	
Preparar o material para procedimento;	
Avaliar a "ferida..."/"úlceras...";	
Solicitar observação médica;	
Colaborar na observação médica;	
Executar o tratamento;	
Ensinar / Instruir / Treinar;	
Procedimento do vestir por parte do utente;	
Assistir no vestir ou vestir;	
Assistir no levantar/Assistir no posicionamento ou posicionar/ Assistir na transferência ou transferir;	
Calendarizar a próxima consulta;	
Esclarecer sobre o próximo tratamento;	
Documentação de cuidados (inclui nota de alta ou transferência, se aplicável).	
Total	

Apêndice III: Grelha de observação da Consulta de Enfermagem Ortopedia/tratamentos

Grelha de Observação Consulta de Enfermagem Ortopedia/tratamentos

Data: _____

Procedimentos	Tempo
Consultar o processo clínico;	
Chamada do utente / Colocação do Equipamento de Proteção Individual;	
Realizar a confirmação positiva do utente / diagnóstico;	
Proceder à apresentação do enfermeiro;	
Ensinar/Instruir sobre o despir;	
Ensinar/Instruir sobre o posicionamento;	
Procedimento do despir por parte do utente;	
Assistir no despir ou despir;	
Procedimento do posicionamento pelo utente;	
Assistir no posicionamento ou posicionar/ Assistir na transferência ou transferir;	
Preparar o material para procedimento;	
Avaliar a “ferida...”/“úlceras de pressão”;	
Solicitar observação médica;	
Colaborar na observação médica;	
Executar o tratamento;	
Ensinar / Instruir / Treinar;	
Procedimento do vestir por parte do utente;	
Assistir no vestir ou vestir;	
Assistir no levantar / Assistir no posicionamento ou posicionar/ Assistir na transferência ou transferir;	
Calendarizar a próxima consulta;	
Esclarecer sobre o próximo tratamento;	
Documentação de cuidados (incluí nota de alta ou transferência, se aplicável).	
Total	

Apêndice IV: Grelha de observação da Consulta de Enfermagem Estomaterapia

Grelha de Observação Consulta de Enfermagem Estomaterapia

Data: _____

Procedimentos	Tempo
Consulta do processo clínico	
Chamada do utente / Equipamento Proteção Individual	
Confirmação positiva do utente / diagnóstico	
Apresentação do enfermeiro	
Anamnese com o cliente /prestador de cuidados para compreender situação atual;	
Material necessário para o autocuidado – aquisição de material	
Instruir para o despir	
Instruir para o posicionamento	
Autonomia para o despir	
Assistir no despir	
Observar o estoma / dispositivos de ostomia / acessórios de ostomia / pele peri-estoma;	
Verificar permeabilidade do estoma;	
Vigilância de complicações do estoma e pele periférica ao estoma;	
Ensinar e instruir sobre:	
Alimentação, vestuário, atividade física, eliminação intestinal e urinária, atividade social;	
Importância do KIT de ostomia no dia-a-dia;	
Periodicidade de troca de dispositivos;	
Limpeza do estoma e pele periférica;	
Medição e recorte da placa;	
Colocação da placa e saco;	
Mecanismos de suporte da placa /saco;	
Técnica de irrigação;	
Prevenção de complicação do estoma e pele peri-estoma;	
Instrução e treino sobre:	
Limpeza do estoma e pele periférica;	
Medição e recorte da placa;	
Colocação da placa e saco;	
Acessórios de ostomia.	
Realizar penso (Extração de material de sutura muco-cutânea)	
Autonomia para o vestir	
Assistir no vestir	
Assistir no posicionar	
Comunicação sobre as atividades de vida diária	
Prescrição do material de ostomia;	
Calendarização da próxima consulta;	
Documentação de cuidados	
Comunicação ao médico dos achados / encaminhamento para outras especialidades.	
Total	

Apêndice V: Grelha de observação da Consulta de Enfermagem Imuno-Alergologia

Grelha de Observação Consulta de Enfermagem Imuno-Alergologia

Data: _____

Procedimentos	Tempo
Consultar o processo clínico;	
Chamada do utente / Colocação do Equipamento de Proteção Individual;	
Realizar a confirmação positiva do utente / diagnóstico;	
Proceder à apresentação do enfermeiro;	
Ensinar/Instruir sobre o posicionamento;	
Preparar o material para o procedimento / Utente lava os braços;	
Marcação do local dos testes;	
Realização dos testes;	
Ensinar / Instruir;	
Leitura dos resultados;	
Comunicação ao médico dos achados clínicos;	
Calendarizar a próxima consulta;	
Documentação de cuidados (inclui nota de alta ou transferência, se aplicável).	
Total	

Apêndice VI: Nota introdutória do questionário

O presente questionário é parte integrante de uma tese de mestrado intitulada “O valor da Consulta de Enfermagem no processo de financiamento hospitalar: a criação de standards de mensuração – Estudo de caso” desenvolvida no âmbito do Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde.

O objetivo do questionário é a obtenção da perceção individual sobre o valor decorrente do trabalho desenvolvido pelos enfermeiros na **Consulta de Enfermagem Médico/Cirúrgica – Tratamentos**.

Não há respostas certas ou erradas, pretendendo-se apenas uma opinião sincera. A informação recolhida é anónima e estritamente confidencial, nunca sendo identificados os autores das respostas.

Os dados recolhidos serão tratados apenas pela investigadora e utilizados para fins meramente académicos.

O tempo estimado para preenchimento do questionário é de 17 minutos.

Agradeço, desde já, a sua disponibilidade e colaboração neste estudo.

Sónia Penas

Apêndice VII: Questionário da Consulta de Enfermagem Médico-cirúrgica/tratamentos

O presente questionário é parte integrante de uma tese de mestrado intitulada “O valor da Consulta de Enfermagem no processo de financiamento hospitalar: a criação de standards de mensuração – Estudo de caso” desenvolvida no âmbito do Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde.

O objetivo do questionário é a obtenção da percepção individual sobre o valor decorrente do trabalho desenvolvido pelos enfermeiros na **Consulta de Enfermagem Médico/Cirúrgica – Tratamentos**.

Não há respostas certas ou erradas, pretendendo-se apenas uma opinião sincera. A informação recolhida é anónima e estritamente confidencial, nunca sendo identificados os autores das respostas. Os dados recolhidos serão tratados apenas pela investigadora e utilizados para fins meramente académicos.

O tempo estimado para preenchimento do questionário é de 17 minutos.

Agradeço, desde já, a sua disponibilidade e colaboração neste estudo.

Sónia Penas

Iª PARTE

As afirmações seguintes dizem respeito aos cuidados prestados pelos enfermeiros durante a Consulta de Enfermagem Médico/Cirúrgica - Tratamentos. Agradeço que responda a cada afirmação colocando um “X” ou um círculo na opção que melhor descreve a sua opinião ou experiência.

1) É a primeira vez que recorre à Consulta de Enfermagem Médico/Cirúrgica – Tratamentos?

Sim

Não

2) Os enfermeiros durante a Consulta de Enfermagem Médico/Cirúrgica - Tratamentos:

		Discordo completamente	Discordo em parte	Nem concordo, nem discordo	Concordo em parte	Concordo completamente
A01	Têm falado comigo sobre os sentimentos que tenho tido em relação à minha doença.	1	2	3	4	5
A02	Têm falado comigo sobre as minhas necessidades que exigem cuidados e atenção.	1	2	3	4	5
A03	Têm-me estimulado a assumir a responsabilidade pelos meus cuidados dentro das minhas capacidades.	1	2	3	4	5
A04	Têm identificado alterações na forma como me tenho sentido.	1	2	3	4	5
A05	Têm falado comigo sobre os meus medos e ansiedades.	1	2	3	4	5
A06	Têm-se esforçado para compreender de que forma é que a doença me tem afetado.	1	2	3	4	5
A07	Têm falado comigo sobre o significado que a doença tem para mim.	1	2	3	4	5
A08	Têm-me perguntado sobre o tipo de coisas que faço no meu dia-a-dia fora do hospital (trabalho, atividades de lazer).	1	2	3	4	5
A09	Têm-me perguntado sobre os meus hábitos diários (ex: alimentação).	1	2	3	4	5
A10	Têm-me perguntado sobre se quero que a minha família participe nos meus cuidados.	1	2	3	4	5

A11	Têm-se certificado de que entendi as indicações que tenho recebido no hospital.	1	2	3	4	5
A12	Têm-me perguntado aquilo que quero saber sobre a minha doença.	1	2	3	4	5
A13	Têm tido em conta os meus desejos pessoais relativos aos meus cuidados.	1	2	3	4	5
A14	Têm-me ajudado a participar nas decisões relativas aos meus cuidados.	1	2	3	4	5
A15	Têm-me ajudado a expressar as minhas opiniões sobre os meus cuidados.	1	2	3	4	5

Adaptado da Escala do Cuidado Individualizado traduzida e validada para Portugal por Amaral, Ferreira e Suhonen, 2014.

3) As afirmações referem-se às suas experiências durante a Consulta de Enfermagem Médico/Cirúrgica - Tratamentos:

		Discordo completamente	Discordo em parte	Nem concordo, nem discordo	Concordo em parte	Concordo completamente
B01	Os sentimentos que tenho tido em relação à minha doença têm sido tidos em conta nos meus cuidados.	1	2	3	4	5
B02	As minhas necessidades que exigem cuidados e atenção têm sido tidas em conta nos meus cuidados.	1	2	3	4	5
B03	Tenho assumido a responsabilidade pelos meus cuidados dentro das minhas capacidades.	1	2	3	4	5

B04	As mudanças na forma como me tenho sentido têm sido tidas em conta nos meus cuidados.	1	2	3	4	5
B05	Todos os meus medos e ansiedades têm sido tidos em conta nos meus cuidados.	1	2	3	4	5
B06	A forma como a doença me tem afetado tem sido tida em conta nos meus cuidados.	1	2	3	4	5
B07	O significado que a doença tem para mim tem sido tido em conta nos meus cuidados.	1	2	3	4	5
B08	As minhas atividades diárias (ex: trabalho, atividades de lazer) têm sido tidas em conta nos meus cuidados.	1	2	3	4	5
B09	Os meus hábitos diários têm sido tidos em conta durante os tratamentos.	1	2	3	4	5
B10	A minha família tem participado nos meus cuidados quando assim desejo.	1	2	3	4	5
B11	Tenho seguido as indicações que tenho recebido no hospital.	1	2	3	4	5
B12	Tenho recebido informação suficiente sobre a minha doença por parte dos enfermeiros.	1	2	3	4	5
B13	Os desejos que tenho expressado têm sido tidos em conta nos meus cuidados.	1	2	3	4	5
B14	Tenho participado na tomada de decisões relativas aos meus cuidados.	1	2	3	4	5

B15	As opiniões que tenho expressado têm sido tidas em conta nos meus cuidados.	1	2	3	4	5
-----	---	---	---	---	---	---

Adaptado da Escala do Cuidado Individualizado traduzida e validada para Portugal por Amaral, Ferreira e Suhonen, 2014.

4) Como descreve a mudança (se houve) na sua vida com os cuidados recebidos durante a Consulta de Enfermagem Médico/Cirúrgica – Tratamentos (selecione apenas 1 opção):

- a) Sem alterações (ou a condição piorou);
- b) Quase na mesma, sem qualquer alteração visível;
- c) Ligeiramente melhor, mas sem mudanças consideráveis;
- d) Com algumas melhorias, mas a mudança não representou qualquer diferença real;
- e) Moderadamente melhor, com mudança ligeira mas significativa;
- f) Melhor, e com melhorias que fizeram uma diferença real e útil;
- g) Muito melhor, e com uma melhoria considerável que fez toda a diferença.

Adaptado da Escala PGIC (Patient Global Improvement Change Scale – versão portuguesa), Domingues e Cruz, 2011.

5) Sente segurança no tratamento prestado pelos Enfermeiro na Consulta de Enfermagem Médico/Cirúrgica – Tratamentos? Porquê?

6) Se a Consulta de Enfermagem Médico/Cirúrgica – Tratamentos não existisse, como pensaria resolver o seu problema? Porquê?

IIª PARTE

Peço-lhe agora que responda às seguintes questões, que me permitirão uma caracterização da amostra do estudo. Saliento o anonimato no tratamento das respostas.

1) **Género:** Feminino Masculino Outro

2) **Idade:** _____ anos

3) **Estado civil:** Solteiro Casado ou união de facto Viúvo Outro

4) **Com quem vive?** Sozinha(o) Esposa/Marido Companheira (o) Pais
Lar residencial Sozinha(o) de noite mas com prestador de cuidados durante dia Outro

5) **Formação académica:** Sem escolaridade * Escola Primária (1º Ciclo)
5º e/ou 6º ano (2º Ciclo) 7ºe/ou 8º e/ou 9ºano(3ºCiclo)
10º e/ou 11º e/ou 12º ano (Secundário) Curso técnico
Bacharelato Licenciatura
Mestrado Doutoramento

*Preenchimento por acompanhante/prestador de cuidados

Comentários / Sugestões sobre a Consulta de Enfermagem Médico/Cirúrgica – Tratamentos.

Muito obrigada pela sua colaboração

Apêndice VIII: Questionário da Consulta de Enfermagem Ortopedia/tratamentos

O presente questionário é parte integrante de uma tese de mestrado intitulada “O valor da Consulta de Enfermagem no processo de financiamento hospitalar: a criação de standards de mensuração – Estudo de caso” desenvolvida no âmbito do Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde.

O objetivo do questionário é a obtenção da percepção individual sobre o valor decorrente do trabalho desenvolvido pelos enfermeiros na **Consulta de Enfermagem Ortopedia – Tratamentos**.

Não há respostas certas ou erradas, pretendendo-se apenas uma opinião sincera. A informação recolhida é anónima e estritamente confidencial, nunca sendo identificados os autores das respostas. Os dados recolhidos serão tratados apenas pela investigadora e utilizados para fins meramente académicos.

O tempo estimado para preenchimento do questionário é de 17 minutos.

Agradeço, desde já, a sua disponibilidade e colaboração neste estudo.

Sónia Penas

1ª PARTE

As afirmações seguintes dizem respeito aos cuidados prestados pelos enfermeiros durante a Consulta de Enfermagem Ortopedia - Tratamentos. Agradeço que responda a cada afirmação colocando um “X” ou um círculo na opção que melhor descreve a sua opinião ou experiência.

1) **É a primeira vez que recorre à Consulta de Enfermagem Ortopedia – Tratamentos?**

Sim

Não

2) Os enfermeiros durante a Consulta de Enfermagem Ortopedia - Tratamentos:

		Discordo completamente	Discordo em parte	Nem concordo, nem discordo	Concordo em parte	Concordo completamente
A01	Têm falado comigo sobre os sentimentos que tenho tido em relação à minha doença.	1	2	3	4	5
A02	Têm falado comigo sobre as minhas necessidades que exigem cuidados e atenção.	1	2	3	4	5
A03	Têm-me estimulado a assumir a responsabilidade pelos meus cuidados dentro das minhas capacidades.	1	2	3	4	5
A04	Têm identificado alterações na forma como me tenho sentido.	1	2	3	4	5
A05	Têm falado comigo sobre os meus medos e ansiedades.	1	2	3	4	5
A06	Têm-se esforçado para compreender de que forma é que a doença me tem afetado.	1	2	3	4	5
A07	Têm falado comigo sobre o significado que a doença tem para mim.	1	2	3	4	5
A08	Têm-me perguntado sobre o tipo de coisas que faço no meu dia-a-dia fora do hospital (trabalho, atividades de lazer).	1	2	3	4	5
A09	Têm-me perguntado sobre os meus hábitos diários (ex: alimentação).	1	2	3	4	5
A10	Têm-me perguntado sobre se quero que a minha família participe nos meus cuidados.	1	2	3	4	5
A11	Têm-se certificado de que entendi as indicações que tenho recebido no hospital.	1	2	3	4	5

A12	Têm-me perguntado aquilo que quero saber sobre a minha doença.	1	2	3	4	5
A13	Têm tido em conta os meus desejos pessoais relativos aos meus cuidados.	1	2	3	4	5
A14	Têm-me ajudado a participar nas decisões relativas aos meus cuidados.	1	2	3	4	5
A15	Têm-me ajudado a expressar as minhas opiniões sobre os meus cuidados.	1	2	3	4	5

Adaptado da Escala do Cuidado Individualizado traduzida e validada para Portugal por Amaral, Ferreira e Suhonen, 2014.

3) As afirmações referem-se às suas experiências durante a Consulta de Enfermagem Ortopedia -

Tratamentos:

		Discordo completamente	Discordo em parte	Nem concordo, nem discordo	Concordo em parte	Concordo completamente
B01	Os sentimentos que tenho tido em relação à minha doença têm sido tidos em conta nos meus cuidados.	1	2	3	4	5
B02	As minhas necessidades que exigem cuidados e atenção têm sido tidas em conta nos meus cuidados.	1	2	3	4	5
B03	Tenho assumido a responsabilidade pelos meus cuidados dentro das minhas capacidades.	1	2	3	4	5
B04	As mudanças na forma como me tenho sentido têm sido tidas em conta nos meus cuidados.	1	2	3	4	5

B05	Todos os meus medos e ansiedades têm sido tidos em conta nos meus cuidados.	1	2	3	4	5
B06	A forma como a doença me tem afetado tem sido tida em conta nos meus cuidados.	1	2	3	4	5
B07	O significado que a doença tem para mim tem sido tido em conta nos meus cuidados.	1	2	3	4	5
B08	As minhas atividades diárias (ex: trabalho, atividades de lazer) têm sido tidas em conta nos meus cuidados.	1	2	3	4	5
B09	Os meus hábitos diários têm sido tidos em conta durante os tratamentos.	1	2	3	4	5
B10	A minha família tem participado nos meus cuidados quando assim desejo.	1	2	3	4	5
B11	Tenho seguido as indicações que tenho recebido no hospital.	1	2	3	4	5
B12	Tenho recebido informação suficiente sobre a minha doença por parte dos enfermeiros.	1	2	3	4	5
B13	Os desejos que tenho expressado têm sido tidos em conta nos meus cuidados.	1	2	3	4	5
B14	Tenho participado na tomada de decisões relativas aos meus cuidados.	1	2	3	4	5
B15	As opiniões que tenho expressado têm sido tidas em conta nos meus cuidados.	1	2	3	4	5

Adaptado da Escala do Cuidado Individualizado traduzida e validada para Portugal por Amaral, Ferreira e Suhonen, 2014.

4) Como descreve a mudança (se houve) na sua vida com os cuidados recebidos durante a Consulta de Enfermagem Ortopedia – Tratamentos (selecione apenas 1 opção):

- a) Sem alterações (ou a condição piorou);
- b) Quase na mesma, sem qualquer alteração visível;
- c) Ligeiramente melhor, mas sem mudanças consideráveis;
- d) Com algumas melhorias, mas a mudança não representou qualquer diferença real;
- e) Moderadamente melhor, com mudança ligeira mas significativa;
- f) Melhor, e com melhorias que fizeram uma diferença real e útil;
- g) Muito melhor, e com uma melhoria considerável que fez toda a diferença.

Adaptado da Escala PGIC (Patient Global Improvement Change Scale – versão portuguesa), Domingues e Cruz, 2011.

5) Sente segurança no tratamento prestado pelos Enfermeiro na Consulta de Enfermagem Ortopedia – Tratamentos? Porquê?

6) Se a Consulta de Enfermagem Ortopedia – Tratamentos não existisse, como pensaria resolver o seu problema? Porquê?

IIª PARTE

Peço-lhe agora que responda às seguintes questões, que me permitirão uma caracterização da amostra do estudo. Saliento o anonimato no tratamento das respostas.

1) **Género:** Feminino Masculino Outro

2) **Idade:** _____ anos

3) **Estado civil:** Solteiro Casado ou união de facto Viúvo Outro

4) **Com quem vive?** Sozinha(o) Esposa/Marido Companheira (o) Pais
Lar residencial Sozinha(o) de noite mas com prestador de cuidados durante dia Outro

5) **Formação académica:** Sem escolaridade * Escola Primária (1º Ciclo)
5º e/ou 6º ano (2º Ciclo) 7ºe/ou 8º e/ou 9ºano(3ºCiclo)
10º e/ou 11º e/ou 12º ano (Secundário) Curso técnico
Bacharelato Licenciatura
Mestrado Doutoramento

*Preenchimento por terceiro

Comentários / Sugestões sobre a Consulta de Enfermagem Ortopedia – Tratamentos.

Muito obrigada pela sua colaboração

Apêndice IX: Questionário da Consulta de Enfermagem Estomaterapia

O presente questionário é parte integrante de uma tese de mestrado intitulada “O valor da Consulta de Enfermagem no processo de financiamento hospitalar: a criação de standards de mensuração – Estudo de caso” desenvolvida no âmbito do Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde.

O objetivo do questionário é a obtenção da percepção individual sobre o valor decorrente do trabalho desenvolvido pelos enfermeiros na **Consulta de Enfermagem de Estomaterapia**.

Não há respostas certas ou erradas, pretendendo-se apenas uma opinião sincera. A informação recolhida é anónima e estritamente confidencial, nunca sendo identificados os autores das respostas. Os dados recolhidos serão tratados apenas pela investigadora e utilizados para fins meramente académicos.

O tempo estimado para preenchimento do questionário é de 17 minutos.

Agradeço, desde já, a sua disponibilidade e colaboração neste estudo.

Sónia Penas

Iª PARTE

As afirmações seguintes dizem respeito aos cuidados prestados pelos enfermeiros durante a Consulta de Enfermagem de Estomaterapia. Agradeço que responda a cada afirmação colocando um “X” ou um círculo na opção que melhor descreve a sua opinião ou experiência.

1) É a primeira vez que recorre à Consulta de Enfermagem de Estomaterapia?

Sim

Não

2) Os enfermeiros durante a Consulta de Enfermagem de Estomatoterapia:

		Discordo completamente	Discordo em parte	Nem concordo, nem discordo	Concordo em parte	Concordo completamente
A01	Têm falado comigo sobre os sentimentos que tenho tido em relação à minha doença.	1	2	3	4	5
A02	Têm falado comigo sobre as minhas necessidades que exigem cuidados e atenção.	1	2	3	4	5
A03	Têm-me estimulado a assumir a responsabilidade pelos meus cuidados dentro das minhas capacidades.	1	2	3	4	5
A04	Têm identificado alterações na forma como me tenho sentido.	1	2	3	4	5
A05	Têm falado comigo sobre os meus medos e ansiedades.	1	2	3	4	5
A06	Têm-se esforçado para compreender de que forma é que a doença me tem afetado.	1	2	3	4	5
A07	Têm falado comigo sobre o significado que a doença tem para mim.	1	2	3	4	5
A08	Têm-me perguntado sobre o tipo de coisas que faço no meu dia-a-dia fora do hospital (trabalho, atividades de lazer).	1	2	3	4	5
A09	Têm-me perguntado sobre os meus hábitos diários (ex: alimentação).	1	2	3	4	5
A10	Têm-me perguntado sobre se quero que a minha família participe nos meus cuidados.	1	2	3	4	5
A11	Têm-se certificado de que entendi as indicações que tenho recebido no hospital.	1	2	3	4	5

A12	Têm-me perguntado aquilo que quero saber sobre a minha doença.	1	2	3	4	5
A13	Têm tido em conta os meus desejos pessoais relativos aos meus cuidados.	1	2	3	4	5
A14	Têm-me ajudado a participar nas decisões relativas aos meus cuidados.	1	2	3	4	5
A15	Têm-me ajudado a expressar as minhas opiniões sobre os meus cuidados.	1	2	3	4	5

Adaptado da Escala do Cuidado Individualizado traduzida e validada para Portugal por Amaral, Ferreira e Suhonen, 2014.

3) As afirmações referem-se às suas experiências durante a Consulta de Enfermagem de Estomaterapia:

		Discordo completamente	Discordo em parte	Nem concordo, nem discordo	Concordo em parte	Concordo completamente
B01	Os sentimentos que tenho tido em relação à minha doença têm sido tidos em conta nos meus cuidados.	1	2	3	4	5
B02	As minhas necessidades que exigem cuidados e atenção têm sido tidas em conta nos meus cuidados.	1	2	3	4	5
B03	Tenho assumido a responsabilidade pelos meus cuidados dentro das minhas capacidades.	1	2	3	4	5
B04	As mudanças na forma como me tenho sentido têm sido tidas em conta nos meus cuidados.	1	2	3	4	5

B05	Todos os meus medos e ansiedades têm sido tidos em conta nos meus cuidados.	1	2	3	4	5
B06	A forma como a doença me tem afetado tem sido tida em conta nos meus cuidados.	1	2	3	4	5
B07	O significado que a doença tem para mim tem sido tido em conta nos meus cuidados.	1	2	3	4	5
B08	As minhas atividades diárias (ex: trabalho, atividades de lazer) têm sido tidas em conta nos meus cuidados.	1	2	3	4	5
B09	Os meus hábitos diários têm sido tidos em conta durante os tratamentos.	1	2	3	4	5
B10	A minha família tem participado nos meus cuidados quando assim desejo.	1	2	3	4	5
B11	Tenho seguido as indicações que tenho recebido no hospital.	1	2	3	4	5
B12	Tenho recebido informação suficiente sobre a minha doença por parte dos enfermeiros.	1	2	3	4	5
B13	Os desejos que tenho expressado têm sido tidos em conta nos meus cuidados.	1	2	3	4	5
B14	Tenho participado na tomada de decisões relativas aos meus cuidados.	1	2	3	4	5
B15	As opiniões que tenho expressado têm sido tidas em conta nos meus cuidados.	1	2	3	4	5

Adaptado da Escala do Cuidado Individualizado traduzida e validada para Portugal por Amaral, Ferreira e Suhonen, 2014.

4) **Como descreve a mudança (se houve) na sua vida com os cuidados recebidos durante a Consulta de Enfermagem de Estomaterapia (selecione apenas 1 opção):**

- a) Sem alterações (ou a condição piorou);
- b) Quase na mesma, sem qualquer alteração visível;
- c) Ligeiramente melhor, mas sem mudanças consideráveis;
- d) Com algumas melhorias, mas a mudança não representou qualquer diferença real;
- e) Moderadamente melhor, com mudança ligeira mas significativa;
- f) Melhor, e com melhorias que fizeram uma diferença real e útil;
- g) Muito melhor, e com uma melhoria considerável que fez toda a diferença.

Adaptado da Escala PGIC (Patient Global Improvement Change Scale – versão portuguesa), Domingues e Cruz, 2011.

5) **Sente segurança no tratamento prestado pelos Enfermeiro na Consulta de Enfermagem de Estomaterapia? Porquê?**

6) **Se a Consulta de Enfermagem de Estomaterapia não existisse, como pensaria resolver o seu problema? Porquê?**

IIª PARTE

Peço-lhe agora que responda às seguintes questões, que me permitirão uma caracterização da amostra do estudo. Saliento o anonimato no tratamento das respostas.

1) **Género:** Feminino Masculino Outro

2) **Idade:** _____ anos

3) **Estado civil:** Solteiro Casado ou união de facto Viúvo Outro

4) **Com quem vive?** Sozinha(o) Esposa/Marido Companheira (o) Pais
Lar residencial Sozinha(o) de noite mas com prestador de cuidados durante dia Outro

5) **Formação académica:** Sem escolaridade * Escola Primária (1º Ciclo)
5º e/ou 6º ano (2º Ciclo) 7ºe/ou 8º e/ou 9ºano(3ºCiclo)
10º e/ou 11º e/ou 12º ano (Secundário) Curso técnico
Bacharelato Licenciatura
Mestrado Doutoramento

*Preenchimento por terceiro

Comentários / Sugestões sobre a Consulta de Enfermagem de Estomaterapia.

Muito obrigada pela sua colaboração.

Apêndice X: Questionário da Consulta de Enfermagem Imuno-Alergologia

O presente questionário é parte integrante de uma tese de mestrado intitulada “O valor da Consulta de Enfermagem no processo de financiamento hospitalar: a criação de standards de mensuração – Estudo de caso” desenvolvida no âmbito do Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde.

O objetivo do questionário é a obtenção da percepção individual sobre o valor decorrente do trabalho desenvolvido pelos enfermeiros na **Consulta de Enfermagem de Imuno-Alergologia**.

Não há respostas certas ou erradas, pretendendo-se apenas uma opinião sincera. A informação recolhida é anónima e estritamente confidencial, nunca sendo identificados os autores das respostas. Os dados recolhidos serão tratados apenas pela investigadora e utilizados para fins meramente académicos.

O tempo estimado para preenchimento do questionário é de 17 minutos.

Agradeço, desde já, a sua disponibilidade e colaboração neste estudo.

Sónia Penas

Iª PARTE

As afirmações seguintes dizem respeito aos cuidados prestados pelos enfermeiros durante a Consulta de Enfermagem de Imuno-Alergologia. Agradeço que responda a cada afirmação colocando um “X” ou um círculo na opção que melhor descreve a sua opinião ou experiência.

1) É a primeira vez que recorre à Consulta de Enfermagem de Imuno-Alergologia?

Sim

Não

2) Os enfermeiros durante a Consulta de Enfermagem de Imuno-Alergologia:

		Discordo completamente	Discordo em parte	Nem concordo, nem discordo	Concordo em parte	Concordo completamente
A01	Têm falado comigo sobre os sentimentos que tenho tido em relação à minha doença.	1	2	3	4	5
A02	Têm falado comigo sobre as minhas necessidades que exigem cuidados e atenção.	1	2	3	4	5
A03	Têm-me estimulado a assumir a responsabilidade pelos meus cuidados dentro das minhas capacidades.	1	2	3	4	5
A04	Têm identificado alterações na forma como me tenho sentido.	1	2	3	4	5
A05	Têm falado comigo sobre os meus medos e ansiedades.	1	2	3	4	5
A06	Têm-se esforçado para compreender de que forma é que a doença me tem afetado.	1	2	3	4	5
A07	Têm falado comigo sobre o significado que a doença tem para mim.	1	2	3	4	5
A08	Têm-me perguntado sobre o tipo de coisas que faço no meu dia-a-dia fora do hospital (trabalho, atividades de lazer).	1	2	3	4	5
A09	Têm-me perguntado sobre os meus hábitos diários (ex: alimentação).	1	2	3	4	5
A10	Têm-me perguntado sobre se quero que a minha família participe nos meus cuidados.	1	2	3	4	5
A11	Têm-se certificado de que entendi as indicações que tenho recebido no hospital.	1	2	3	4	5

A12	Têm-me perguntado aquilo que quero saber sobre a minha doença.	1	2	3	4	5
A13	Têm tido em conta os meus desejos pessoais relativos aos meus cuidados.	1	2	3	4	5
A14	Têm-me ajudado a participar nas decisões relativas aos meus cuidados.	1	2	3	4	5
A15	Têm-me ajudado a expressar as minhas opiniões sobre os meus cuidados.	1	2	3	4	5

Adaptado da Escala do Cuidado Individualizado traduzida e validada para Portugal por Amaral, Ferreira e Suhonen, 2014.

3) As afirmações referem-se às suas experiências durante a Consulta de Enfermagem de Imuno-Alergologia:

		Discordo completamente	Discordo em parte	Nem concordo, nem discordo	Concordo em parte	Concordo completamente
B01	Os sentimentos que tenho tido em relação à minha doença têm sido tidos em conta nos meus cuidados.	1	2	3	4	5
B02	As minhas necessidades que exigem cuidados e atenção têm sido tidas em conta nos meus cuidados.	1	2	3	4	5
B03	Tenho assumido a responsabilidade pelos meus cuidados dentro das minhas capacidades.	1	2	3	4	5
B04	As mudanças na forma como me tenho sentido têm sido tidas em conta nos meus cuidados.	1	2	3	4	5

B05	Todos os meus medos e ansiedades têm sido tidos em conta nos meus cuidados.	1	2	3	4	5
B06	A forma como a doença me tem afetado tem sido tida em conta nos meus cuidados.	1	2	3	4	5
B07	O significado que a doença tem para mim tem sido tido em conta nos meus cuidados.	1	2	3	4	5
B08	As minhas atividades diárias (ex: trabalho, atividades de lazer) têm sido tidas em conta nos meus cuidados.	1	2	3	4	5
B09	Os meus hábitos diários têm sido tidos em conta durante os tratamentos.	1	2	3	4	5
B10	A minha família tem participado nos meus cuidados quando assim desejo.	1	2	3	4	5
B11	Tenho seguido as indicações que tenho recebido no hospital.	1	2	3	4	5
B12	Tenho recebido informação suficiente sobre a minha doença por parte dos enfermeiros.	1	2	3	4	5
B13	Os desejos que tenho expressado têm sido tidos em conta nos meus cuidados.	1	2	3	4	5
B14	Tenho participado na tomada de decisões relativas aos meus cuidados.	1	2	3	4	5
B15	As opiniões que tenho expressado têm sido tidas em conta nos meus cuidados.	1	2	3	4	5

Adaptado da Escala do Cuidado Individualizado traduzida e validada para Portugal por Amaral, Ferreira e Suhonen, 2014.

4) **Como descreve a mudança (se houve) na sua vida com os cuidados recebidos durante a Consulta de Enfermagem de Imuno-Alergologia (selecione apenas 1 opção):**

- a) Sem alterações (ou a condição piorou);
- b) Quase na mesma, sem qualquer alteração visível;
- c) Ligeiramente melhor, mas sem mudanças consideráveis;
- d) Com algumas melhorias, mas a mudança não representou qualquer diferença real;
- e) Moderadamente melhor, com mudança ligeira mas significativa;
- f) Melhor, e com melhorias que fizeram uma diferença real e útil;
- g) Muito melhor, e com uma melhoria considerável que fez toda a diferença.

Adaptado da Escala PGIC (Patient Global Improvement Change Scale – versão portuguesa), Domingues e Cruz, 2011.

5) **Sente segurança no tratamento prestado pelos Enfermeiros na Consulta de Enfermagem de Imuno-Alergologia? Porquê?**

6) **Se a Consulta de Enfermagem de Imuno-Alergologia não existisse, como pensaria resolver o seu problema? Porquê?**

IIª PARTE

Peço-lhe agora que responda às seguintes questões, que me permitirão uma caracterização da amostra do estudo. Saliento o anonimato no tratamento das respostas.

1) **Género:** Feminino Masculino Outro

2) **Idade:** _____ anos

3) **Estado civil:** Solteiro Casado ou união de facto Viúvo Outro

4) **Com quem vive?** Sozinha(o) Esposa/Marido Companheira (o) Pais
Lar residencial Sozinha(o) de noite mas com prestador de cuidados durante dia Outro

5) **Formação académica:** Sem escolaridade * Escola Primária (1º Ciclo)
5º e/ou 6º ano (2º Ciclo) 7ºe/ou 8º e/ou 9ºano(3ºCiclo)
10º e/ou 11º e/ou 12º ano (Secundário) Curso técnico
Bacharelato Licenciatura
Mestrado Doutoramento

*Preenchimento por terceiro

Comentários / Sugestões sobre a Consulta de Enfermagem de Imuno-Alergologia.

Muito obrigada pela sua colaboração.

ANEXOS

Anexo I: Autorização do Conselho de Administração do Centro Hospitalar Oeste EPE para a realização do projeto

06/06/2021

Gmail - Pedido de autorização para recolha de dados no âmbito da Tese de Mestrado



Sonia Penas <sonia.penas@gmail.com>

Pedido de autorização para recolha de dados no âmbito da Tese de Mestrado

Secretariado CA- CHOeste <secretariado.ca@choeste.min-saude.pt>

3 February 2021 at 16:02

To: "sonia.penas@gmail.com" <sonia.penas@gmail.com>

Cc: Maria Fernanda Rodrigues Silva <frodrigues@choeste.min-saude.pt>, Secretariado CA- CHOeste <secretariado.ca@choeste.min-saude.pt>

Enf.ª Sónia Penas, boa tarde

O Conselho de Administração deliberou, na reunião de 28/01/2021, após pareceres favoráveis da Comissão de Ética para a Saúde e do Centro de Investigação, autorizar a recolha de dados, no âmbito da Tese de Mestrado, sob o tema "O valor da Consulta de Enfermagem e o financiamento hospitalar: a criação de standards de mensuração – Estudo de caso", devendo ser enviado ao Centro Hospitalar as conclusões do estudo.

Com os melhores cumprimentos,

Cristina Dias

Secretariado do Conselho de Administração

CENTRO HOSPITALAR DO OESTE (Caldas da Rainha | Peniche | Torres Vedras)

Rua Diário de Notícias

2500-176 Caldas da Rainha, PORTUGAL

TEL: +351 262 830 304 FAX: +351 262 880 579

cristina.dias@choeste.min-saude.pt

www.choeste.min-saude.pt

PENSE ANTES DE IMPRIMIR



REPÚBLICA
PORTUGUESA
SAÚDE



SNS
SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE

não paramos
ESTAMOS ON
SAÚDE

CENTRO HOSPITALAR
Oeste
JUNTOS PELA SUA SAÚDE



Anexo II: Estrutura fatorial da parte A da Escala de Cuidados Individualizados (adaptada)

Tabela 46 – Estrutura fatorial após rotação Varimax com normalização de Kaiser da parte A da Escala de Cuidados Individualizados

Matriz de componente rotativa			
	Componente		
	1	2	3
Têm falado comigo sobre os sentimentos que tenho tido em relação à minha doença.			0,812
Têm falado comigo sobre as minhas necessidades que exigem cuidados e atenção.			0,535
Têm-me estimulado a assumir a responsabilidade pelos meus cuidados dentro das minhas capacidades.		0,401	0,621
Têm identificado alterações na forma como me tenho sentido.			0,692
Têm falado comigo sobre os meus medos e ansiedades.	0,496		0,597
Têm-se esforçado para compreender de que forma é que a doença me tem afetado.	0,597		0,55
Têm falado comigo sobre o significado que a doença tem para mim.	0,601		0,462
Têm-me perguntado sobre o tipo de coisas que faço no meu dia-a-dia fora do hospital (trabalho, atividades de lazer).	0,816		
Têm-me perguntado sobre os meus hábitos diários (ex: alimentação).	0,841		
Têm-me perguntado sobre se quero que a minha família participe nos meus cuidados.	0,809		
Têm-se certificado de que entendi as indicações que tenho recebido no hospital.		0,787	
Têm-me perguntado aquilo que quero saber sobre a minha doença.	0,537	0,628	
Têm tido em conta os meus desejos pessoais relativos aos meus cuidados.	0,431	0,676	
Têm-me ajudado a participar nas decisões relativas aos meus cuidados.		0,804	
Têm-me ajudado a expressar as minhas opiniões sobre os meus cuidados.		0,770	
Método de Extração: análise de Componente Principal Método de Rotação: Varimax com Normalização de Kaiser ^a : Rotação convergida em 6 iterações.			

Adaptado – Folha de cálculo do programa SPSS.

Anexo III: Estrutura fatorial com supressão dos itens da parte A da Escala de Cuidados Individualizados (adaptada) e Variância Total Explicada

Tabela 47 - Estrutura fatorial após rotação Varimax com normalização de Kaiser com supressão dos itens A06 e A07 da parte A da Escala de Cuidados Individualizados (adaptada)

Matriz de componente rotativa ^a			
	Componente		
	1	2	3
Têm falado comigo sobre os sentimentos que tenho tido em relação à minha doença			0,822
Têm falado comigo sobre as minhas necessidades que exigem cuidados e atenção.			0,545
Têm-me estimulado a assumir a responsabilidade pelos meus cuidados dentro das minhas capacidades.	0,414		0,605
Têm identificado alterações na forma como me tenho sentido			0,740
Têm falado comigo sobre os meus medos e ansiedades.		0,482	0,598
Têm-me perguntado sobre o tipo de coisas que faço no meu dia-a-dia fora do hospital (trabalho, atividades de lazer).		0,809	
Têm-me perguntado sobre os meus hábitos diários (ex: alimentação).		0,854	
Têm-me perguntado sobre se quero que a minha família participe nos meus cuidados.		0,836	
Têm-se certificado de que entendi as indicações que tenho recebido no hospital.	0,757		
Têm-me perguntado aquilo que quero saber sobre a minha doença.	0,657	0,503	
Têm tido em conta os meus desejos pessoais relativos aos meus cuidados	0,698	0,404	
Têm-me ajudado a participar nas decisões relativas aos meus cuidados.	0,811		
Têm-me ajudado a expressar as minhas opiniões sobre os meus cuidados.	0,801		
Método de Extração: análise de Componente Principal			
Método de Rotação: Varimax com Normalização de Kaiser. ^a			
^a : Rotação convergida em 7 iterações.			

Adaptado – Folha de cálculo do programa SPSS.

Tabela 48 – Variância total explicada da parte A da Escala de Cuidados Individualizados
(adaptada)

Componente	Variância total explicada					
	Somadas de extração de carregamentos ao quadrado			Somadas de rotação de carregamentos ao quadrado		
	Total	% de variancia	% cumulativa	Total	% de variancia	% cumulativa
1	6,252	48,091	48,091	3,342	25,709	25,709
2	1,577	12,134	60,225	3,002	23,093	48,802
3	1,106	8,507	68,732	2,591	19,929	68,732

Método de Extração: análise de Componente Principal

Adaptado – Folha de cálculo do programa SPSS.

Anexo IV: Estrutura fatorial da parte B da Escala de Cuidados Individualizados (adaptada) – 2 componentes

Tabela 49 - Estrutura fatorial após rotação Varimax com normalização de Kaiser da parte B da Escala de Cuidados Individualizados

Matriz de componente rotativa ^a		
	Componente	
	1	2
Os sentimentos que tenho tido em relação à minha doença têm sido tidos em conta nos meus cuidados.	0,842	0,187
As minhas necessidades que exigem cuidados e atenção têm sido tidas em conta nos meus cuidados.	0,727	0,417
Tenho assumido a responsabilidade pelos meus cuidados dentro das minhas capacidades.	0,236	0,778
As mudanças na forma como me tenho sentido têm sido tidas em conta nos meus cuidados.	0,721	0,42
Todos os meus medos e ansiedades têm sido tidos em conta nos meus cuidados.	0,805	0,22
A forma como a doença me tem afetado tem sido tida em conta nos meus cuidados.	0,867	0,218
O significado que a doença tem para mim tem sido tido em conta nos meus cuidados.	0,839	0,181
As minhas atividades diárias (ex: trabalho, atividades de lazer) têm sido tidas em conta nos meus cuidados.	0,78	0,243
Os meus hábitos diários têm sido tidos em conta durante os tratamentos.	0,721	0,317
A minha família tem participado nos meus cuidados quando assim desejo.	0,145	0,641
Tenho seguido as indicações que tenho recebido no hospital.	0,143	0,788
Tenho recebido informação suficiente sobre a minha doença por parte dos enfermeiros.	0,474	0,645
Os desejos que tenho expressado têm sido tidos em conta nos meus cuidados.	0,546	0,593
Tenho participado na tomada de decisões relativas aos meus cuidados.	0,573	0,534
As opiniões que tenho expressado têm sido tidas em conta nos meus cuidados.	0,697	0,469
Método de Extração: análise de Componente Principal		
Método de Rotação: Varimax com Normalização de Kaiser		
^a : Rotação convergida em 3 iterações.		

Adaptado – Folha de cálculo do programa SPSS.

Anexo V: Estrutura fatorial da parte B da Escala de Cuidados Individualizados (adaptada) – 3 componentes

Tabela 50 - Estrutura fatorial após rotação Varimax com normalização de Kaiser da parte B da Escala de Cuidados Individualizados – 3 componentes

Matriz de componente rotativa ^a			
	Componente		
	1	2	3
Os sentimentos que tenho tido em relação à minha doença têm sido tidos em conta nos meus cuidados.	0,846		
As minhas necessidades que exigem cuidados e atenção têm sido tidas em conta nos meus cuidados.	0,729	0,416	
Tenho assumido a responsabilidade pelos meus cuidados dentro das minhas capacidades.		0,827	
As mudanças na forma como me tenho sentido têm sido tidas em conta nos meus cuidados.	0,715		
Todos os meus medos e ansiedades têm sido tidos em conta nos meus cuidados.	0,803		
A forma como a doença me tem afetado tem sido tida em conta nos meus cuidados.	0,863		
O significado que a doença tem para mim tem sido tido em conta nos meus cuidados.	0,839		
As minhas atividades diárias (ex: trabalho, atividades de lazer) têm sido tidas em conta nos meus cuidados.	0,772		
Os meus hábitos diários têm sido tidos em conta durante os tratamentos.	0,705		
A minha família tem participado nos meus cuidados quando assim desejo.			0,907
Tenho seguido as indicações que tenho recebido no hospital.		0,865	
Tenho recebido informação suficiente sobre a minha doença por parte dos enfermeiros.	0,463	0,496	0,429
Os desejos que tenho expressado têm sido tidos em conta nos meus cuidados.	0,531		0,484
Tenho participado na tomada de decisões relativas aos meus cuidados.	0,565	0,418	
As opiniões que tenho expressado têm sido tidas em conta nos meus cuidados.	0,691		
Método de Extração: análise de Componente Principal			
Método de Rotação: Varimax com Normalização de Kaiser			
^a : Rotação convergida em 5 iterações.			

Adaptado – Folha de cálculo do programa SPSS.

Anexo VI: Estrutura fatorial com supressão dos itens da parte B da Escala de Cuidados Individualizados (adaptada) e Variância Total Explicada

Tabela 51 - Estrutura fatorial após rotação Varimax com normalização de Kaiser com supressão dos itens B03, B08, B09, B13, B14 e B15

Matriz de componente rotativa ^a			
	Componente		
	1	2	3
Os sentimentos que tenho tido em relação à minha doença têm sido tidos em conta nos meus cuidados.	0,886		
As minhas necessidades que exigem cuidados e atenção têm sido tidas em conta nos meus cuidados.	0,752		
As mudanças na forma como me tenho sentido têm sido tidas em conta nos meus cuidados.	0,736		
Todos os meus medos e ansiedades têm sido tidos em conta nos meus cuidados.	0,814		
A forma como a doença me tem afetado tem sido tida em conta nos meus cuidados.	0,896		
O significado que a doença tem para mim tem sido tido em conta nos meus cuidados.	0,844		
A minha família tem participado nos meus cuidados quando assim desejo.			0,963
Tenho seguido as indicações que tenho recebido no hospital.		0,944	
Tenho recebido informação suficiente sobre a minha doença por parte dos enfermeiros.	0,497	0,522	
Método de Extração: análise de Componente Principal Método de Rotação: Varimax com Normalização de Kaiser ^a : Rotação convergida em 5 iterações			

Adaptado – Folha de cálculo do programa SPSS.

Tabela 52 - Variância total explicada da parte B da Escala de Cuidados Individualizados (adaptada)

Componente	Variância total explicada					
	Somadas de extração de carregamentos ao quadrado			Somadas de rotação de carregamentos ao quadrado		
	Total	% de variancia	% cumulativa	Total	% de variancia	% cumulativa
1	5,287	58,742	58,742	4,367	48,526	48,526
2	1,094	12,157	70,899	1,468	16,316	64,842
3	0,691	7,681	78,58	1,236	13,738	78,58

Método de Extração: análise de Componente Principal

Adaptado – Folha de cálculo do programa SPSS.

Anexo VII: Submissão de comunicação oral à 17ª Conferência Nacional de Economia da Saúde

25/07/2021

17CNES Submission 48



[Help](#) / [Log out](#)

New Submission	Submission 48	17CNES	Conference	News	EasyChair
----------------	---------------	--------	------------	------	-----------

17CNES Submission 48

If you want to **change any information** about your paper, use links in the upper right corner.

For all questions related to processing your submission you should contact the conference organizers. [Click here to see information about this conference.](#)

[Update information](#)
[Update authors](#)
[Add file](#)
[Withdraw](#)

Submission 48

Title:	A criação de um standard de mensuração da Consulta de Enfermagem Hospitalar – Estudo de caso no Centro Hospitalar Oeste, EPE
Author keywords:	Consulta de Enfermagem Hospitalar Time-Driven Activity-Based Costing Standard de mensuração
Abstract:	<p>Objetivos: O estudo visa numa primeira etapa definir um standard de mensuração dos cuidados de enfermagem prestados no âmbito de quatro consultas de enfermagem do Centro Hospitalar do Oeste – Unidade de Caldas da Rainha, tendo como suporte a metodologia Time-Driven Activity-Based Costing (TDABC), para numa segunda fase alavancar o desenvolvimento de um processo de avaliação da perceção do utente sobre os resultados obtidos e a respetiva criação de valor. Métodos: Para a concretização dos objetivos identificados foram selecionadas 4 consultas de enfermagem: médico-cirúrgica/tratamentos, de ortopedia/tratamentos, de estomaterapia e de imuno-alergologia. O processo de recolha de dados ocorreu entre o dia 4 fevereiro e 2 junho de 2021, tendo sido observadas 93 consultas. Este valor foi determinado através de uma proporcionalidade entre o número de consultas efetuadas e o número de observações por especialidade. A execução do processo de enfermagem consiste, de forma resumida, numa avaliação de situação clínica, definição de diagnósticos, intervenção e avaliação, tendo como base atividades autónomas. Para a conceção do standard de mensuração utilizou-se a metodologia TDABC definida por Kaplan & Porter (2011). Para o efeito procedeu-se: 1) à definição da cadeia de valor de cada uma das consultas, 2) análise dos processos (recursos humanos e materiais), 3) conceção de grelhas de observação para os procedimentos realizados e respetiva mensuração dos tempos necessários para a sua concretização, 4) criação dos fluxogramas com a informação recolhida, 5) cálculo do tempo efetivo de trabalho do enfermeiro assim como o dos seus honorários. Resultados: O processo desenvolvido, até agora, possibilitou uma análise profunda sobre as várias dimensões das consultas de enfermagem, tendo sido particularmente interessante a concretização das cadeias de valor de cada consulta e a criação de fluxogramas de procedimentos. Foi criado um desenho de cadeia de valor com 4 etapas: avaliação/diagnóstico; intervenção/recuperação; capacitação e alta, onde a particularidade de cada consulta se evidencia nas atividades definidas para os diferentes estágios. Os fluxogramas são particularizados à consulta em causa permitindo a compreensão sobre o modo como são realizadas, traduzindo através dos diversos procedimentos, as cadeias de valor e a mensuração temporal dos mesmos. A concretização desta metodologia proporcionou a determinação do custo/minuto para os procedimentos de enfermagem nas diversas consultas em análise tendo-se este cifrado em 0,31€/min. Contudo, o custo do trabalho desenvolvido pelo enfermeiro é variável de acordo com os procedimentos executados e o tempo utilizado em cada consulta. Do levantamento efetuado verificou-se que a Consulta de Enfermagem de Estomaterapia tem o valor mais elevado de custo com 13,67€ (duração média de 44:06 min) e a Consulta de Enfermagem Ortopedia/tratamentos o valor mais reduzido com 6,69€ (duração média de 21:35min). A diferença entre os valores encontra justificação na unicidade do utente. Para o efeito verificou-se que a consulta de estomaterapia tem grande enfoque nos processos de ensino e instrução, estando reunido nesta situação grande parte do tempo despendido. Por outro lado, a consulta de ortopedia/tratamento tem o seu foco no desenvolvimento de processos</p>

<https://login.easychair.org/conferences/submission?a=26898567;submission=5553558>

1/2

tratamento. Num contraponto direto verifica-se que o tempo necessário para o ensino e instrução é substancialmente superior ao utilizado na execução de um tratamento.

Conclusões: Este estudo permitiu o desenvolvimento de um conjunto de processos de apreciação das consultas de enfermagem hospitalar, o que se traduz na criação de um standard de mensuração para cada uma das consultas em análise. A materialização desta etapa constitui-se, ainda, como a génese do processo de determinação da criação de valor sobre o trabalho desenvolvido neste contexto, assim como fonte de sensibilização para a instauração de uma cultura de gestão baseada na criação de valor.

Submitted: Jul 04, 22:04 GMT
Last update: Jul 11, 22:37 GMT

Authors							
first name	last name	email	country	affiliation	Web page	corresponding?	presenter
Sónia	Penas	sonia.penas@gmail.com	Portugal	Centro Hospitalar Oeste, EPE		✓	✓
Sandra	Oliveira	sandra.oliveira@esg.ipsantarem.pt	Portugal	Depart. Ciências Sociais Organiz., Inst. Politécnico de Santarém; Centro Estudos e Invest. em Saúde, Univ. de Coimbra		✓	

Anexo VIII: Aprovação da candidatura para comunicação oral à 17ª Conferência Nacional de Economia da Saúde

17/07/2021

Gmail - Your submission to the 17th National Conference of the Portuguese Health Economics Association



Sonia Penas <sonia.penas@gmail.com>

Your submission to the 17th National Conference of the Portuguese Health Economics Association

CNES2021 <cnes2021@easychair.org>

12 July 2021 at 21:17

To: Sónia Penas <sonia.penas@gmail.com>

Dear Sónia Penas,

It is my pleasure to communicate that your submission number 48 has been accepted for an oral presentation at the 17th National Conference of the Portuguese Health Economics Association.

You should register for the conference until September 20, otherwise your presentation will be excluded from the program. The early bid rate is available until August 9. You can register here: <https://www.congressospco.abreu.pt/17CNES-38799.aspx>

Thank you very much for your interest in this event. We look forward to seeing you on October 20-22.

Best regards,

Judite Gonçalves, on behalf of the Scientific Committee